

**T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ**

**TÜRKİYE’DE 2000 YILI İTİBARIYLA MADDE KULLANAN
ÇOCUKLARA VE GENÇLERE YÖNELİK UYGULANAN SOSYAL
POLİTİKALAR**

**YÜKSEK LİSANS TEZİ
Murat YILDIRIM**

Enstitü Anabilim Dalı: ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ

Enstitü Bilim Dalı: SOSYAL POLİTİKA

Tez Danışmanı: Elif YÜKSEL OKTAY

TEMMUZ 2020

T.C.
YALOVA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

**TÜRKİYE’DE 2000 YILI İTİBARIYLA MADDE KULLANAN
ÇOCUKLARA VE GENÇLERE YÖNELİK UYGULANAN SOSYAL
POLİTİKALAR**

YÜKSEK LİSANS TEZİ
Murat YILDIRIM (177205002)

Enstitü Anabilim Dalı: ÇALIŞMA EKONOMİSİ VE ENDÜSTRİ İLİŞKİLERİ
Enstitü Bilim Dalı: SOSYAL POLİTİKA

Bu tez 06/ 07/ 2020 Tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.

	Adı SOYADI	Kanaati			İmza
Jüri Başkanı (Danışman)	Prof. Dr. Elif YÜKSEL OKTAY	☒ Kabul	☐ Düzeltme	☐ Ret	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Hacı Yunus TAŞ	☒ Kabul	☐ Düzeltme	☐ Ret	
Jüri Üyesi	Prof. Dr. Verda CANBEY ÖZGÜLER	☒ Kabul	☐ Düzeltme	☐ Ret	

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
YÜKSEK LİSANS İNTİHAL YAZILIM RAPORU
BEYAN BELGESİ

Tez Başlığı: TÜRKİYE’DE 2000 YILI İTİBARIYLA MADDE KULLANAN ÇOCUKLARA VE GENÇLERE YÖNELİK UYGULANAN SOSYAL POLİTİKALAR

Yukarıda başlığı belirtilen tez çalışmamın toplam 166 sayfalık kısmına ilişkin aşağıda belirtilen filtremeler uygulanarak alınmış olan ve 28 / 07 / 2020 tarihinde aşağıdaki ismi yazılı araştırma görevlisi tarafından şahsıma iletilen Turnitin intihal tespit programı raporuna göre tezimin benzerlik oranı %8’tir.

Uygulanan filtremeler:

1. Kaynakça hariç,
2. Alıntılar dahil,
3. 5 kelimeden daha az örtüşme içeren metin kısımları hariç.

Bu bilgiler doğrultusunda tez çalışmamın herhangi bir intihal içermediğini; aksinin tespiti halinde doğabilecek her türlü hukuki sorumluluğu kabul ettiğimi ve yukarıda vermiş olduğum bilgilerin doğru olduğunu beyan ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.



İmza

Adı Soyadı : Murat YILDIRIM
Öğrenci Numarası : 177205002
Ana Bilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Programı : Sosyal Politika
Türü : () Proje (X) Yüksek Lisans Tezi () Doktora Tezi

Danışman

Prof. Dr. Elif YÜKSEL OKTAY

.... / 07 / 2020

ÖNSÖZ

Psikoaktif madde kullanımı ve madde bağımlılığı önemli bir küresel sorundur. Birleşmiş Milletler ve Avrupa Birliği gibi uluslararası örgütlerde toplanan istatistik verileri incelendiğinde, psikoaktif madde kullanımının çocuk ve gençlerde daha yaygın olduğu görülmektedir. Geleceğin teminatı olan çocukların ve gençlerin zehirlenmesi, toplumların sağlık, ekonomik, sosyal, kültürel ve ahlaki yapıları üzerinde uzun vadeli yıkıcı etkilere sebep olduğu gibi, güvenlik sorunlarını da beraberinde getirmektedir. Ulusal çaptaki mücadelelerin yetersiz kaldığı özellikle yasadışı madde ticareti ile ilgili olarak, devletler yoğun bir işbirliği içerisinde çalışmaktadırlar. Bu amaçla eğitim, sağlık ve güvenlik alanlarında faaliyet gösteren tüm resmi ve sivil kurum ve kuruluşların, yerel, bölgesel ve ulusal seviyede bütüncül yaklaşımlarla, etkili bir iletişim ve koordinasyon içerisinde hareket etmeleri gerekmektedir. Birleşmiş Milletler ve Avrupa Birliği programları kapsamında yapılan bilimsel çalışmalar neticesinde şekillenen mücadele modellerinin uygulanabilmesi için, katılımcı ve üye ülkelerin entegrasyona yönelik yasal ve kurumsal değişiklikleri gerçekleştirmeleri gerekebilmektedir.

Bu noktada Türkiye, 2000’li yılların başlangıcında dönemin şartlarına uygun olarak mücadele politikalarını, Emniyet Teşkilatı bünyesinde yapılandırmak durumunda kalmış ve gerekli koordinasyonu ve mücadele faaliyetlerini Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) öncülüğünde yürütmektedir. Psikoaktif madde kullanımı ve bağımlılıkla mücadelede maddenin arzının önlenmesi ve maddeye talebin önlenmesi şeklinde iki yaklaşım söz konusudur. Maddenin arzının azaltılması, ağırlıklı olarak yasadışı psikoaktif madde ticaretinin önlenmesi ile mümkün olabilmekte ve güvenlik kuvvetlerinin faaliyetleri kapsamında bulunmaktadır. Tek başına arz azaltımı yöntemi yeterli olmadığından söz konusu mücadele eğitim, tedavi ve rehabilitasyon, iletişim ve koordinasyon gibi talep azaltımı yöntemlerine küresel olarak ağırlık verilmektedir. STK’lar başta olmak üzere sivil müdahalelerin özgün katılımı ile mücadelede daha başarılı olduğu örneklerden anlaşılmaktadır.

Ülkemizde 2014 yılında yapılan kurumsal düzenlemelere rağmen çocuk ve gençlerin psikoaktif madde kullanım oranlarının artmaya devam etmektedir. Madde kullanım yaşının çok düşük seviyelere inmiş olduğu konu ile ilgili istatistik verilerle ortaya koyulmaktadır. Bu çalışmada çocuk ve gençlerin madde kullanımı ile mücadele edilmesinde uygulanması gereken yasal ve kurumsal değişiklikler ele alınmaktadır. Türkiye’de madde bağımlılığı dahil tüm bağımlılık türleriyle mücadelede başarılı çalışmalar yapan Yeşil’in çalışmaları yeni modellerin oluşturulmasında temel alınabilecektir. Bu bağlamda psikoaktif madde kullanımı ile mücadele eden Yeşilay ve diğer Sivil Toplum Kuruluşlarının (STK) çalışmalarında “İzlanda Modeli” nin uygulanabilirliği düşünülmelidir. Konu ile ilgili olarak dünyada ilgi görmeye başlayan “İzlanda Modeli” psikoaktif madde kullanımı konusunda aile ve yakın çevrenin etkin kontrolünü sağlayan başarılı bir model olarak yaygın kabul görmeye başlamıştır. Türkiye’de de konu ile ilgili uygulamaların daha etkin yürütülebilmesi ve yaygınlaştırılabilmesi için İzlanda Modeli’nin hayata geçirilmesi önem taşımaktadır.

Murat YILDIRIM

06 / 07 / 2020

Öncelikle yüksek lisans programına müracaatım itibariyle gayretlerimi karşılıksız bırakmayan ve inanılmaz destekleri ve ilgisi ile çalışmamı tamamlamamda desteği bulunan tez danışmanım, kıymetli hocam Sayın Prof. Dr. Elif YÜKSEL OKTAY'a şükran ve minnet duygularımı arz ederim.

Her türlü kahrımı çekmekle kalmayıp, bilimsel yayın yazma konusundaki tecrübelerinden süzdükleri tavsiyeleri ile de, beni destekleyen sevgili eşim Ayla YILDIRIM ve bir tane kızım Tuğba YILDIRIM'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.



İÇİNDEKİLER

BEYAN BELGESİ	i
ÖNSÖZ.....	ii
İÇİNDEKİLER.....	iv
KISALTMALAR LİSTESİ	vii
TABLolar LİSTESİ	x
GRAFİKLER LİSTESİ	xi
ŞEKİLLER LİSTESİ	xii
Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti.....	xiii
Yalova University Institute of Social Sciences Master Thesis Summary	xiv
GİRİŞ.....	- 1 -

BÖLÜM I KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1.Çocuk ve genç kavramı	- 9 -
1.1.1. Çocuk kavramı	- 9 -
1.1.1.1. Çocuğun tanımı.....	- 9 -
1.1.1.2. Çocukluk kavramının tarihsel gelişimi.....	- 10 -
1.1.2. Genç kavramı	- 15 -
1.2.Madde ve madde bağımlılığı kavramları	- 18 -
1.2.1. Madde kavramı.....	- 18 -
1.2.2. Bağımlılık kavramı	- 20 -
1.2.3. Maddenin sınıflandırılması	- 22 -
1.2.4. Maddenin merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerine göre sınıflandırma	- 24 -
1.2.4.1. Merkezi sinir sistemini yavaşlatan maddeler (Depresanlar/Uyuşturucular):	- 28 -
1.2.4.2. Merkezi sinir sistemini uyaran maddeler (Stimulanlar/Uyarıcılar):	- 33 -
1.2.4.3. Hayal gösteren maddeler (Halüsinojenler):.....	- 43 -
1.2.5. Tarihsel süreç	- 52 -

1.3.Sosyal politika kavramı	- 56 -
1.3.1. Sanayi devrimi'ne kadar olan süreç	- 57 -
1.3.2. Sanayi devrimi ve modern anlamda sosyal politika.....	- 58 -
BÖLÜM II DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE ÇOCUK VE GENÇ MADDE BAĞIMLILIĞINA İLİŞKİN MEVCUT DURUM	
2.1. Küresel çapta veriler ve dünya genelinde durum	- 61 -
2.2. Kanada'da çocuklarda ve gençlerde madde kullanımı	- 67 -
2.3. Avrupa Birliği ülkelerinde madde kullanımı	- 69 -
2.4. Amerika Birleşik Devletleri'nde madde kullanımı	- 72 -
2.5. Türkiye'de madde kullanımı	- 76 -
2.6. Sosyal politika bağlamında küresel mücadele ve dünya ülkelerinden mücadele örnekleri	- 81 -
2.6.1. Madde bağımlılığını önleme sistemi.....	- 82 -
2.6.2. Madde kullanımında zarar azaltımı yöntemi.....	- 87 -
2.6.2.1. Eve götürülebilir Naloxone.....	- 90 -
2.6.2.2. Yasadışı madde kullanım odaları.....	- 91 -
2.6.2.3. Cezaevlerinde aşırı doz önleme uygulamaları.....	- 95 -
2.6.2.4. Diğer aşırı doz önleme tedbirleri.....	- 95 -
2.6.3. Madde bağımlılığında tedavi ve rehabilitasyon.....	- 96 -
2.6.4. Sosyal politika uygulama örnekleri	- 97 -
2.6.4.1. Almanya örneği.....	- 97 -
2.6.4.2. Fransa örneği	- 100 -
2.6.4.3. Birleşik Krallık örneği.....	- 103 -
2.6.4.4. Amerika Birleşik Devletleri örneği	- 106 -
2.7. Dünya'da en başarılı mücadeleyi veren ülke olarak İzlanda.....	- 111 -

BÖLÜM III TÜRKİYE’DE 2000 YILI SONRASI UYGULANAN SOSYAL POLİTİKALAR

3.1. Tarihsel süreç ve yapılanma.....	- 120 -
3.2. Hukuki süreç	- 127 -
3.3. Türkiye’nin madde ile mücadele politikaları	- 129 -
3.3.1. Madde arzının önlenmesi	- 131 -
3.3.2. Maddeye olan talebin önlenmesi	- 132 -
3.3.3. Madde ile mücadelede iletişim.....	- 136 -
3.3.4. Madde ile mücadele sürecinin koordinasyonu, izlenmesi ve değerlendirilmesi	- 137 -
3.4. Türk sivil toplum kuruluşlarının mücadeleye katılımı	- 139 -
SONUÇ ve ÖNERİLER.....	- 143 -
KAYNAKÇA	- 151 -
ÖZGEÇMİŞ.....	- 167 -

KISALTMALAR LİSTESİ

AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
ACT	: Terapötik Koordinasyon Dairesi (Fransa)
ADF	: Alcohol and Drug Foundation
AIDS	: Acquired Immune Deficiency Syndrome
AMATEM	: Alkol-Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezleri
APA	: American Psychological Association
α-PVP	: Alpha-pyrrolidinovalerophenon (flakka)
ARS	: Access to Recovery
ASDEP	: Aile Sosyal Destek Programı
BM	: Birleşmiş Milletler
BMGK	: Bağımlılıkla Mücadele Genel Kurulu
BMİKK	: Bağımlılık ile Mücadele İl Koordinasyon Kurulu
BMK	: Bağımlılıkla Mücadele Kurulu
BMTK	: Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu
BYMK	: Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu
CAARUD	: (Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues) (Fransa)
CADCA	: Community Anti-Drug Coalition of America
CAUT	: Terapötik Koordinasyon Daireleri (Fransa)
CBD	: Cannabidiol
CDCP	: Center for Disease Control and Prevention
C-EHRN	: Correlation-European Harm Reduction Network
CIA	: Central Intelligence Agency
CIFAD	: Centre International de Formation a Distance
CIHI	: Canadian Institute for Health Information
CMK	: Ceza Muhakemesi Kanunu
CMUK	: Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu
CNS	: Central Nervous System
CSAPA	: (<i>Les Centres de Soins, d'accompagnement et de Prévention en Addictologie</i>) (Fransa' da STK)
CT	: Terapötik Topluluklar (Fransa)
CTR	: Evde Tedavi Merkezleri (CT)
ÇEMATEM	: Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri
DAH	: Deutsche AIDS Hilfe
DARE	: Drug Abuse Resistance Education
DCR	: Drug Consumption Room
DEA	: Drug Enforcement Administration
DET	: Dietil triptamin
DFC	: Drug Free Communities
DFK	: Drug Free Kids
DMT	: Dimetil triptamin
DOM	: Dimetosimetil amfetamin

DSM	: Diagnostik and Statistical Manual
EBM	: Einheitliche Bewertungsmaßstab (Alman Zorunlu Sağlık Sig. Sis.)
ECOSOC	: The Economic and Social Council
EFQM	: European Foundation for Quality Management
EGM	: Emniyet Genel Müdürlüğü
EMCDDA	: European Monitoring Centre for Drug and Drug Abuse
ESPAD	: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs
ETKİM	: Eczayı Tıbbiye ve Kimyeviye
GHB	: Gama Hidroksibütirat
GOA	: Gebührenordnung für Ärzte (Alman Özel Sağlık Sig. Sis.)
GP	: Grand Prix (Fransa Sağlık Sistemi)
HA-REACT	: Harm Reduction Act
HIV	: Human Immunodeficiency Virus
ICD-10	: The International Classification of Disease
ICSRA	: Icelandic Centre for Social Research and Analysis
ILO	: International Labour Organization
İSTKA	: İstanbul Kalkınma Ajansı
İTARDD	: Rete Italiana Riduzione del Danno
İTO	: İstanbul Ticaret Odası
İYİ	: İş Yaşamını İyileştirme Programı
JTT	: Just Think Twice
KALDER	: Kalite Derneği
KOM	: Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele
KONTES	: Kontrollü Teslimat
KOSGEB	: Küçük ve Orta Ölçekli İşletmeleri Geliştirme ve Destekleme İdaresi Başkanlığı
LSD	: Lyserjik asit dietilamid
MAO-A	: Monoamin oksidaz
MDA	: Metilendioksi amfetamin
MDEA	: N-etil-3,4,-metilendioksi amfetamin
MDFT	: Multidimensional Family Therapy for Adolescents
MDMA	: 3,4-metilendioksi amfetamin (ecstasy)
MDPV	: Metilendioxy pyrovalerone
MILDECA	: (<i>Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives</i>) (Fransa)
MÖ	: Milattan önce
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
MST	: Multisystemic Therapy
MTF	: Monitoring the Future
NEET	: Not in Education, Employment or Training
NGO	: Non Governmental Organizations
NHS	: National Health Service
NIH	: The National Institutes of Health
OECD	: Organization for Economic Co-operation and Development

OFDT	: (<i>Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies</i>) (Fransa)
OKANA	: Narkotiklere Karşı Organizma (Yunanca)
ONDCP	: Office of National Drug Control Policy
OST	: Opioid Substitution Therapy
PCP	: Pensiklidin
RDM	: Rehabilitasyon Danışma Merkezleri
REITOX	: <i>Réseau Européen d'Information sur les Drogues et les Toxicomanies</i> (Fransa)
REM	: Rapid Eye Movement
RTÜK	: Radyo ve Televizyon Üst Kurulu
SAMBA	: Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Programı
SAMHSA	: Substance Abuse and Mental Health Services Administration
SDAPA	: Synthetic Drug Abuse Prevention Act
STK	: Sivil Toplum Kuruluşları
SUB	: Sosyal Uyum Birimleri
TADOC	: Turkish International Academy Against Drugs and Organized Crime
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TC	: Türkiye Cumhuriyeti
TCK	: Türk Ceza Kanunu
TEKTAŞ	: Türk Eczayı Tıbbiye ve Kimyeviye Şirketi
THC	: Tetrahidrokannabinol
THN	: Take Home Naloxone
TMK	: Türk Medeni Kanunu
TMO	: Türk Mahsülleri Ofisi
TR	: Türkiye
TRT	: Türkiye Radyo Televizyon Kurumu
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Bağımlılık İzleme Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UGY	: Uluslararası Gençlik Yılı
UMATEM	: Uçucu Madde Tedavi Merkezi
UMK	: Uyuşturucuyla Mücadele Kurulu
UMTK	: Uyuşturucuyla Mücadele Teknik Kurulu
UMYK	: Uyuşturucuyla Mücadele Yüksek Kurulu
UNDESA	: United Nations Department of Economic and Social Affairs
UNESCO	: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	: United Nations Fund for Population Activities
UNICEF	: United Nations International Children's Emergency Fund
UNODC	: United Nations Office on Drugs and Crime
USP X	: United States Pharmacopeia
WHO	: World Health Organization
YEDAM	: Yeşilay Danışmanlık Merkezi
YYBE	: Yeşilay Yaşam Becerileri Eğitim Programı

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo 1. BM Örgütlerinde “Genç Kavramı” Yaş Aralıkları	- 17 -
Tablo 2. Maddelerin Merkezi Sinir Sisteminde Oluşturdukları Etkilere Göre Sınıflandırması	- 28 -
Tablo 3. Kokain Formları ve Kullanım Yöntemleri	- 36 -
Tablo 4. Sokak Çocuklarının Madde Kullanım Oranları.....	- 63 -
Tablo 5. Avrupa Ülkelerinde Verilere Göre 15-24 Yaş Aralığında Yasadışı Madde Kullanım Yaygınlığı.....	- 71 -
Tablo 6. Amerika Birleşik Devletleri’nde Yıllara Göre 15-24 Yaş Aralığında Madde Kullanımına Bağlı Aşırı Doz Ölüm Sayıları.....	- 73 -
Tablo 7. Michigan Üniversitesi Sosyal Araştırma Enstitüsü Yıllık Madde Kullanım Eğilimleri	- 75 -
Tablo 8. Avrupa Devletleri’nin Aşırı Doz Madde Önleme Konusunda Politika Uygulama Durumları- 88 -	
Tablo 9. Avrupa Ülkeleri’nde 2014 Yılında Bulunan Yasadışı Madde Kullanım Odaları (DCR).....	- 91 -
Tablo 10. Avrupa Ülkelerinde Madde Kullanım Odaları İçin Yasal Dayanaklar.....	- 93 -
Tablo 11. 2018-2023 Uyuşturucuyla Mücadele Strateji Belgesi ve Eylem Planının Tanımlanan 16 Nihai Amacı	- 130 -

GRAFİKLER LİSTESİ

Grafik 1. Kıtalarla Göre 15-16 ve 15-64 Yaş Gruplarının Kendi Yaş Grupları İçerisindeki Esrar Kullanım Yüzdelik Oranları	63 -
Grafik 2. Madde Kullanım Bozuklukları Sebebiyle Dünya’da Meydana Gelen Erkek Ölümleri	65 -
Grafik 3. Madde Kullanım Bozuklukları Sebebiyle Dünya’da Meydana Gelen Bayan Ölümleri.....	66 -
Grafik 4. Dünya Genelinde Madde Kullanım Bozukluklarına Bağlı Olarak Meydana Gelen Bildirilmiş Ölüm Sayılarının Yıllara Göre Yaş Tasnifi.....	66 -
Grafik 5. Dünya Genelinde Madde Türlerine Göre Meydana Gelen 2017 Yılına Ait Bildirilmiş Ölüm Sayıları	67 -
Grafik 6. Kanada’da Gençlerin 2017-2018 Yıllarına Ait Hastane Kayıt Oranları (100.000 Ölçeğinde)-	68 -
Grafik 7. Kanada’da 2017 Yılına Ait Alkol ve Madde Kullanımına Bağlı Gerçekleşen Ölüm Sayıları-	69 -
Grafik 8. Amerika Birleşik Devletleri’nde Yıllara Göre Madde Kullanım Bozukluğu Yaşayan Nüfusun Genel Nüfusa Oranı	72 -
Grafik 9. Türkiye’de Yıllara Göre 15-34 Yaş Aralığının Esrar Maddesi Kullanım Oranları	77 -
Grafik 10. Türkiye’de Yıllara Göre 15-34 Yaş Aralığının MDMA (ekstasy) Kullanım Oranları.....	77 -
Grafik 11. Türkiye’de Yıllara Göre Aşırı Doz Madde Kullanımına Bağlı Gerçekleşen Ölüm Sayılar -	78 -
Grafik 12. 2018 yılında Aşırı Doz Madde Kullanımına Bağlı Gerçekleşen Ölümün Yaş Grupları..	78 -
Grafik 13. 2018 Yılında Türkiye’de Madde Kullanımına Bağlı Tedavi Gören Hastaların Kullandıkları Psikoaktif Maddelere Göre Dağılımı	80 -
Grafik 14. 2018 Yılında Türkiye’de Madde Kullanımına Bağlı Tedavi Gören Hastaların Yaş Dağılımı.....	80 -
Grafik 15. İzlanda’da 15-16 Yaş Gençlerinin Yıllara Göre Madde Kullanım Yüzdelik Oranları.....	113 -
Grafik 16. İzlanda’da Yıllara Göre Okul Saatleri Dışında Ebeveynleri İle Birlikte Zaman Geçiren 9. Ve 10. Sınıf Öğrencilerinin Yüzdelik Oranları.....	118 -
Grafik 17. İzlanda’da Yıllara Göre Haftasonları Ebeveynleri İle Birlikte Zaman Geçiren 9. Ve 10. Sınıf Öğrencilerinin Yüzdelik Oranları.....	118 -
Grafik 18. İzlanda’da Hiç Sarhoş Olamamı 16-20 Yaş Aralığındaki Gençlerin Yıllara Göre Yüzdelik Oranları	119 -
Grafik 19. Bazı Ülkeler’de 15-16 Yaş Grubu Gençlerin Son 30 Gün İçerisinde Alkol Kullanım Oranları..	119 -
Grafik 20. İskandinav Ülkelerinde Gençlerin Madde Kullanım Eğilim Oranları	120 -

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Beyin Hücresi (Nöron) Yapısı	- 25 -
Şekil 2. Sinaps Eylemi	- 26 -
Şekil 3. Depresan İlaçların Alınan Dozaja Göre Etkileri	- 33 -
Şekil 4. Esrar Maddesinin Dünya’da Tıbbi Olarak Kullanım Dönemleri.....	- 55 -
Şekil 5. Ulusal Madde Strateji Belgelerinde Ülkelerin Yasadışı Madde veya Daha Geniş Kapsamlı Mücadeleye Odaklanmalarına Göre Sınıflandırması	- 82 -
Şekil 6. Birleşmiş Milletler Uluslararası Standartlar Belgesi’ne Göre Madde Bağımlılığı Önleme Sistemi - 84 -	
Şekil 7. Almanya Sağlık ve Sigorta Sistemi	- 100 -
Şekil 8. İzlanda Modeli Eylem Planı’nın Uygulama Aşamaları	- 115 -
Şekil 9. Kuruluşu İtibariyle TUBİM’in Ulusal Seviyede Koordinasyon Yapılanması	- 126 -
Şekil 10. Türkiye’de Yıllara Göre Bağımlılık Tedavi Merkezi Sayıları	- 135 -



Yalova Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tez Özeti

Tezin Başlığı: Türkiye’de 2000 Yılı İtibariyle Madde Kullanan Çocuklara ve Gençlere Yönelik Uygulanan Sosyal Politikalar	
Tezin Yazarı: Murat YILDIRIM	Tez Danışmanı: Prof. Dr. Elif YÜKSEL OKTAY
Kabul Tarihi:	Sayfa Sayısı: xii (ön kısım) + 155 (tez)
Anabilim Dalı: Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bilim Dalı: Sosyal Politika	
Bu çalışmanın konusu, 2000’li yılların başlarında, psikoaktif madde kullanımı ile ilgili olarak Türkiye’de hayata geçirilen sosyal politikaların oluşumunu içermektedir. Avrupa Birliği uyum sürecindeki gelişmeler başta olmak üzere, kurumsal yapıların şekillenmesine ulusal ve uluslararası faktörler etki etmektedir. Tarihsel süreç içerisinde, uygulama alanlarında olduğu gibi, mücadele politikalarında da küresel değişimler yaşanmaktadır. Bu minvalde, madde kullanan çocuk ve gençlere yönelik uygulanan ulusal politikaların etkilerindeki değişimlerin ve oluşan yeni mücadele yöntemlerine sağlanan uyumun araştırılması hedeflenmiştir. Çalışmada, her biri kavramsal olarak farklı yaklaşımlara ve değişimlere tabi olan “çocuk”, “genç”, “sosyal politika”, “madde” ve “bağımlılık” kavramları ele alınmıştır. Teknik olarak yanlış kullanıldığı iddia edilen “uyuşturucu” kelimesinin aslında “psikoaktif madde” veya teknik alanda kısaca “madde” olarak ifade edilmesinin gerekliliği vurgulanmış ve maddelerin sınıflandırılmaları, çeşitleri, merkezi sinir sistemi üzerindeki etkileri, madde kullanım bozukluğu ve bağımlılık hakkında bilgiler incelenmiştir. Küresel bir sorun olarak madde kullanımı ve bağımlılık oranları, suç ve ölüm oranları gibi madde kullanımına bağlı veriler, farklı parametrelere bağlı olarak, ulusal ve uluslararası seviyedeki çeşitli kaynakların istatistik verilerinden ve raporlarından elde edilerek, mevcut madde kullanımı ve bağımlılık oranları hakkında küresel, bölgesel ve ulusal olarak verilere ulaşılmıştır. Psikoaktif madde kullanımı ile ilgili geliştirilen mücadele politikaları güncel olarak araştırılmış ve farklı ülkelerden bazı örneklerle yer verilmiştir. Aynı doğrultuda Türkiye’nin konu ile ilgili mücadele politikaları ele alınarak, olumlu ve olumsuz yönlerine vurgu yapılmış, yurt dışı örnekleri ile karşılaştırma olanağı içerisinde önerilere yer verilmiştir.	
Anahtar Kelimeler: Çocuk, genç, psikoaktif madde, madde, merkezi sinir sistemi, bağımlı, sosyal politika, UNODC, EMCDDA.	

Yalova University Institute of Social Sciences Master Thesis Summary

Thesis Title: Social Policy Implementations on Drug-Using Children and Youth as of 2000 in Turkey	
Thesis Author: Murat YILDIRIM	Advisor: Prof. Dr. Elif YÜKSEL OKTAY
Date of Acceptance:	Total Number of Pages: xii (pre text) + 155 (main body)
Department: Labour Economics and Industrial Relations Field of Study: Social Policy	
The subject of this study involves the social policy implementations regarding the use of psychoactive substances formed in Turkey in the early 2000s. Especially the adaptation process to the European Union, national and international factors affect the shaping of institutional structures. In the historical process, global changes are taking place in struggle policies as well as in application areas. In this vein, it is aimed to inquire the effects of national policies applied to children and youth using drugs and the adaptation to the new methods of struggles. In the present study, the concepts of “child”, “adolescent”, “social policy”, “drug” and “dependence” were addressed which are respectively subject to different approaches and alterations. The need for expression by using the word “substance” instead of using the word “depressant” which is allegedly in misuse was emphasized and information about classifications, types, the effects on the central nervous system of drugs and addiction was studied. As a global concern, by obtaining the rates of, substance use, dependence, crimes and deaths that are relevant to substance use in different parameters from the national and international relevant institutions’ statistics and reports, data on present drug use and dependence were reached on global, regional and national means. The developed fight policies have been researched in an update and some samples of different countries are given. In that vein, by taking the policies of Turkey relevant to the subject, positive and negative aspects were emphasized, suggestions were included in the opportunity to compare with outland.	
Key Words: Child, youth, psychoactive substance, drug, central nervous system, dependent, social policy, UNODC, EMCDDA.	

GİRİŞ

İnsanoğlu binlerce yıldır doğanın kendisine sunduğu tedavi, beslenme ve kayıf verme yönleri olan psikoaktif maddeleri kullanmaktadır. Uyuşturucu, uyarıcı ve hayal gösterici etkileri olan bu maddeler kimi zaman dini ritüellerde kimi zaman da tedavilerde kullanılmıştır. Uyuşturucu ve hayal gösterici yönleriyle insanların bilinç, motivasyon ve iradeleri üzerinde etki ve bağımlılık oluşturduğundan, insanları kontrol altına alma isteği ile olumsuz yönde kullanımları da söz konusu olmuştur. Tarihsel olarak incelendiğinde, kendini ilahlaştıran kanaat önderleri, savaş ve suikastlerde başarı sağlayan komutanlar ve toplum liderlerinin olduğu görülmektedir (Kalyoncu, 2012).

Psikoaktif etki gösteren bitki çeşitleri coğrafi ve iklim şartlarına göre farklılık göstermektedir. Psikoaktif etki gösteren bitkilerin etken maddelerinin sentezlenmesiyle, sağlık üzerindeki travmatik etkileri de zaman içerisinde artırılmıştır. Yapay üretim yöntemlerinin geliştirilmesi ve erişiminin dünyaya yayılması karşısında, dünya toplumlarında tehdidin boyutu da doğru orantılı şekilde artmış ve günümüzde, sağlık, ekonomik, sosyal, kültürel ve politik yıkıcı özelliği ile nesilleri tehdit eden bir bela olarak dünyaya musallat olmuş durumdadır (Işık, 2013: 19-26).

Psikoaktif madde kullanımında çocuk ve gençler en riskli toplum kesimini oluşturmaktadır. Yüksek risk taşıyan grup olarak da ifade edilebilecek çocuk ve gençlerin madde kullanımının önlenmesi amacıyla yasal düzenlemeler ve ceza mekanizmaları oluşturulmuş olsa da madde kullanımı tam olarak engellenememektedir. Kullanım önlenemediğinde tedavi yolu ile bağımlılıktan kurtulma gerekliliği ortaya çıkmaktadır. Ancak sentezlenerek yeni türleri piyasaya sürülen farklı psikoaktif maddelere karşı tedavi-bağımlı ilişkisi bozulabilmekte, yeni bağımlılık türleri ortaya çıkabilmektedir.

Küreselleşmenin etkileri ile psikoaktif madde kullanım yaygınlığı artmış ve kullanım yaşı gittikçe düşmektedir (EMCDDA, 2019). Hukuki ve sağlık yönü bulunan mücadele politikaları, eğitim alanındaki mücadele faaliyetleri de eklenerek sosyal politika çerçevesinde geliştirilmeye çalışılmaktadır (Kutlu, ve diğerleri, 2017: 126). Psikoaktif madde içeren yasal ürünlerin kötüye kullanımı ve bağımlılığı, mücadelenin farklı bir boyutunu teşkil etmektedir.

Bir suç olarak küresel boyutta gerçekleşen yasadışı madde ticareti ise, kolay yoldan yüksek kazanç sağlaması bakımından önceleri ideoloji gütmeyen organize suç örgütleri tarafından işlenmekte iken, başka bir küresel bela olarak yaygınlaşan veya yaygınlaştırılan terör örgütlerinin de finans kaynağı haline gelmiştir. İnsan ticareti gibi diğer küresel boyuttaki suçlarda da psikoaktif maddelerin kullanılması, belli kriterlerde sınırları çizilebilen ve tanımlanabilen yasadışı gruplarla ilgili kavramların birbirlerine iç içe geçmeleri sonucunu doğurmuş ve daha karmaşık yapılarla mücadele gündeme gelmiştir. Bir çok devlet, ulusal seviyede mücadelenin yetersiz kalacağı bilinci ile kolluk kuvvetleri arasında uluslararası iş birliğinin önemine vurgu yapmış ve bu suretle Interpol, Europol gibi uluslararası polis örgütleri seviyesinde mücadeleye ağırlık verilmiştir. Birleşmiş Milletler ve Avrupa Birliği başta olmak üzere yapılan çalışmalarda, psikoaktif madde kullanımı ve bağımlılık ile mücadelenin çok boyutlu yapısına dikkat çekilmiş ve

bilimsel çalışmalar temelinde, bulgulara dayalı olarak ilgili tüm kurum ve kuruluşların katılımı ile bütüncül bir yaklaşımla mücadelenin gerekliliği önem kazanmıştır.

Problemi oluşturan “psikoaktif madde”, zarar gören “çocuk ve genç” ve farklı modelleri de incelemek suretiyle çözüm üreten “sosyal politikalar” gibi esas kavramların her birinin ayrı-ayrı bilimsel olarak tarihsel süreç içerisinde incelenmesi ve tanımlanması, daha sonra birbirleri ile olan etkileşimleri ve ortaya çıkan tabloların yorumlanması, çalışmamızın yapısını oluşturmaktadır.

Öncelikle konunun mağdurlarından olan çalışmamızda ele aldığımız çocuklara ve gençlere kavramsal olarak değinilmiştir. Toplumların çocuk kavramına tarihsel süreç içerisinde yaklaşımları, atfedilen önem ve statüleri değerlendirilmiştir. Çocukluğun başlangıcı ve bitişi konusunda toplumların kendi yapılarına göre farklı algıları mevcuttur. Hukuki olarak modern hukuk sistemine dayanan toplumlarda fikri erginlik çocukluğu belirleyen faktör olarak esas alınmakla beraber, Roma ve İslam hukuku etkisinde bulunan toplumlarda bedensel ve cinsel erginlik çocukluğun tespitine esas teşkil etmektedir.

Genç kavramına da toplumların yaklaşımları farklılık arz etmekte ve çeşitli yaş sınırlamaları ile tanımlanmaya çalışılmaktadır. Uluslararası örgütlerce belirli yaş aralıkları “genç” olarak kabul edilip çalışmalar yaş kriterlerine göre yapılsa da, aslında gençlik çağı olarak tanımlanan dönemin çocukluğa bağlı olarak yaşanan kısıtlamalardan kurtulup, erişkin birey özgürlüğü ve olgunluğuna ulaşma sürecindeki muğlak dönem olarak tarif edilebilmektedir. Genç birey olmanın çocuk ve erişkin birey olmaya göre farklılık arz eden doğal özellikleri en iyi şekilde Aristoteles’in “Hitabet Sanatı” isimli eserinde anlatılmıştır (Freese, 1954).

Bir çoğunun tedavi edici özellikleri sebebi ile insan hayatında vazgeçilmez öneme sahip bulunan psikoaktif maddeler, farklı bitki türlerinden ve çoğunlukla bunlardan elde edilen sentezlerden oluşmaktadır. Bitkilerden bağımsız olarak tamamen laboratuvar ortamlarında kimyasal yöntemlerle elde edilen sentetik madde türleri ise, etkileri itibarıyla adeta doğal psikoaktif maddeleri aratacak nitelikte insan sağlığına zarar vermektedir. Bu sebeple son dönemlerde bazı ülkelerde alternatif teşkil etmesi bakımından doğal maddelerden özellikle esrar kullanımı belli oranlar dahilinde serbest bırakılmaya başlanmıştır.

Psikoaktif maddeler, sağlık üzerindeki olumsuz etkileri ile beraber bağımlılık yapıcı özelliği ile kullanıcının, kişilik, sosyal ve ekonomik durumunda da yıkıcı etkileri bulunmaktadır. Bağımlılık kavramı, madde ve davranış bağımlılığı şeklinde literatürde geniş araştırmalara konu olmakta ve madde bağımlılığı, bir maddeyi, her türlü olumsuz etkilerine rağmen tekrar kullanmak için duyulan fiziksel ve/veya psikolojik gereksinim, kontrol edilemez istek, dürtü olarak tanımlanmaktadır. Madde bağımlısı olan kişi, kullandığı maddeye her defasında artan nispette tolerans geliştirmekte ve kullanım dozlarından her defasında azalan ölçüde tatmin duygusu yaşamaktadır. Fizyolojik olarak gelişen bu durum, kullanıcıyı aynı tatmini elde edebilmek için madde kullanım dozlarını artırmaya sevk etmektedir ve tatmin duygusu arayışı içerisinde ölümcül dozlara

ulaşılabilmektedir. Maddeye bağlı doz aşımı veya aşırı doz ölümleri bu şekilde gerçekleşmektedir (Maisto, ve diğerleri, 2011: 100).

Çalışmanın amacı ve niteliğine göre farklı sınıflandırmalara tabi olan madde türleri, en yaygın şekilde merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerine göre sınıflandırılmakta ve bilimsel çalışmalarda kullanılmaktadır. Bunun yanında, biyolojik yapılarına göre, kimyasal yapılarına göre, kullanım yol ve yöntemlerine göre, etkilerini nasıl meydana getirdiklerine göre, fiziksel olarak vücudun kas ve kemik yapısında meydana getirdiği değişimlere göre, tedavi şekillerine göre, sokak jargonunda isimlendirilmelerine göre ve daha pek çok kriterlere göre sınıflandırmaları mevcuttur.

Merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerine göre sınıflandırmalar; merkezi sinir sistemini uyuşturarak yavaşlatma etkisi bulunan depresanlar, uyarıcı etki gösteren stimülanlar ve hayal gösteren halüsinojenler olarak üç grupta incelenmektedir. Burada istisnası bulunan psikoaktif madde ise, kullanım oranı, yoğunluğu ve kullanıcının durumuna göre her üç etkiyi de gösterme özelliği bulunan esrar maddesidir.

Beyin ve omurilikten oluşan merkezi sinir sisteminin maddelerden ne şekilde etkilendiğinin ve metabolizmayı ne şekilde harekete geçirdiğinin daha iyi anlaşılması için, beyni oluşturan nöronlarının yapısı, bu nöronlar arasındaki alışverişi yani “sinaps eylemi” hakkında genel olarak bilgi sahibi olmak gerekmektedir. Tüm zihinsel ve fiziksel eylemlerimizi, dengemizi, vücut yapımızı ve duyu durumlarımızı borçlu olduğumuz ve doğal olarak mükemmel ve hassas bir işleve sahip bulunan merkezi sinir sistemi, zaten belli psikoaktif maddeleri ve kimyasal molekülleri sinaps eyleminde dengeli bir şekilde kullanmaktadır. Gıda harici dışarıdan doğrudan alınan çalışma konumuz psikoaktif maddeler ise, bazen doğal nörotransmitter moleküllerini taklit ederek, bazen beyin hücre yapılarını bozarak veya eylemi tıkayarak veya hızlandırarak fiziksel ve psikolojik dengesizliklerin oluşmasına sebep olmaktadır.

Genel olarak uyuşturuculara, afyon, morfin, kodein, eroin, barbitüratlar, sedatif hipnotikler, trankilizanlar gibi doğal ve sentetik maddeler, uyarıcı stimülanlara, kokain, amfetamin, flakka tabir edilen Alfa-PVP, ecstasy, captagon türü maddeler ve halüsinojenlere ise, esrar, bonzai olarak bilinen sentetik kannabinoidler, meskalin, sihirli mantarlar olarak tabir edilen psilosibin ve LSD maddeleri örnek olarak verilebilir. Çalışmamızda sayılan psikoaktif doğal ve sentetik maddelerin tarihçeleri ve ortaya çıkışları hakkında bilgiler verilmiştir. Bunlardan esrar maddesinin elde edildiği kenevir bitkisinin ve afyon sakızı, morfin, eroin, kodein gibi opiyatların elde edildiği haşhaş bitkisinin, ülkemiz ve kültürümüzle uzun bir geçmişi bulunmaktadır.

Küresel bir sorun haline gelen psikoaktif madde kullanımı ile ilgili olarak, kolluk güçleri, sağlık ve eğitim kurumları ile verdikleri ulusal mücadelelerin yeterli olamayacağı gerçeğini devletler kabul etmiş durumdadır. Önce Milletler Cemiyeti, daha sonra Birleşmiş Milletler ve Avrupa Birliği başta olmak üzere uluslararası örgütler, sorunun kaynağı üretici ülkeler üzerinde baskı kurmaya ve üretimin küresel denetim altına alınmasına çalışmaktadırlar. İlaveten, devletler arası anlaşmalar yolu ile ticaretin engellenmesi ve cezalandırılması suretiyle arz azaltımı yoluna gidilmeye çalışılmaktadır.

Bu arada gelişen sosyal politika kavramına bağlı olarak, ulusal seviyedeki mücadeleler, kurumsal ve yasal düzenlemelerle uluslararası kurumların kararlarına entegre edilmek suretiyle devletlerin etkinlikleri artırılmaya çalışılmaktadır.

Günümüzde geline nokta, Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi'nin 2017 yılına ait verilerini yayınladığı raporda, dünyada 15-64 yaş aralığında bulunan 271 milyon insanın psikoaktif madde kullandığı bildirilmiştir. En yaygın kullanılan psikoaktif madde esrar maddesi olmakla birlikte, en yoğun kullanım yaş aralığı 18-25 olarak tespit edilmiştir (UNODC, 2019). Avrupa'da 15-24 yaş aralığında bulunan gençlerin %20'sinin esrar maddesi kullandığı, buna rağmen metamfetamin gibi sentetik madde kullanımlarının hızla arttığı ve sentetik madde üreten laboratuvar sayılarının da iki kat arttığı, Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) tarafından 2019 yılı raporunda bildirilmiştir. Amerika Birleşik Devletleri (A.B.D.), kendi kıtasında üretilen kokain ile de yoğun mücadele vermekle birlikte, Avrupa ülkeleri başta olmak üzere uzak doğu ülkelerinde laboratuvar ortamlarında üretilen sentetik maddelerin son dönemlerde A.B.D. piyasalarına çeşitli sentez grupları olarak girmesi ve kullanımının gençler arasında yaygınlaşması büyük sorun teşkil etmektedir.

Uzak doğu ülkelerinde ve Avrupa'da merdiven altı tabir edilen, yasal olmayan laboratuvarlarda sentezlenmeye başlayan sentetik maddeler, kimyasal olarak binlerce farklı yapıda sentezler halinde üretilebilmektedir. Piyasaya giren yeni sentezlerin yasaklanabilmesi için kimyasal yapılarının önce tahlillerle tespit edilip, içeriklerinin yasal olarak tanımlanması gerekmektedir. Zaman alan bu süreç içerisinde piyasada rahatlıkla yaygınlaşan psikoaktif maddeler, yasaklı maddeler listesine girince, hemen farklı yapıda bir sentez piyasaya sürülmektedir. Ayrıca, söz konusu psikoaktif maddelerin, gübre, boya gibi sanayi ürünü olarak da piyasada veya internet ortamında "insan tüketimine uygun değildir" ibaresi ile satışa sunulması, konunun hukuki olarak aşılması gereken bir başka boyutunu teşkil etmektedir. Kullanıcıların, bu yeni maddelerin etkisi altında bulundukları da sağlık kuruluşlarındaki laboratuvarlar tarafından, kimyasal yapıları ve etkileri bilinmediğinden, tıbbi tahlillerle tespit edilememektedir. Son yıllarda kullanıcıları üzerinde akıl almaz etkileri ve zararları sebebiyle, artan sentetik madde kullanım yaygınlığını önlemeye yönelik olarak Kanada, Hollanda, Uruguay, Kolorado Eyaleti gibi ülke ve eyaletlerde doğal psikoaktif madde olan esrar maddesinin kullanımı, belli oranlarda yasal hale getirilmeye başlanmıştır. Yasadışı madde ticaretinde yoğun olarak Avrupa'dan arap yarımadasına "Club Drugs" tabir edilen ecstasy, captagon ve benzeri sentetik maddeler yasadışı olarak ihraç edilirken, Afganistan ve çevre ülkelerden Avrupa'ya eroin maddesi yağun bir şekilde taşınmaktadır.

Türkiye her iki ticaret yönünün de güzergahında bulunan bir transit ülke olarak, ama aynı zamanda kısmen hedef ülke olarak, kolluk güçleri ile yoğun bir şekilde yakalama faaliyetleri ile uğraşmaktadır. Bununla birlikte Narko-terör kapsamında artış gösteren yasadışı madde trafiği ile doğru orantılı biçimde çoğunlukla doğu ve güney-doğu illerimizde üretilen esrar ve eroin maddesinin yasadışı ticaretine yönelik olarak, arz azaltımı, talep azaltımı gibi mücadele faaliyetlerini artırmaktadır. Avrupa Birliği ülkelerine nazaran Türkiye'de gençler arasında madde kullanım yaygınlığı ortalamasının

altında bulunmakla birlikte, birçok kaynakta mücadelede yetersiz kalındığı ve yapısal olarak mücadele yöntemlerinde düzenlemelerin gerektiği görüşü savunulmaktadır.

A.B.D. ve Avrupa’da psikoaktif madde kullanımı ile mücadele, önleme yöntemi olarak, aile, eğitim, sosyal çevre temelinde, eğitim, tedavi, zarar azaltımı ve rehabilitasyon uygulamalarına ağırlık verilmektedir. Uluslararası işbirliği esasına dayanan bu mücadele yöntemleri ile ilgili olarak, Birleşmiş Milletler “Uluslararası Standartlar Belgesi” yayınlamakta ve önleyici müdahaleler ve politikalar konusunda rehber niteliği taşımaktadır. Aynı şekilde Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi’nin “Avrupa Madde Önleme Kalite Standartları” da gençlere yönelik madde farkındalık eğitimleri verilmesinden ziyade, kişilik özelliklerini, yaşam koşullarını, akranları ile etkileşimlerini, sosyal normlara yaklaşımlarını geliştirme konusunda yardımcı olunmasının etkilerine vurgu yapan ve tavsiyelerde bulunan kılavuz niteliğindedir.

Her ülkenin devlet sistemine ve kamusal yapılanmalarına bağlı olarak farklı şekillerde uygulama yöntemi bulan sosyal politikalar kapsamında, bilimsel bulgulara dayalı olarak verilerin elde edilmesinin önemi vurgulanmaktadır. Bu amaçla Avrupa Alkol ve Madde Kullanımında Okul Araştırmaları Projesi (ESPAD) kurulmuştur. Dış ülkelerde çoğunlukla sivil toplum örgütlerinin anket ve eğitim faaliyetleri ile, erken okul dönemlerine ağırlık verilmek suretiyle, veriler toplanarak tespitler yapılmakta ve müdahale safhaları ilgili paydaşlar ile işbirliği içerisinde koordine edilmekte ve uygulanmaktadır.

Önleme yöntemleri genel olarak, evrensel önleme, seçici önleme, münferit (kişisel) önleme ve çevresel önleme stratejileri şeklinde sınıflandırılarak, aile, eğitim, sosyal çevre, kırılgan gruplar ve riskli kişiler, belirli sosyal sınıflar şeklinde tespit edilen hedeflere yönelik müdahale esaslarının belirlenmesi ile yapılandırılmaktadır.

Aşırı doz ölüm oranları yüksek olan A.B.D., Kanada ve A.B. üyeleri gibi ülkelerde, zarar azaltım yöntemi olarak tabir edilen bazı uygulamalara başvurulmaktadır. Bu kapsamda, en çok aşırı doz ölümlerinin görüldüğü opioid (morfin, eroin, kodein gibi afyon grubu) bağımlılarının aile ve sosyal çevrelerine, doz aşımı olaylarında uygulamak üzere, ters psikoaktif etki yapan ve bu suretle acil ilk yardım ekibine zaman kazandıran Naloxone gibi ilaçların dağıtılması ve kullanım eğitimleri verilmektedir. Ayrıca kamusal alanlarda madde kullanımının önüne geçmek ve aşırı doz riskini azaltmaya yönelik olarak yasadışı madde kullanım odalarının tesis edilmesi gibi yöntemler bulunmakta ve birçok akademik çalışmalarda, bu tür uygulamaların bağımlıya madde kullanım konusunda güven verdiği gerekçesiyle eleştiriler mevcuttur. Buna rağmen birçok ülkede, özellikle cezaevlerinde Naloxone bulundurulmakta, madde kullanıcılarına ve yakınlarına tahliye öncesi eğitimler verildikten sonra Naloxone tedarik edilmektedir.

Dünya’da önleme yöntemleri kapsamında yaygın olarak uygulanan tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları ise, detoksifikasyon yani farmakolojik olarak bünyeyi ilaçla toksinlerden temizleme ve idame tedavisi, ilaç destekli karşıt veya ikame tedavisi, antabuse tedavisi ve psikososyal destek tedavileri şeklinde uygulanmaktadır.

Küresel seviyede kabul gören bahse konu önleme yöntemleri, devletlerin yapısal ve hukuksal olarak bazı düzenlemeleri yapmalarını ve adapte olmalarını gerektirmektedir. Üye ve katılımcı ülkelerin standartları gözetilerek, çalışmalarda asgari ölçüde ortak payda tesis eden uluslararası örgütlerin tavsiyeleri yerine getirilirken, uygulama yöntemlerinin ülkeden ülkeye farklılık arz etmesi kaçınılmazdır. Merkezi yönetim sistemini benimseyen ülkelerin uygulamaları ile federatif yönetim sistemini benimseyen ülkelerin uygulamaları arasında farklılıklar bulunmaktadır. Ulusal ölçekte uygulanan sosyal politika ve hizmetlerin etkinliği, diğer bir ifade ile bir ülkenin sosyal refah devleti modelini ne seviyede hayata geçirebildiği ve toplumun refahına yönelik güvenceler tesis edebildiği konusu da, madde ile mücadelede önemli rol oynamaktadır. Çalışmamızda bu alanda detaylar içeren bazı Avrupa ülkeleri, İzlanda ve Amerika Birleşik Devletleri uygulama modelleri örnek olarak incelenmiş olup, son dönemlerde madde ile mücadelede en başarılı ülke olarak gösterilen İzlanda'nın uyguladığı sosyal politakalar incelenmiştir.

Türkiye’de özellikle çözüm sürecinin bitirilmesi ve terörle topyekün mücadelede gösterilen ulusal ve uluslararası başarıların sonucu olarak, dara düşen terör örgütleri, finans arayışlarında yasadışı madde ticaretine yoğunlaşmışlardır. Bu şekilde ülkemizde Narko-terör kavramı ortaya çıkmış ve artan madde kullanımı ve ticaretine yönelik olarak 2014 yılı itibariyle acil eylem planları ve ulusal strateji belgelerinin hazırlanması ve uygulanmasında bilimsel ve bütüncül yaklaşımların ivedilikle hayata geçirilmesi kararlaştırılmıştır. Önce Başbakanlık seviyesinde 2018 yılında “Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı” na dönüşen “Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı¹”, Adalet Bakanı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı, Gençlik ve Spor Bakanı, İçişleri Bakanı, Milli Eğitim Bakanı, Gümrük ve Ticaret Bakanı ve Sağlık Bakanı’ndan oluşan Uyuşturucu ile Mücadele Yüksek Kurulu (UMYK) ve ilgili alt kurulları ile bilim ve teknik kurulları, bu kurullara bağlı çalışma komisyonları oluşturulmuştur. 2018 yılında ülkemizde gerçekleşen yönetim sistemi değişikliğinden sonra, bahse konu yüksek kurul Cumhurbaşkanlığı seviyesinde “Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu” (BMYK) ismi ile daha fazla katılım ile geliştirilerek çalışmalarına devam etmektedir. Yerel seviyede “Bağımlılıkla Mücadele İl Koordinasyon Kurulları” (BMİKK) vasıtasıyla vali ve kaymakamların başkanlığında merkezi yönetim kuruluşlarının yanı sıra, yerinden yönetim kuruluşları ve sivil toplum örgütleri de psikoaktif madde mücadelesinde katkı sağlamaktadırlar. Bu arada BMYK’da yer alan tek sivil toplum kuruluşu olan Yeşilay’ın önemli çalışmaları ulusal ve uluslararası alanda övgü ile karşılanmakta olup, sivil müdahalelerin harekete geçirilmesindeki katkının ne denli başarılı ve etkili olabileceği düşünülmelidir ve çalışmamızda detaylı olarak yer verilmiştir.

Netice itibariyle, ülkemizde kamu merkezli yönetimin hakim olduğu madde ile mücadele sürecinde, eğitim, tedavi, rehabilitasyon, iletişim ve koordinasyon gibi talep azaltıcı

¹ 08 Haziran 2011 tarih ve 663 sayılı KHK ile kurulan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, 09 Temmuz 2018 tarihinde Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı ile birleştirilerek, önce “Çalışma, Sosyal Hizmet ve Aile Bakanlığı” olarak, hitamında 10 Temmuz 2018 tarih ve 30474 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “1 sayılı Cumhurbaşkanlığı Teşkilatı Hakkında Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi” kapsamında “Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmet Bakanlığı” ismiyle son halini almıştır.

önleyici yöntemlerin, arz azaltımı mücadelelerine göre ağırlık kazandığı değişimlere uyum sağlanmaya çalışılmaktadır. TUBİM merkezli koordinasyon ve özellikle sağlık sektöründe kamunun denetim uygulamaları, kullanıcı ve bağımlılar açısından doğal olarak bazı çekinceler oluşturmakta ve eğitim, tedavi, rehabilitasyon faaliyetlerinin gerektiği şekilde etkin hale getirilemediği düşünülmektedir. Konu ile ilgili bazı yurt dışı uygulama modelleri örnek olarak verilerek, ulusal uygulanabilirlikleri değerlendirilmiştir.

Çalışmanın Konusu

Türkiye’de çocuklara ve gençlere yönelik, psikoaktif madde kullanımı ile mücadele konusunda 2000 yılı sonrası oluşturulan sosyal politikalar, bu politikaların oluşumuna etki eden faktörler ve süreç içerisindeki kurumsal yeniden yapılanmaları incelenmiştir. Uygulanan sosyal politikaların küresel değişimlere bağlı olarak etki güçleri, uygulama alanlarındaki değişimler ve farklı ülke örnekleri gözetilerek gerekli görülen değişimlere değinilmiştir.

Çalışmanın Önemi

Bir ülkenin geleceğini o ülkenin çocukları ve gençleri oluşturmaktadır. Sağlıklı bir nesil yetiştirmek, gelecek için yapılan en verimli yatırımdır. Psikoaktif madde kullanan ve bağımlı hale gelen çocuklar ve gençler ülke için verimli olamayacakları gibi, sağlık sorunları başta olmak üzere, güvenlik sorunlarını da beraberinde getireceklerdir. Devlet için iş gücü kaybı, sağlık harcamaları gibi sosyal güvenlik masrafları sorunun sadece ekonomik boyutunu oluşturmaktadır. Bağımlılık tuzağına düşen gençlere psikoaktif madde temin etmek suretiyle her şeyi yaptırmak mümkündür. Bu durumda bulunan gençlerden devlet, millet ve aileye bağlı inancılı birer birey olarak topluma faydalı olmaları beklenemez. Hatta, toplumun tüm değer yargılarına, milli birlik ve beraberliğine ve kamu düzenine musallat olmuş bir bela olarak gençlerimizle her alanda karşı-karşıya kalabilmekteyiz.

Bu denli önemli bir mücadelede başarıyı getiren, tek başına maddenin arzı ile mücadele kapsamında yürütülen güvenlik faaliyetleri olmadığı yadsınamaz bir gerçektir. Önleyici yöntem olarak, eğitim, tedavi, rehabilitasyon, iletişim ve koordinasyon faaliyetlerine küresel olarak ağırlık verilmektedir. Çalışmamız bu konuda ulusal sosyal politika uygulamalarının, çocuklar ve gençler üzerindeki psikoaktif madde kullanım oranlarına yaptığı etkileri dikkate sunması bakımından önem teşkil etmektedir.

Çalışmanın Amacı

Psikoaktif madde ile mücadelede geçmiş dönemlerde yaşanan gerekliliklere bağlı olarak etkin görev üstlenen kolluk kuvvetlerinin gerçekleştirdiği yasadış psikoaktif madde yakalamaları, madde ile ulusal mücadelede bir başarı olarak algılanmaktadır. Bununla birlikte, mücadelede 2006 yılında kurulan TUBİM, zaman içersinide uygulama biçimleri değişen mücadele faaliyetlerinden, eğitim, tedavi, rehabilitasyon, iletişim ve koordinasyon gibi talep azaltım faaliyetlerine de bir kolluk kuvveti olarak etkin bir şekilde katılmaya devam etmektedir. TUBİM’in bir kolluk gücü olarak ön planda faaliyet gösteriyor olması, ayrıca, ilgili sağlık hizmetlerinin “Ruh ve Sinir Hastalıkları”

kapsamında kamu denetimi altında hizmet vermeleri gibi paternalist uygulamaların, mücadelede madde kullanım oranları ve bağımlılık oranlarının düşürülmesinde beklenen faydayı sağlamadığına ve mücadelede başarı durumunun yanlış değerlendirilmesine sebep olduğuna vurgu yapmak amaçlanmıştır.

Araştırmanın Hipotezi

Türkiye’de 2000 yılından sonra çocuklar ve gençler arasında psikoaktif madde kullanımı ve bağımlılıkla mücadeleye yönelik uygulanan sosyal politikalar beklenen etkiyi göstermemektedir.

Araştırmanın Yöntem ve Teknikleri

Araştırma sürecinde Birleşmiş Milletler, Avrupa Birliği ve TUBİM başta olmak üzere, ilgili ulusal kaynaklar, A.B.D., Kanada, İzlanda ve bazı A.B. üye ülkeleri gibi dış devlet arşivleri ve uluslararası kurum ve kuruluşlardan istatistikler elde edilmiş, analiz yöntemi kullanılarak hipotezi gerçekleyen sonuçlar elde edilmiştir.

Literatür İncelemesi

Yapılan literatür taramasında, konunun niteliği itibariyle, yapılan akademik çalışma sayısının oldukça sınırlı olduğu ve genel olarak ulusal sosyal politikalar ekseninde veya tıp literatüründe madde bağımlılığı ile alakalı çalışmaların bulunduğu anlaşılmıştır.

Mehmet IŞIK (2013) “Türkiye’nin Madde Bağımlılığı İle Mücadele Politikasının Stratejik İletişim Yaklaşımı Çerçevesinde Değerlendirilmesi” başlıklı doktora tezinde; konunun iletişim ve medya boyutları ele alınmaktadır.

Ayhan KALYONCU (2012) “Plastik Düşler” isimli kitabında psikoaktif maddeler ve bağımlılık konuları sağlık ve sosyal yönleri ile incelenmektedir.

Kültegin ÖGEL (2010) “Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme” isimli kitabında psikoaktif madde ve bağımlılık konuları sağlık ve sosyal yönleri ile incelenmektedir.

Arif AKGÜL (2010) “Türkiye’nin Uyuşturucu ile Mücadele Politikası: Politika Süreç Analizi” isimli makale çalışmasında, psikoaktif madde ile mücadelede izlenen kamu politika süreci değerlendirilmektedir.

Ender KAYA (2014) “Madde Kullanım Bozuklukları” isimli makale çalışmasında, bağımlılık ile mücadelede psikososyal tedavilerin önemi ve farmakolojik desteğin gerekliliği ele alınmaktadır.

Önder KUTLU ve diğerleri (2017) “Türkiye’de Gençlerin Uyuşturucu ile Mücadele Politikaları Hakkında Düşünceleri” isimli çalışmada, gençlerin psikoaktif madde hakkındaki farkındalık düzeyleri ve kamu politikalarına yaklaşımları incelenmiştir.

Stephen A. MAISTO ve diğerleri (2011) “Drug Use and Abuse” isimli kitabında psikoaktif maddeler, yapıları ve fizyolojik ve psikolojik etkileri bakımından ele alınmıştır.

BÖLÜM I KAVRAMSAL ÇERÇEVE

1.1. Çocuk ve genç kavramı

Bu başlık altında çocuk kavramının tanımı ve tarihsel gelişimi anlatılmaktadır.

1.1.1. Çocuk kavramı

Çocuk kavramı açıklanırken kavramın tarihsel olarak farklı şekilde tanımlanması gibi farklı ülkelerdeki tanımlar ve çocuğa verilen önem de farklılaşmaktadır.

1.1.1.1. Çocuğun tanımı

Toplumlara ve kültürlere göre farklılık gösterebildiği gibi farklı bilim dallarınca da farklı tanımlamalar söz konusu olduğundan çocuk kavramının kesin (tek?) bir tanımı bulunmamaktadır (Öztürk, 2016). Bu sebeple çocuk ve çocuk kavramı farklı ulusal kurumların ve uluslararası örgütlerin hukuki açıdan, sosyolojik ve psikolojik açıdan tanımlamalarında farklılıklar görülmektedir:

Türk Dil Kurumu Sözlüğünde; “Küçük yaştaki erkek veya kız. Bebeklik ile erginlik arasındaki gelişme döneminde bulunan oğlan veya kız, uşak.” (Türk Dil Kurumu, 1932) şeklinde çocuk tanımına yer verilmektedir. Sosyolojik açıdan bakıldığında ise; modern toplumlarda çocukluk döneminin kendine münhasır fizyolojik, psikolojik ve toplumsal özellikleri kabul edilmekte ve çocukluk dönemine özgü farklı ihtiyaçlar kabul görmekte iken, geleneksel toplumlar çocukluk dönemini bir an önce aşılması gereken geçici, kısa bir süreç olarak değerlendirmektedirler (Mamur Işıkcı ve Karatepe, 2016: 69-100). Bununla birlikte aynı toplum içerisinde farklı değer yargılarından kaynaklanan farklı çocuk kavramı anlayışlarının bulunması, aslında çocuk kavramının norm ve değerlerden etkilenen toplumsal bir kavram olduğunun göstergesidir (Sağlam ve Aral, 2016: 43-56). Psikolojik açıdan bakıldığında, çocukluk süreci genel olarak dört safhada incelenmektedir. 0-2 yaş grubu bebeklik dönemi, 3-6 yaş grubu okul öncesi dönemi, 6-12 yaş grubu son çocukluk dönemi ve 12-18 yaş grubu da ergenlik dönemi olarak ifade edilmektedir (Yavuzer, ve diğerleri, 2006).

Hukuki olarak çocuk tanımı yine toplumsal yapılara bağlı olarak farklı düzenlemeler şeklinde karşımıza çıkmaktadır. Modern hukuk sisteminin egemen olduğu toplumlarda fikri erginlik esas alınırken, Roma ve İslam hukuku etkisi altındaki toplumlarda bedensel ve cinsel olgunluk çocukluk döneminin belirlenmesine etki eden faktörler olarak kabul görmektedir (Mamur Işıkcı ve Karatepe, 2016: 69-100). Ülkemizde çocuğun hukuki olarak tanımlanmasında 4721 sayılı Türk Medeni Kanun hükümlerine ait farklı başlıklar altındaki ilgili maddeleri aşağıdaki gibidir:

Madde 11 - Erginlik onsekiz yaşın doldurulmasıyla başlar. Evlenme kişiyi ergin kılar.

Madde 12 - Onbeş yaşını dolduran küçük, kendi isteği ve velisinin rızasıyla mahkemece ergin kılınabilir.

Madde 28 - Kişilik, çocuğun sağ olarak tamamıyla doğduğu anda başlar ve ölümle sona erer. Çocuk hak ehliyetini, sağ doğmak koşuluyla, ana rahmine düştüğü andan başlayarak elde eder (T.C. Resmi Gazete, 2001).

Yukarıdaki maddelerden anlaşılacağı üzere ulusal mevzuatımız, ana rahmine düştüğü andan itibaren insana kişilik haklarını teslim ederek sosyal koruma sağlamaya başlamaktadır. Bahse konu kanun hükümünün ilgili maddelerine göre, ana rahminde bulunan cenin için babalık davası açılabilmekte (TMK m.303) veya mirasçılar arasında cenin varsa miras paylaşımı çocuğun sağ olarak doğumuna kadar bekletilmektedir (TMK m.603). Doğum itibarıyla çocuk veya diğer bir ifadeyle “küçük” paydasında kişilik hakları sunularak koruma alanı genişletilmektedir ve erginlik olarak ifade edilen (olağan yaşam akışında 18 yaşın doldurulmasıyla başlayan) dönem itibarıyla çocukluğun sona ermesi ile ancak kiyiye ciddi toplumsal ve hukuki sorumluluklar yüklenmeye başlanmaktadır. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu (TCK)’nda ise; Tanımlar başlığı altında “Madde 6 – (1) Ceza kanunlarının uygulanmasında; ... b) Çocuk deyiminden; henüz onsekiz yaşını doldurmamış kişi, ...Anlaşılır.” (TCK m.6) şeklinde çocuk tanımı belirlenmiş ve on haftalık gebelik itibarıyla çocuğun kürtajı zorunlu tıbbi sebepler saklı kalmak üzere yasaklanmıştır (TCK m.99) (T.C. Resmi Gazete, 2001; T.C. Resmi Gazete, 2004). Yine 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu’nun Tanımlar başlığı altında “Madde 3.- (1) Bu Kanunun uygulanmasında; a) Çocuk: Daha erken yaşta ergin olsa bile, onsekiz yaşını doldurmamış kişiyi; ... ifade eder.” şeklinde çocuk tanımına yer verilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 2005).

Uluslararası örgütlerin yer verdiği mevzuatlarda ise; Birleşmiş Milletler Genel Kurulu tarafından 20 Kasım 1989 tarihinde benimsenen ve ülkemiz tarafından 02 Ekim 1995 tarihi itibarıyla uygulamaya alınan Çocuk Hakları Sözleşmesi’nin ilk maddesinde “daha erken yaşta reşit olma durumu hariç, on sekiz yaşına kadar her insan çocuk sayılır” şeklinde çocuğun tanımı yapılmıştır (UNICEF, 1989). Ayrıca Sınırışan Örgütlü Suçlara Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi’ne Ek, İnsan Ticaretinin, Özellikle Kadın ve Çocuk Ticaretinin Önlenmesine, Durdurulmasına ve Cezalandırılmasına İlişkin Protokol olarak üye devletlerce imzalanan “Palermo Konvansiyonu”² nun Kavramlar başlığı altında, insan ticareti suçunun tanımlanması ve mağdurun çocuk olması hallerinden bahsedilmiş ve burada da çocuk, on sekiz yaş altında bulunan kişiler olarak tanımlanmıştır (Birleşmiş Milletler Genel Kurulu, 2000).

1.1.1.2. Çocukluk kavramının tarihsel gelişimi

Çocuk kavramı, farklı norm ve değerlere göre çeşitlilik gösterirken, tarihsel gelişimine baktığımız zaman farklı şekillerde de tanımlandığını görebiliriz.

Antik dönemde yaşayan toplumların çocuk kavramıyla ilgili bilinçleri hakkında çok fazla bilgi bulunmamaktadır. Hatta eski Yunan toplumunda konuyla ilgili yapılan tanımlamanın belirsizliği, bebeklik ile yaşlılık arasında kalan çağın “çocukluk” olarak nitelendirilmesine müsait olduğunu göstermektedir (Akyüz, 2010: 91-92). Antik dönemde çocukluk kavram bilinci hakkında çok fazla bilgi bulunmasa da, çocuğun devletlerarası

² Palermo Konvansiyonu: Organize Suçlar, Terörizm ve İnsan Ticareti ile mücadeleyi konu alan ilk uluslararası sözleşme niteliğini taşımaktadır. 15 Kasım 2000 tarihinde BMGK’nda kabul edilmiş ve 12-15 Aralık 2000 tarihlerinde İtalya-Palermo’da imzaya açılmıştır. Türkiye sözleşmeyi 30 Ocak 2003 tarih ve 4800 sayılı Kanun ile kabul etmiştir (Üstün, 2008).

ilişkilere bağlı olarak tutsak edilmesi, rehin alınması veya güvence olarak verilmesi gibi olayların meydana gelmesi, çocuğa savaş sanatı, kültür, politika eğitimlerinin verilmesi ve çocuğun soyun devamı olarak görülmesi, o dönemde çocuğa verilen önemi göstermektedir (Karakuş Öztürk, 2017: 255).

Ortaçağ batı toplumlarında da modern anlamda çocuk kavramının varlığı hakkında emare teşkil edecek sanatsal veya kültürel eserler 15. ve 16. yüzyıllara kadar göze çarpmamaktadır (Tan, 1993: 31-56). Ortaçağın batı toplumlarında ortaya çıkan sanat eserlerinde çocuk tasvirinin yetişkin insan bedeninde yer aldığı sıklıkla görülmektedir. Esasında dönemin çocukluk kavramına damgasını vuran anlayış; çocukların topluma katkısı olmayan birer yük olarak kabul edilmesi ve bu görüşün hakim olmasında kilisenin günah anlayışının bulunmasıdır. Şöyle ki; tanrıbilimci Aurelius Augustinus (St. Augustin) ve dönemin filozoflarından Jean Calvin gibi isimlerin savunduğu düşünceye göre; çocuğun ilk günah sebebiyle meydana geldiği ve doğduğu andan itibaren günahla yüklü olduğu, bunun neticesi olarak aciz ve konuşamaz olduğu görüşlerinin kilise tarafından topluma yüklenmesidir. Çocuğun eğiticileri ve anne-babalarının en önemli vazifelerinin başında, varlık olarak insandan ziyade hayvana daha yakın görülen bu günahkar çocukların, vaftiz işleminden sonra çoğunlukla kırbaç ile cezalandırma yoluyla terbiye edilerek günahlarından arındırılmaları ve İsa'ya yaklaştırılmaları görevi bulunmaktaydı. İşte bu zihniyet çerçevesinde, 19. yüzyılın başlarına kadar Avrupa'da çocuk cinayetleri en çok işlenen suçlar arasında yer alıyordu (Karakuş Öztürk, 2017: 259). Ortaçağ batı toplumlarında çocuk kavramının bulunmadığı görüşünü savunan Fransız yazar Philippe Aries, 1960 yılında yayımlanan "*L'Enfant et La Vie Familiale Sous L'Ancien Regime*" (Eski Rejimde Çocuk ve Aile Hayatı) isimli kitabıyla, bahse konu çağda yaşayan batı toplumlarının çocuğa yaklaşımı ve nedenleri hakkında bu görüşüyle ilk tezat fikri ortaya atan düşünür olarak tarihe geçmiş ve düşünceleri literatürde oldukça yenilikçi etki yaratmıştır.³

Ortaçağ sanat eserlerini de inceleyen Aries'in, kitabında o döneme ait batı örneklerine yer vererek çocuk tasvirinin kaslı yetişkin vücutunda canlandırılması ile ilgili tespitleri oldukça düşündürücüdür.

Ortaçağın yaşam koşulları içerisinde çocuk ölümlerinin sıklıkla görülmesinin neticesi olarak, aileler küçük yaştaki çocukları altı yaşına gelinceye kadar onlara duygusal olarak bağlanmaktan kendilerini geri çekmişlerdir. Bu konuda Avrupalılar Montaigne'nin düşüncesini benimseyerek, küçük yaştaki evlatlarını ne akli melekeleri, ne de belirgin bir vücut yapısı bulunmayan, yaşam ile ölüm arasındaki nötr varlıklar olarak görüyorlardı (Aries, 1960: 39; Gander ve Gardiner, 2001: 29).

³ Birçok tarihçi tarafından kabul görüp modern çocukluk kavramının temelini oluşturduğu kabul edilse de, Linda A. Pollock isimli İngiliz tarihçi Cambridge Üniversitesi tarafından 1983 yılında yayımlanan "*Forgotten Children: Parent-Child Relations from 1500 to 1900*" (Unutulmuş Çocuklar: Ebeveyn-Çocuk İlişkileri 1500'den 1900'e kadar) isimli kitabıyla Aries'in bu konudaki düşüncelerini eleştirmekte ve karşı çıkmaktadır.

17. yüzyıl itibariyle ise, batı toplumlarında üst sınıf ailelerde çocuklar toplumsal yaşantı itibariyle kıyafetleri, oyunları ve eğlence anlayışları ile yetişkinlerden ayrılırken, yoksul veya işçi aile çocukları yetişkinlerin yaşantılarını aynen yaşamaya devam ediyorlar ve modern çocuk kavramına uygun olmayan iş hayatı, alkol, kumar, cinsel yaşantıyı çocuklara münhasır kıyafet anlayışı bile bulunmadığından, anne-babalarından kalan eski yırtık kıyafetler içerisinde sürdürüyorlardı. Rönesans dönemine kadar batı toplumlarında çocuğun sosyal hayattaki yeri bu şekilde süregelmiştir (Akyüz, 2010: 93). Reformasyon dönemi içerisinde batı toplumlarında meydana gelen teolojik, sosyal, kültürel ve siyasal anlayış değişimi çocukluk kavramı üzerinde de olumlu etkilerini göstermeye başlamıştır. Protestanlığın ortaya çıkması ve üniversitelerin de kurulmasıyla, batı toplumlarında 1600’lü yıllar itibariyle çocukların masumiyeti ve ilgiye olan ihtiyacı kabul edilmeye başlanmıştır. Bu merkezde çocuk eğitimi, ahlaki ve bedensel temizliği konularında önemli gelişmeler göstermiştir (Plumb, 1975: 72). Yaş farkı gözetmeksizin her yaştan insanın kabul edildiği ve rahip yetiştirmek üzere toplu eğitim veren Katedral Okullarından ibaret olan ortaçağ eğitim sistemi de gelişme göstererek, artık yaş sınıflandırmalarının gözetildiği çocuk ve yetişkinlere özgü, ayrı sınıf eğitiminin verildiği formasyona dönüşmüştür. Bununla birlikte eğitim anlayışında bedensel cezalandırma yöntemi çocukları eğitmek için uygulanan ve çok rağbet gören bir yöntem olarak devam etmiştir. Ancak bu gelişmelerin esas ortaya çıkardığı farkındalık, yetişkin ve çocuk kavramlarının kesin bir şekilde ayrılması ve çocukların yönetilmeye ve disipline ihtiyaç duyan varlıklar olduğu bilincinin uyanmasıdır (Ulanowicz, 2005: 4). Bu yeni anlayışın ortaya çıkması ve gelişmesinde orta sınıf aile yapısının yaygınlaşması ve okulların önemi büyük rol oynamaktadır (Dikmen Özarslan, 2016: 12). Çocuk ve çocukluk kavramı ile ilgili batı toplumlarında başlayan bu yeni düşünce akımı neticesinde 1779 yılında ilk kez İsviçre’de toplumsal politika belgesi niteliği taşıyan emirname şeklinde düzenlenmiş bir belge çocukları hukuki olarak sosyal kapsama almıştır (Sağlam ve Aral, 2016: 43-56). On dokuzuncu yüzyılda da sanayi toplumunun oluşmaya başlaması, buna bağlı olarak aile yapısı ve ilişkilerinde görülen dönüşüm artan ivmeyle gelişerek devam etmiştir. Sanayi devrimi ile birlikte göç olaylarına, işçiliğe ve şehirleşmeye muhatap olan çocuklar, Aydınlanma Çağı düşünürleri tarafından sağlık, eğitim ve sosyal olarak korunmaları amacıyla çocuk kavramını sıklıkla ele almış ve modern çocukluk kavramının oluşmasında kayda değer ilerleme kaydedilmiştir.

Nihayet 20. yüzyılda, çocuğun toplumun geleceğini belirleyen en önemli faktör olduğu bilincinin önem kazanmasıyla, eğitim, sağlık, sosyal ve hukuk alanlarında çocuk hakları ve ihtiyaçları üzerine ortaya atılan yeni çağdaş fikirler, 20. yüzyılın Çocuk Yüzyılı olarak anılması neticesini doğurmuştur (Gander ve Gardiner, 2001: 30). Birinci Dünya Savaşı’nın çocuklar üzerindeki olumsuz etkilerine acilen cevap verebilmek üzere, daha sonra Uluslararası Çocuk Refah Birliği şeklinde ismi değişen “Çocuklar İçin Uluslararası Yardım Örgütü” kurulmuştur. Bu örgütün çalışmaları neticesinde 26 Eylül 1924 tarihinde “Cenevre Çocuk Hakları Beyannamesi” Milletler Cemiyeti tarafından kabul edilmiş olup, çocukları konu alan ilk uluslararası belge olma niteliğini taşımaktadır. 10 Aralık 1948 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu (BMGK)’nda kabul edilen İnsan Hakları Evrensel Beyannamesi’nde çocuklar için ayırt edici hükümlerin bulunmaması sebebiyle

ortaya çıkan yetersiz uygulamalar ve sorunlar neticesinde 1959 yılında ayrıca Çocuk Hakları Bildirgesi'nin kabul edilmesi lüzumu görülmüş ve ilerleyen çalışmalar sonucunda geçerliliğini günümüzde halen korumakta olan “Çocuk Hakları Sözleşmesi (ÇHS)” 20 Kasım 1989 tarihinde kabul edilmiştir (Sağlam ve Aral, 2016: 43-56).

Ortaçağ batı toplumlarında katolik anlayış içerisinde bir günah olarak görülen ve neredeyse insan yerine konulmayan çocuk, yine batı dünyasında meydana gelen devrimlerin etkisiyle günümüze kadar ulaşan çocukluk anlayışına kavuşmuştur. Rönesans ile başlayan ve Aydınlanma Çağı ile gelişen çocukluk kavramının tarihsel süreç içerisinde gelişimini Reformasyon, ulus devletlerinin gelişimi, sanayi toplumunun ortaya çıkması ve kentleşme gibi önemli toplumsal ve siyasal olaylar desteklemiştir (Karakuş Öztürk, 2017: 260).

Özellikle çocukların korunması, sağlık, eğitim ve bireysel haklarının teslim edilmesi gibi insani konularla ilgili olarak ancak son birkaç yüzyıl içerisinde bilince ulaşmış ve gelişme gösterebilmiş, fakat günümüzde çocuk hakları konusunda da uluslararası normların oluşturulması ve dünyada yaygınlaştırılmasına yönelik çalışmalarda öncülük eden batılı devletlerin çocuk kavramıyla ilgili tarihsel gelişiminden bahsettikten sonra, Türk toplumunda çocuk kavramının tarihçesine de değinmekte yarar vardır:

Türkler binlerce yıllık tarihleri boyunca güçlü orduları bulunan savaşçı bir millet olarak anılmışlardır. Türk aile yapısının özelliği, orduya savaşçı yetiştirme misyonu bulunan, devletin en küçük birimi olmasıdır. Bu bakımdan aile yapısı devlet ve ordu ile bir bütünlük içerisinde olup, devletin en küçük birimi ve ordunun adeta bir mangası olarak kabul görmüştür. Konuyla ilgili Eberhard ve Kafesoğlu'ndan aktaran Aksoy, Türk aile yapısının sosyo kültürel değişimini incelerken şu ifadelerle yer vermiştir:

Tarih incelemeleri ortaya koymuştur ki, Türk milletini bütünlük içinde tutan iki güç merkezi mevcut olmuştur: Biri ordu düzeni, diğeri de aile yapısı. Bunlardan biri bozulduğu takdirde Türk topluluğu dağılmakta veya tamamen yok olmaktadır. Mesela Tabgaçların Çinileşmesine sebep, 5. Yüzyılın sonlarına doğru Budizmin kabulü yanında “küçük aile” tipinde olan Türk ailesinin, Çin'deki geniş aile şekline dönüşmesidir. Keza aslen Türk menşeden gelen Tuna Bulgarlarının Slavlaşmasında da onların 864'den itibaren Hristiyanlığa girerek din değiştirmesiyle birlikte, Türk aile bünyesinin Slav tipi lehine bozulması etkili olmuştur (Aksoy, 2011: 11).

Bu minvalde aile içi ve aile dışı çocuk eğitimi sayesinde, Türk ailesi binlerce yıldır sosyal yapısını günümüze kadar korumuştur (Aksoy, 2011: 11). Türk milletinin aile yapısını bu denli koruyabilmesinde, çocuk eğitimi dahil olmak üzere her alanda liyakat gösterdikleri ve Türk kültürünün temelini oluşturan “Töre” ye olan bağlılıkları yatmaktadır. Töre, sadece devletin kuruluş düzeni ve işleyişi ile ilgili kurallar bütünü olmayıp, aile ve toplumsal hayatı, bütün unsurlarını kapsayacak şekilde düzenleyen, bağlayıcılığı ve yaptırımları konusunda istisnası bulunmayan kurallardır. Halkın gelenekselleşen yaşam biçimlerinden kaynaklanan ve kural haline gelen “Yosun Hukuku”, ayrıca kağan tarafından ve kurultay kararlarıyla ortaya konulan kurallar olmak üzere törenin kaynakları iki şekilde sınıflandırılmaktadır (Pamir, 2009: 359-360). Uygurlar dönemi itibariyle yazılı hukuk kuralları haline gelmiştir (İzgi, 1987: 55).

Yukarıda değinilen “Töre” kavramına bağılı olarak Türk aile sisteminde çocuk ve çocuk kavramına hassasiyetle önem verildiğı anlaşılmaktadır. Herşeyden önce çocuk sahibi olmak toplumda bir prestij kazandırdığı gibi, çocuk sahibi olamayan aileler neredeyse hor görülmekte ve çocuksuz ailelerin bu durumu toplumsal bir sorun olarak ele alınmakta, gerekirse evlatlık edinme gibi çözümler üretilmektedir. Bu konuda Ergin’in Dede Korkut Kitabında şu ifadeler yer almaktadır:

Kimin ki oğı kızı yok, kara otağa kondurun, kara kiçe altına döşen, kara koyun yahnisinden önine getirün, yirse yisün yimezse tursun gitsin, oğı olanı ak otağa, kızı olanı kızıl otağa kondırın. Oğı kızı olmayanı Tanrı kargayupdur, biz dahı kargaruz, bellü bilsin demiş idi (Ergin, 1964: 2-3).

Göktürklerde ana, baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aile yapısının varlığı, bu konuda kaynak olarak ele alınan Orhun Kitabelerinden anlaşılmaktadır (Mandaloğlu, 2013: 136). Ailenin kurulması ise yine töreye uygun olarak merasim yoluyla “yeni bir ev kurma” anlamını taşıyan “evlenme” ile resmen mümkün olmaktadır. Töre’de, yine töreye göre evlilik çağına getirilen kız veya erkek çocukların evlendirilmeleri sorumlulukları, bu aşamada ve ileriki safhalarda mülkiyet, sosyal, kişisel hak ve yükümlölükleri gibi kavramlar detaylı bir şekilde yer almaktadır (Kafesoğlu, 1993: 228). Mandaloğlu’nun aktarımında, Türk toplumunda aile yapısı ataerkil olarak görülmektedir. Ailede baba otoritesi hakimdir ve soy erkek çocukla sürmektedir. Babaya karşı gelmenin cezai müeyyideleri bulunmaktadır (Oğuz, 2012: 108-109; Dursun, 2011: 110). Bununla birlikte babanın sonsuz velayet hakkı bulunmamakta ve aile bireylerinin her birinin kişisel hak ve özgürlükleri töre ile belirlenmektedir. Aile, çocuklarını erdemli ve becerikli birer birey olarak yetiştirme gayesiyle eğitim kurumu bulunmadığından aile içinde kendileri eğitmektedir. Bununla birlikte toplumdaki bütün fertler çocukların eğitiminden sorumlu tutulmaktadır. Harsa dayalı bu eğitim sisteminde çocuklar çok küçük yaşlar itibariyle yemek, içmek, hayvan otlatmak, ata binmek, silah yapmak, avlanmak gibi becerileri anne ve babalarından öğrenmektedirler (Çandarlıoğlu, 1997: 231). Bebeklik döneminde çocuğun uzun ömürlü olması için Teolojik bir inançla Dursun, Toktasın gibi geçici ilk isimlerin verilmesi ailenin çocuğa doğduğu andan itibaren verdiği ehemmiyeti ve hayata tutundurma gayretlerini göstermektedir. Bebeklikten kurtulan çocuk daha sonra kendi ismini kazanabilmesi için bir maharet veya kahramanlık örneğı sergilemek durumundadır (Rasonyi, 1971). Eski Türklerde kurt yiğıtlık sembolü olduğundan erkek çocuklarına sıklıkla kurt isminin yer aldığı adlar verilmektedir. Hatta doğumdan önce bebeğın kız mı, erkek mi olduğu sorusu “Kurt mu, tilki mi?” şeklinde sorulmaktadır. Bu betimlemede karakter yapılarının gözetildiğı düşünölmektedir (Mandaloğlu, 2013: 139). Erkek çocukların eğitimi ağırlıklı olarak baba, kız çocukların eğitimi ise anne tarafından verilmektedir. Bu konuda Dede Korkut, Ergin’in aktarımında şu ifadelere yer vermektedir: “Kız anadan görmeyince öğüt almaz, oğul atadan görmeyince sufra çekmez. Oğul atanun yetiridür, iki gözünün biridir. Devletli oğul kopsa ocağının közidür” (Ergin, 1964). Yukarıda değindiğimiz gibi çocuk sahibi olmak bir aile için toplumda önemli bir prestij meselesi olarak görölmektedir. Birçok kaynakta eski Türklerde siyasi kazanımlar gereğı kağanın yaptığı evlilikler müstesna olmak üzere, çok eşlilik bulunmadığı, bunun yerine çocuğı olmayan ailelerin evlat edinme cihetine gittikleri belirtilmektedir (Dursun,

2011: 120; Donuk, 1980: 163). “Tutunç Oğul” veya “Oğulluk” olarak isimlendirilen öz olmayan çocuklar için “Baldır oğul” veya “Baldır kız” ifadelerinin de kullanıldığı görülmektedir (Kaşgarlı Mahmud, 1985: 456). Evlat alınan çocuk babalığın soyuna dahil olmakta ve öz evlat ile aynı haklara sahip olmaktadır. Kız ve erkek evlat edinmenin kıstasları, farklı Türk topluluklarının törelerine göre detayda farklılıklar gösterdiği yönünde araştırmacıların yorumları bulunsu da, çocuklarını bırakıp kaçan düşmanların çocuklarının bile evlatlık edinildiği bilinmektedir. Bu uygulama ile çocuksuz aileler toplumda itibarlarını koruyabilmekte, düşman çocuğu bile olsa sahipsiz çocuk bırakılmamakta ve topluma kazandırılmak suretiyle hem çocuk, hem de toplumsal çıkarlar korunmakta ve güçlendirilmektedir (Mandaloğlu, 2013: 143).

Türklerin İslamiyeti kabulü sonrasında ve Osmanlı dönemlerinde de toplumsal değerleri ve aile kurumu anlayışı çok fazla değişim göstermemiş, çocuk kavramı ve çocuk eğitimi konusunda dini hassasiyetler ve Türk dilinin iyi öğretilmesi gibi kaygılar eklenmiştir (Turan, 1992: 82-91). Osmanlı döneminde çocuklara ilk eğitim yine ailenin bizzat kendisi tarafından verilmekte, belli bir alt yaş sınırı olmasa da çoğunlukla dört yaşına gelen çocuğun mektep hayatı başlamaktadır. Mektep eğitiminden sonra ise ailenin kültürel yapısına göre çiraklık veya medrese eğitimi ile devam eden bir süreç çocukları beklemektedir. Yerleşik yaşamda da yine Türk örf ve adetleri gereği çocuk ailesi ve içinde yaşadığı toplumun denetimi altında bulunmaktadır (Aksoy, 2011: 14-16).

Netice itibarıyla sanayi devrimi ile birlikte ve birinci ve ikinci dünya savaşlarının çocuklar üzerindeki olumsuz etkileri neticesinde, farklı kurum ve kuruluşlar aracılığıyla eğitim, sağlık ve sosyal yaşantı içerisinde koruma altına alınmaya çalışılan çocuk⁴, günümüzde küreselleşmenin, internet ve teknoloji çağının olumsuz etkilerinden zarar görmektedir. Birçok araştırmacıya göre yetişkinlerin yaşantıları ile aralarında bulunması gereken izolasyonun internet ve sosyal medya gibi iletişim araçları ve yıkıcı etkileri sebebiyle, Aydınlanma Çağı öncesi batı toplumlarında olduğu gibi tekrar ortadan kalktığı ve bulunması gereken mahremiyetin yok olduğu görüşü savunulmaktadır (Akyüz, 2010: 94).

1.1.2. Genç kavramı

Ulusal ve uluslararası kuruluşların genci kesin yaş sınırları içerisinde nasıl tanımladıklarına değinmeden önce gencin doğal özellikleri hakkında bilgi vermekte fayda görülmektedir. Nitekim, her ne kadar belirli konularda belirli yaş aralıkları genç olarak tarif edilse de, bir insanda (çocuk kavramında olduğu gibi) farklı faktörlere bağlı olarak genç olma özellikleri, belirlenen yaş aralığından bağımsız olarak görülebilmektedir.

Aristoteles’in “Hitabet Sanatı” isimli eserinde insan yaşamı yaşa bağlı olarak üç sınıfta incelenmektedir; gençlik, esas (verimli) çağ ve ihtiyarlık (Hobbes, 1853). “Genç” tarifi şu şekilde yapılmıştır:

⁴ İlk kez uluslararası alanda çocukları korumaya yönelik bir örgütün kurulması düşüncesi 1894 yılında Fransız düşünür Jules de Jeune tarafından ortaya atılmıştır (Müftü, 1998: bila).

Genç, karakteristik olarak arzu etmeye ve arzularını gerçekleştirmeye hazırdır. Bedensel arzulara, hükmetmeye muktedir olmadıkları şehvet duygularına azami olarak itaat ederler. Arzularında istikrarsız ve değişken olduklarından bu çeşitlilikten yorulurlar. Aşırı hevesle arzularlar ve hemen soğurlar. Bir hastanın açlık ve susuzluk ihtiyacı gibi, iradeleri güçlüden ziyade heves ile açıklanabilir. Tutkulu, sıcakkanlı ve dürtüleri ile sürüklenirler ve tutkularını kontrol edemezler. Hırsları sebebiyle önemsenmemeyi hazmedemezler ve yanıltıldıklarını düşündükleri zaman öfkelenirler. Şerefe, ama daha çok zafere tutkundurlar. Üstünlük onlar için önemlidir ve zafer bir çeşit üstünlüktür. Bu iki kavram için hissettikleri tutkunluk onlar için para hırsından çok daha önemlidir, çünkü Pittacus'un Amphiaraus hakkında söylediği özlü sözde belirtildiği gibi, henüz gerçek arzuyu tecrübe etmemişlerdir. Kötü huylu değil ama basit huylu olmalarının sebebi henüz fazla ahlaksızlığa tanık olmadıklarındandır (Freese, 1954: 247).

Aristoteles, gençlerin duygusal özellikleri ile ilgili olarak şu ifadelerle yer vermektedir:

Güvenilirdirler çünkü henüz çok fazla aldatılmamışlardır. Umut doludurlar, şarapla sarhoş olmuşçasına sıcakkanlıdır ve henüz çok başarısızlık yaşamamışlardır. Herşeye umutları vardır çünkü umut, hafızada yer alan geçmişteki yaşanılanlarla ilgilidir. Gencin geleceği uzun ve geçmişi kısadır. Adeta güne yeni başlayan sabah vakti gibi, genç için de güne ait hatırlanacak her hangi bir şey bulunmamaktadır ama umut etmek için bütün sebepleri vardır, bu da onları kolaylıkla aldatılabilir kılmaktadır. Daha cesur olmalarının sebebi, hırslı ve umutla dolu olduklarındandır. Hırs onları korkmaktan alıkoyarken, umut itimat telkin eder. Soylu olan başka şeyleri düşünmekte eksik olduklarından utangaç olurlar ama görenekle eğitilmeye devam ederler. Hayat tarafından henüz aşağılanmadıklarından ve de ihtiyacın zarureti tecrübe etmediklerinden yüce gönüllüdürler. Dahası kendini önemli hissetmeleri ve önemli şeylere kendilerini layık görmeleri tam da umutla dolu olan birisine ait olan duygulardandır. Eylemlerinde hesaplı davranış, yararlılık veya fayda kazanımından ziyade soylu hareket etmeyi tercih ederler. Bu çağda diğer hiçbir dönemde olmadığı kadar ilişkilerinde ve arkadaşlıklarında bağlılık hissi duyarlar çünkü ilişki içerisinde yaşamaktan hoşlanırlar ve menfaat gözetmez veya menfaat gözetmeyi hatta arkadaşlarını bile bu açıdan değerlendirmeyi düşünmezler (Freese, 1954: 248-250).

Tüm hataları aşırılık ve hararetlerinden kaynaklanır. Chilon'un maxim'ini⁵ ihmal etmelerinden dolayı her konuda, aşta, nefrette ve diğer her şeyde sınır tanımayan aşırılık sergilerler. Her şeyi bildiklerini düşünürler ve emin bir şekilde onaylamaları bu aşırılıktan kaynaklanır. Eğer hata yaparlarsa bunun sebebi cüretkarlıklarıdır, kötülükleri değil. Acınma duygusuna eğilimlidirler çünkü herkesin faziletli olduğunu ve kendilerinden daha iyi olduğunu düşünürler. Kendi yetersizlikleri ile komşularını karşılaştırırlar ve hak etmedikleri durumda olduklarını düşünerek acı çekerler. Gençliğin karakter özellikleri bu şekildedir (Freese, 1954: 251).

Haji Dehabadi'ye göre ise, gençlik çağının özellikleri maddeler halinde; kolay etkilenen ve yetenekli ruh yapısı, şiddetli ruhsal bunalımlar, din ve maneviyata eğilim, fiziksel güç ile dolu olma, akli ve idraki yeteneklerin gelişmeye başlaması, yetersiz bilgi, birikim ve tecrübesizlik, alınganlık ve hassasiyet, güzellik arayışı ve güzel olma arzusu, birey olma ve sorumluluk alma isteği şeklinde İslami perspektiften sıralanmış ve önemine değinerek genç bireylerin topluma olumlu yönde katkılarını kazanmak için uygun yaklaşımları anlatmıştır (2013).

Birleşmiş Milletler'e göre genç kavramından anlaşılan; çocukluğa bağlı olarak yaşanan kısıtlamalardan yetişkin özgürlüğüne doğru devam eden geçiş dönemidir. Bu sebeptendir

⁵ Spartalı Chilon (Khilon) M.Ö. IV. Yüzyıla doğru Sparta'nın gelişimine önemli katkılar sağlayan ve Yunan Kültüründe hala özdeyişleri etkili bulunan filozoftur. "Öfkeni dizginle", "Dilin usundan öne çıkmasın" gibi kişisel öğüt niteliği taşıyan pek çok özdeyişi bulunmaktadır (Yıldırım, 2005).

ki, gençlik dönemi diğer kesin yaş gruplarına göre daha muğlaktır. Ama, yaş tasnifi yöntemi özellikle eğitim ve istihdam konularında en basit belirleyici araçtır, çünkü çoğunlukla “genç” kavramı, zorunlu eğitimi sona eren ve ilk iş arayışında olan kişi için kullanılmaktadır. Birleşmiş Milletler, üye ülkeleri kesin olarak bağlamamakla birlikte, istatistiksel amaçlar için 15 ila 24 yaşlar dahil olmak üzere bu aralıkta bulunan kişiler için “genç” tanımını kullanmaktadır. Birleşmiş Milletler Genel Sekreteri (BMGS) ilk olarak Uluslararası Gençlik Yılı (UGY) için bu tanımı BMGK’a sunduğu 1981 yılı raporunda (A/36/215, 1981) kullanmış ve 1985 yılında sunduğu diğer bir rapor (A/40/256, 1985) BMGK’nda görüşülerek 1985 yılı Uluslararası Gençlik Yılı olarak kabul edilmiştir. Bununla birlikte BMGS istatistiksel çalışmalar hariç tutulmak üzere dünyanın farklı bölgelerinde bulunan topluluklarda gençlik tanımlarının farklılık gösterdiğini kabul ettiğini bildirmiştir. 1995 yılında BMGK 50/81 sayılı kararı ile 2000 yılı ve sonrası için “Gençlik için Dünya Eylem Programı” nı kabul ederek 15-24 olarak tasnif edilen yaş aralığını “Genç” olarak tanımladığını teyid etmiştir. Bazı BM örgütleri Birleşmiş Milletler Genel Sekreterliği’nin de kabul ettiği farklı yaş gruplarını genç olarak tanımlamaktadır. Aşağıdaki tabloda konu ile ilgili detaylar yer almaktadır:

Tablo 1. BM Örgütlerinde “Genç Kavramı” Yaş Aralıkları

Örgüt / Organizasyon	Yaş Aralığı	Referans
BM Sekreterliği/UNESCO/ILO	Genç: 15-24	BM Belgeleri, İstatistikler
BM Habitat (Gençlik Fonu)	Genç: 15-32	Gündem 21
UNICEF/WHO/UNFPA	Ergen: 10-19, Genç İnsan: 10-24, Genç: 15-24	UNFPA
UNICEF/Çocuk Hakları Konvansiyonu	18’e kadar Çocuk	UNICEF
Afrika Gençlik Örgütü	Genç: 15-35	Afrika Birliği, 2006

Kaynak: [UNDESA (BM Ekonomi ve Sosyal İşler Departmanı),2013].

Özellikle demografik, finansal, ekonomik ve sosyo-kültürel şartlara bağlı olarak “genç” tanımı farklılıklar gösterebilmektedir. Bununla birlikte, gençlere yönelik olarak ihtiyaçların tespit edilmesi ve gelişime yönelik politikaların oluşturulmasında kullanılan istatistik çalışmalarında 15-24 yaş aralığının kullanılması oldukça işlevseldir (UNDESA (BM Ekonomi ve Sosyal İşler Departmanı)). 17 Aralık 1999 tarihinde Birleşmiş Milletler Genel Kurulu 54/120 sayılı kararıyla 12 Ağustos tarihini “Uluslararası Gençlik Günü” olarak kabul ederek, uluslararası farkındalık oluşturmak amacıyla her yıl organizasyon ve aktivitelerle kutlanması yönünde tavsiye kararı almıştır (Birleşmiş Milletler, 2019).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD), gençlere yönelik yaptığı istatistik çalışmalarında Avrupa Birliği ile bazı ortak kavramlar kullanmaktadır. Örneğin, ne istihdam edilmiş ne de her hangi bir eğitim veya kursta yer almayan gençlerin (Not in Education, Employment or Training (NEET)) tespit edilmesinde kullandığı yaş aralığı 15-29’dur (OECD, 2018).

Avrupa Birliği (AB) Parlamentosu’nun 2007-2013 yılları arası dönem için “Gençlik Eylem Programı” kuruluşu kararlarında, Programa Katılım başlığı altında Madde-6’da belirli faaliyetler için 13 ila 30 yaş aralığının kabulü saklı kalmak üzere, tüm programlara

katılımı kabul edilecek gençlerin 15 ila 28 yaş aralığında bulunma şartı tespit edilmiştir (Avrupa Birliği, 2006). Aynı şekilde bahse konu Parlamento kararlarına istinaden oluşturulan “Gençlik Eylemi Programı Rehberi”, “Uygunluk” başlığı altında, programa katılımı sağlanacak gençlerin alt sınır yaş şartı olarak 15 yaşını tamamlamış olmak, üst sınır yaş şartı olarak ise 28 yaşını doldurmamış olmak, yani 29. yaş gününe erişmemiş olmak şartını belirtmektedir (Avrupa Komisyonu, 2010).

Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) çalışmalarında ise, genci konu alan verilerde her iki uluslararası örgütün kriterleri de gözetilerek hem Birleşmiş Milletler hem de Avrupa Birliği müktesebatına uygun olarak 15-24 ve 15-29 yaş aralıklarında tasniflere yer verilmektedir. Türkiye İstatistik Kurumu, 2018 yılında yayınlanan “Gençlik İstatistikleri 2018” raporunda; gençlik politikalarının oluşturulmasına katkı sunmak amacıyla, 15-24 ve 15-29 yaş aralığındaki gençlerin profilini mevcut araştırmalardan ve idari kayıtlardan faydalanarak ortaya konduğu belirtilmektedir (TÜİK, 2018).

1.2. Madde ve madde bağımlılığı kavramları

Bu başlık altında madde ve bağımlılık kavramlarına yer verilmektedir. Niteliği gereği her bir maddenin kimyasal özellikleri, merkezi sinir sistemi üzerinde farklı etkileri bulunmaktadır. Bu başlık altında teknik olarak bilgiler yer almakta ve psikoaktif maddelerin tarihsel süreç içerisinde nasıl ve hangi bölgelerde ortaya çıktıkları ve kullanıldıkları ile ilgili bilgiler anlatılmaktadır.

1.2.1. Madde kavramı

Türk Dil Kurumu Sözlüğü’nde: “Madde; Duyularla algılanabilen nesne, bir cismi oluşturan öge, boşlukta yer kaplayan, bir kütlesi olan her türlü varlık, Molekül gibi ifadeler ile tanımlanmaktadır” (Türk Dil Kurumu, 1932). Çalışma konusu kapsamında kullanılan “Madde” kavramı ile ilgili olarak ise, yasal ve yasadışı olmaları bakımından veya çalışmanın devamında değineceğimiz yapısal özellikleri, etkileri v.b. sınıflandırmalar bakımından ortak bir terminoloji henüz oluşturulabilmiş değildir. Bu sebeple farklı kurum ve kuruluşların kullandığı çeşitli tanımlamalardan dolayı, yoksun olan yeknesaklık sebebiyle halen kavram kargaşası yaşansa da, Dünya Sağlık Örgütü (WHO)’ nün “Psikoaktif Madde” olarak isimlendirdiği maddenin tanım ve sınıflandırmaları en çok kabul gören ve referans alınan kavram olarak ilgili çalışmalarda sıklıkla görülmekte ve geçerliliğini korumaktadır. Buna göre;

Psikoaktif Madde; alındığında, yutulduğunda veya vücut sistemine zerk edildiğinde algı, bilinç, kavrama gibi zihinsel işlevlere etki yapan maddelerdir. Psikoaktif madde veya eşdeğer ifadeyle psikotropik madde kavramları, uyuşturucu politikalarını ilgilendiren yasal ve yasadışı maddelerin tüm sınıflarını kapsayan mutedil ve açıklayıcı terimlerdir. Psikoaktif Maddeler, alkol ve nikotini de içine alan geniş bir kategoriyi ifade etmektedir. “Psikoaktif” bağımlılık yapar anlamına gelmez ve çoğunlukla literatürde uyuşturucu kullanımı, madde kullanımı veya maddenin kötüye kullanımı (gereksiz, düzensiz veya amaca uygun olmayan ilaç kullanımı) terimlerinde olduğu gibi izahatsız bırakılmıştır. Tıbbi gözetim olmadan kullanılan psikoaktif maddeler ciddi sağlık riskleri oluşturabilir ve madde kullanımından dolayı vücut sistemini düzensizliğe sevk edebilir. Meydana gelen

bu işlevsel düzensizlik (bozukluk), özellikle tedavi edilmediğinde kişiler için hastalık ve ölümcül riskleri artırabilir, ciddi hasarların oluşumunu tetikler ve kişisel, aile, sosyal, eğitim veya diğer önemli alanlardaki faaliyetlerde zarara sebep olabilir. Madde kullanımından kaynaklı işlevsel bozukluklar, verimliliği azaltma, erken ölüm, sağlık harcamalarının artması, adli ve kamu güvenliği ile ilgili harcamaları, sosyal güvenlik harcamaları ve diğer sosyal harcamalar sebebiyle topluma önemli maliyetler getirmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 1994; Dünya Sağlık Örgütü, 2018).

İngilizce “drug” olarak ifade edilen ve sözlük anlamı ecza, ilaç, uyuşturucu madde olarak dilimize çevrilen kelime, aslında Fransızcada “kuru madde” anlamına gelen “drogue” kelimesinden gelmektedir. “Drug” kelimesi yasal olan ilaçlar için kullanıldığı gibi yasal olmayan maddeler için de kullanılmakta ve kavram karmaşasında yerini almaktadır (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 3). Netice itibarıyla literatürde, madde, narkotik madde, psikotrop madde veya psikoaktif madde, uyuşturucu veya uyuşturucu madde gibi yerli ve drug, narcotic drugs, substance, psychoactive veya psychotropic substance gibi yabancı terimler kullanılmaktadır. Uyuşturucu, uyarıcı ve halüsinojen etki yapan doğal veya sentetik, yasal ve yasal olmayan madde kullanımı için İngilizcede kullanılan “drug use” terimi, bazı kaynaklarda dilimize hatalı olarak “uyuşturucu madde kullanımı” şeklinde çevrilerek kullanıldığı görülmektedir. “Drug abuse” ise maddenin kötüye kullanımı anlamını ifade etmektedir (Işık, 2013: 9).

Ulusal terminolojide de kavram karmaşası görülmekte ve konuyla ilgili teorik çalışmalarda halen ağırlıklı olarak “uyuşturucu” terimi kullanılmaya devam ederken, teknik açıdan maddenin uyuşturucu, uyarıcı ve halusinojenler şeklinde merkezi sinir sistemi üzerindeki etkisine göre yapılan yaygın sınıflandırmanın dikkate alınmasıyla, uyuşturucu teriminin eksik kaldığı düşüncesiyle 17 Nisan 2017 tarihinde kolluk kuvvetlerinin ilgili departmanı “Uyuşturucu ile Mücadele”den “Narkotik Suçlarla Mücadele”ye isim değiştirmiştir. Aynı yıl içerisinde 2018-2023 dönemi için hazırlanan ulusal strateji belgesi ise yine “Uyuşturucu ile Mücadele Strajisi Belgesi 2018-2023” ismiyle hazırlanmış ve maddenin tanımlaması şu şekilde yapılmıştır:

Bitkisel kökenli ve/veya bir takım kimyasal yollarla oluşturulmuş sentetik moleküllerden elde edilen, merkezi sinir sistemini etkileyerek fiziksel ve/veya ruhsal olarak sakinleştirici ve/veya uyarıcı etkileri olan ve kişide sürekli kullanıma bağlı olarak zamanla daha fazla kullanıma isteği uyandıran ve alınmadığında yoksunluk belirtileri gösteren tüm maddeler uyuşturucu maddedir. Yıkıcı sonuçlarına rağmen bu maddelerin kullanılmasına devam edilmesi ise uyuşturucu bağımlılığı olarak tanımlanmaktadır (T.C. Başbakanlık Yüksek Planlama Kurulu, 2017).

Bu noktada belirtmekte yarar görülen husus, çalışma alanımızda mücadeleye konu olan maddenin, imali, ticareti, nakliyesi veya kullanımının mutlaka yasadışı olması gerekmediğidir. Yasal yollardan da pekala temin edilebilen her türlü doğal veya kimyasal maddelerin ve hatta sağlığa kavuşmak için tedavi amaçlı veya sağlıklı yaşamı sürdürmek üzere hekim reçetesi veya tavsiyesi ile kullanılan maddelerin her nevi de dahil olmak üzere, gereksiz veya düzensiz kullanım sebebiyle oluşabilecek sağlık, finansal, kültürel ve toplumsal sorunların da mücadele kapsamında olduğudur.

1.2.2. Bağımlılık kavramı

Kendini bir şeye veya birisine adanmak anlamını taşıyan Latince “addicare” kelimesinin İngilizceye “addiction” olarak geçmesiyle ifade edilmektedir (Işık, 2013: 23). Dünya Sağlık Örgütü’nün Alkol ve Madde Terimleri Sözlüğü’nde “addiction” yani bağımlılık; psikoaktif madde veya maddelerin tekrarlı olarak kullanımı, bağımlı olarak ifade edilen kullanıcının periyodik veya kronik olarak madde etkisine maruz kalması, bahse konu madde veya maddeleri kullanmak konusunda güçlü dürtüler sebebiyle zorunluluk hissetmesi, madde kullanımını terk etmek veya düzenlemek amacından kaçınması veya bu uğurda büyük güçlük çekmesi ve her şekilde psikoaktif maddeyi temin etme konusunda kararlılık sergilemesi durumudur şeklinde ifade edilmektedir. “Tolerans” tipik olarak önemli etkiye sahiptir ve “çekilme (yoksunluk) sendromu” madde kullanımı sekteye uğradığı zaman ortaya çıkmaktadır. Madde kullanımı, hayatın olağan akışında mevcut olan aktivite ve sorumlulukları bile ihmale sebep olacak şekilde bağımlının hayatında yer teşkil etmekte ve baskılamaktadır. Bağımlılık, madde kullanımının bireye olduğu kadar topluma da zararları kabul edilen bir kavramdır ve kullanılan madde alkol ise “alkolizm” olarak ifade edilir. Bağımlılık (addiction) terimi uzun süredir çeşitli alanlarda kullanılan bir kavramdır. Kullanılan maddenin farmakolojik etkileri ve bıraktığı kalıcı hasarlara göre farklı rahatsızlıklar için kullanım alanları görülmektedir. 1920 ler ile 1960 lar arasında “addiction” ile birlikte psikolojik olarak daha hafif bir dereceyi ifade eden “habituation” (alışkanlık) terimleri bağımlılığı ifade etmek için kullanılmakta iken, Dünya Sağlık Örgütü 1960 larda çeşitli şiddetlerde bağımlılıkların ifade edilmesini karşılayan “dependence” terimini benimsemiş ve terminolojide kullanımını tavsiye etmiştir. Buna rağmen Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırıldığı ICD-10 cetvelinde “addiction” tanı terimi olarak yer almasa da, profesyonel çalışmalarda ve genel kullanımda yaygın olarak tercih edilmeye devam ettiği görülmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 1994).

Kalyoncu’ya göre; madde kullanan bireylerin beyinlerinin maruz kaldığı yapısal ve nöro-kimyasal değişim sebebiyle, istemli kullanılan maddeye zorlantılı olarak ihtiyaç hissedip kullanımın tekrarlanması ve döngüye girmesiyle açıklanan kronik bir beyin hastalığıdır. Madde kullanma davranışı, öğrenme süreci ile kazanılan, ödüllendirme veya tiksindirici davranış sonucu olarak açıklanmaktadır. Kişi çevresinde, ailesinde madde kullanımına görsel olarak veya duysal olarak şahit oluyor ise, maddeyi deneyimlemesi kuvvetle muhtemeldir. İlk kullanım kişide motivasyonel sistemleri uyarmakta ve duyarlılığı etkilemektedir. Oluşan duyarlılığa karşı gelişen savunmaya bağlı olarak aynı etkiyi veya tatmini elde edebilmek için giderek artan dozlarda maddeye ihtiyaç vardır ki, buna “Tolerans Gelişimi” denmektedir. Artan oranda tekrarlı madde kullanımı ise önce psikolojik sonra fiziksel bağımlılığa sebep olur ve belirli bir eşik düzeyini aştıktan sonra madde kullanımının azaltılması veya sonlandırılması yoksunluk belirtilerini getirmektedir (Kalyoncu, 2012: 7).

Diğer bir ifadeyle bağımlılık; bir maddenin kullanılması sürecinde ortaya çıkan fiziksel, psikolojik ya da sosyal sorunlara rağmen madde kullanımının devam etmesi, maddeyi terk etme isteğinin gerçekleştirilememesi, aynı etkiyi sağlamak üzere alınan madde

miktarının artırılması yani maddeye karşı toleransın genişlemesi ve maddeyi alma isteğinin durdurulamaması şeklinde tanımlanmaktadır. Bağımlılığın, madde bağımlılığı ve davranış bağımlılığı şeklinde tasnifi de birçok kaynakta yer almaktadır. Bağımlılığa sebep olan maddeler genel olarak alkol, amfetamin grubu uyarıcılar, kafein, esrar ve sentetik kannabinoidler, kokain, halüsinojenler, uçucular, tütün ve tütün ürünleri, opiyatlar, fensiklidin ve benzerleri, sedatif, hipnotik ve anksiyolitikler şeklinde sıralanırken, bağımlılık yapan davranışlar genel olarak, kumar, internet, akıllı telefon, seks, alışveriş, yeme, egzersiz, güneşlenme, deri koparma, vücudu tiftikleme, tırnak yeme gibi alışkanlıklar sayılabilir. Buna göre; fiziksel bağımlılık maddeye karşı duyulan fizyolojik bir gereklilik, şiddetli istek duygusudur ve beden maddeye bir uyum geliştirmektedir. Maddenin terk edilmesi kişide fiziksel yoksunluk belirtilerine sebep olacaktır. Psikolojik bağımlılık ise, haz almak amacıyla maddeye veya davranışa olan düşkünlüktür ve terk edilmesi ile psikolojik yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır (Darçın, 2014).

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün, Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabında ise Bağımlılık sendromu başlığı altında yapılan bağımlılık tanımında; kişinin önceden değer verdiği davranışların önüne geçecek fizyolojik, davranışsal ve bilişsel değişikliklerin madde kullanımına bağlı olarak gelişmesidir denmektedir. Bağımlılık sendromunun tamamlayıcı karakteri maddeye karşı güçlü veya dayanılmaz arzusunun duyulmasıdır. Tıbbi olarak bağımlılık tanısı konulabilmenin kriterleri ise aşağıda maddeler halinde yer alan şartlardan en az üç tanesinin son bir yıl içerisinde bulunmasına göre tespit edilmiştir:

- Maddeyi almak için çok güçlü bir istek veya zorlantının varlığı
- Madde alma davranışlarının denetim altına alınmasında (azaltma, bırakma gibi) güçlük
- Doz azaltıldığında veya madde bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromunun yaşanması
- Tolerans yani dayanıklılık belirtileri, yani maddeden aynı etkiyi veya hazzı alabilmek için kullanım dozunun artırılması
- Maddeyi temin etmek, kullanmak ve etkisinden kurtulmak için harcanan sürenin günlük yaşantıda artması ve diğer gerekli aktivitelere yer bırakmayacak ölçüde zaman teşkil etmesi
- Madde kullanımından kaynaklanan fiziksel veya psikolojik hasarların bariz bir şekilde ortaya çıkması ve bunun bilinmesine rağmen madde kullanımının ısrarla devam edilmesi (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011).

Karch, toleransı, devamlı kullanılan maddeden alınan hazzın ve etkisinin azalması durumudur şeklinde tanımlamaktadır. Bağımlı aynı kalitede etkiyi yaşayabilmek için kullanım süreci içerisinde, alınan maddenin doz miktarını artırmak durumundadır. Tolerans, kullanılan maddenin nevine göre farklı sürelerde gelişir. Yokusnluk ise, uzun süre kullanılan maddenin aniden bırakılması veya kullanımının azaltılması neticesinde yaşanan fiziksel ve psikolojik çekilme sendromudur (Işık, 2013: 13).

Aynı şekilde Amerikan Psikaytri Derneği (APA-American Psychological Association), 1994 yılında yayımladığı zihinsel bozukluklar tanı ve istatistik dördüncü klavuzunda DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders), aşağıda maddelenen emarelerin en az üç tanesinin 12 aylık zaman süreci içerisinde kişide tespit edilmesi durumunda “bağımlılık” teşhisinin konulabileceğini belirtmektedir. Bahse konu belirtiler:

- Maddenin tekrarlı kullanımlarında her defasında aynı etkiyi yaşayabilmek için kullanım dozunun artırılması veya eşit doz kullanımlarda etkinin her seferinde belirli bir şekilde azalmasının tespit edilmesi suretiyle toleransın varlığının belirlenmesi
- İlgili maddenin karakteristik olarak meydana getirdiği yoksunluk sendromunun görülmesi veya yoksunluk belirtilerini azaltmak veya kaçınmak üzere aynı maddenin veya muadil olarak görülen başkaca maddelerin kullanılmasının tespiti yoluyla yoksunluğun belirlenmesi
- Maddenin planlandığından daha yüksek dozlarda ve uzun periyotlarda kullanılması
- Madde kullanımını terk etmek veya azaltmaya yönelik sürekli bir arzu veya başarısız çabaların varlığının belirlenmesi
- Maddenin temin edilmesi, kullanımı ve etkisinden kurtulmak için uzun zamanların harcanması
- Sosyal, mesleki veya dinlenme için ayrılması beklenen zamanın ve faaliyetlerin madde kullanımı sebebiyle ihmal edilmesi veya tamamen terk edilmesi
- Madde kullanımından kaynaklanan kronik veya tekrarlayan nitelikte fiziki ya da psikolojik rahatsızlıklara rağmen bile-bile madde kullanımına devam edilmesidir (Işık, 2013: 11).

1.2.3. Maddenin sınıflandırılması

Farklı disiplinlerin çalışma konuları kapsamında maddelerin sınıflandırmaları da çeşitli özelliklerine göre yapılmaktadır. Uyuşturucuyla mücadeleyi konu alan çalışma konularında maddeler, genellikle maddenin merkezi sinir sistemi veya diğer bir ifadeyle santral sinir sistemi (SSS) üzerindeki etkilerine göre sınıflandırılmaktadırlar. Bununla birlikte maddelerin diğer sınıflandırılma şekilleri genel olarak aşağıdaki gibidir;

- Kökenlerine göre: Örneğin Afyon bitkisinden elde edilen opiyatlar. Sentetik olmayan opiyatlara morfin, kodein maddeleri gösterilebilir. Eroin ise yarı sentetik afyon opiyatıdır. Bu sınıflamada aynı kökenden gelen veya imal edilen maddelerin farklı kimyasal işlevleri olabilir.
- Terapatik veya tedavi etkisine göre veya tedavide kullanım şekillerine göre: Örneğin Amfetaminler iştah kesici özellikleri ile tıbbi amaçlı kullanılırken, yasadışı kullanımı uyarıcı etki göstermesindendir. Benzer şekilde morfin tıpta kuvvetli bir ağrı kesici işlevi görürken, yasadışı kullanım amacı mutluluk etkisidir.
- Vücut üzerinde meydana getirdikleri fiziksel değişikliklere göre: Birbirinden çok farklı kimyasal yapılara sahip doğal veya sentetik uyuşturucular, vücut üzerinde aynı fiziksel değişimlere sebep olabilirler ve aynı kategoride yer alabilirler. Vücut

geliştirme (Body building) çalışan sporcuların kullandıkları maddelerin etkisiyle alt çenede büyüme ve şekil bozukluğunun oluşması veya bazı sentetik maddelerin sebep olduğu diş dizilimlerinde ki karakteristik bozulmalar gibi.

- Doğal, sentetik veya yarı sentetik olarak imal edilmelerine göre.
- Kimyasal yapılarına göre: Örneğin barbitürik asitten türetilen fenobarbital, amital ve sekonal gibi barbitüratların sentetik bileşik grubunda yer alması gibi.
- Eylem mekanizmalarına göre, diğer bir ifadeyle etkilerini nasıl meydana getirdiklerine göre: Bu sınıflandırma prensipte kullanılışlı bir sistemdir ve artan madde çeşitliliklerine karşı devam eden farmakolojik araştırmalar ilgili maddelerin eylem mekanizmalarına yoğunlaşırlar.
- Sokak jargonunda kullanılan isimlerine göre: Maddelerin etkilerini veya görünümelerini ifade edecek şekilde bir çeşit şifreleme amaçlanarak sokakta ifade edilmesidir. Örneğin amfetaminler için “hız”, barbitüratlar veya metakualon gibi depresanlar için “yatıştırıcı” veya ülkemizde “tulum” ifadelerinin kullanılması gibi (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 5).
- Üretilmeleri, taşınmaları, ticareti ve kullanımının yasal veya yasadışı olarak ilgili mevzuatlardaki sınıflandırılmalarına göre. Hastane veya eczanelerde kırmızı veya yeşil reçete ile verilen yasal maddeler de hekim tavsiyesine uygun olmayan aşırı doz veya uzun süreli kullanımlarda sağlığa zarar vermekte ve bağımlılık oluşturmaktadır (Yüksel, 2017: 47).
- Kullanım yeri ve yoluna göre: Farmakolojide maddenin vücudun hangi bölgesinden ve hangi yolla alındığının değerlendirilmesi önem teşkil etmektedir. Çünkü birçok madde farklı kullanım yoluyla tüketilebilmekte ve kullanım yoluna göre farklı etkiler gösterebilmektedir. Kullanım yolu olarak sekiz çeşit kullanım yolundan bahsedilmektedir ki, bunlar; oral yolla kullanım, deri altı uygulama, İntramasküler yol (kas içerisine enjeksiyon), İntraven uygulama (damar içi enjeksiyon), İnhalasyon (nefes yoluyla) uygulama, İntranazal uygulama (burna çekme), dil altı uygulama, deri üzerine uygulamadır. Kullanım yeri ve kullanım yolunun önemi, vücudun dolaşım, sindirim ve sinir sistemlerine, mide, böbrek ve karaciğerden süzülmesine, emilimine ve daha birçok fizyolojik faktöre bağlı olarak madde etkisi şekli ve şiddet bakımından farklılıklar gösterebilmektedir (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 5).

Merkezi sinir sistemine yaptığı etkilere göre maddeleri sıralamadan önce, bağımlılık yapan maddeler ve maddenin sağlık üzerinde meydana getirdiği bozuklukları toparlayıp geniş kapsamlı bir sınıflama yapmak gerekirse, Ögel ve diğerlerinden aktaran Yüksel’in de değindiği sınıflandırma aşağıdaki gibidir:

- Sarhoşluk verenler: Alkol, Eter, Kloroform, Bazı uçucu gazlar
- Uyku verenler: Sulfonal, Veronal, Paraldehyd, Chloralhydrate, Bromide
- Uçucu maddeler: Tiner, Benzen, Gazolin, Yapıştırıcılar (Bali ve UHU gibi), Eter, Kloroform, Terraklorür, Tolüen

- Opiyatlar: Morfin, Afyon, Eroin, Kodein, Metadon, Meperidin, Fentanil, Levorfanol, Pentazosin, Tramasol
- Sentetikler: Ecstasy, Captagon, Methamfetamin, Lysergic, Asiddiethylamid, Ketamin, Phencylidine, Bonzai, Flakka, Skunk
- Uyarıcılar: Amfetamin, Kokain, Ecstasy, Kafein, Flakka, Skunk
- Merkezi sinir sistemini baskılayanlar: Barbitüratlar (bazı uyku ilaçları), Meprobonat, Benzodiazepinler (diazem, xanax, ativan, rivotril, rohypnol vb.), Alkol, Akineton
- Halüsinojenler: LSD (Liserjik Asid Dietilamid), Meskalin, Psilocybin, DMT (dimetil triptamin), DET (dietil triptamin), DOM (dimetosimetil amfetamin), MDA (metilendioksi amfetamin), Esrar (Hint Keneviri, Sıvı Esrar, Esrar Reçinesi), Marihuanna, Haşhaş (Yüksel, 2017: 48).

1.2.4. Maddenin merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerine göre sınıflandırma

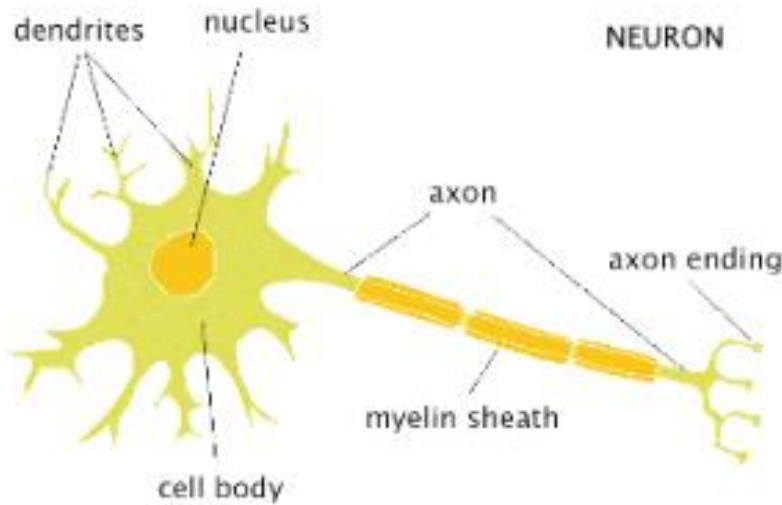
Maddenin merkezi sinir sistemi üzerinde oluşturduğu etkilere göre yavaşlatanlar, uyarıcılar ve hayal gösterenler olmak üzere üç şekilde sınıflandırma mevcuttur. Aşağıda sıralanan maddelerin kökenleri, yapısı, kullanımı, Amerikan Psikiyatri Birliği'nce yayımlanan “Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Klavuzu”na göre (DSM-4-TR, DSM-5) tekabül eden kategoride sağlık üzerinde sebep olduğu zehirlenme (intoksikasyon) ve bozuklukları hakkında genel bilgiler verilmeye çalışılmıştır. Aynı klavuza göre madde kullanım bozukluğu, madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı olarak iki alt kategoride sınıflandırılmaktadır. Ayrıca ele alınana madde kullanımının sebep olduğu bozukluklar ise, maddenin sebep olduğu fizyolojik değişimleri ifade eden madde intoksikasyonu, uzun süre kullanılan maddenin bırakılması veya azaltılması neticesinde ortaya çıkan madde yoksunluğu ve madde kullanımından kaynaklanan ruhsal bozukluklar şeklinde detaylandırılarak incelenmektedir (Güleç, Köşger, ve Eşsizoglu, 2015).

Öncelikle merkezi sinir sisteminin temel çalışma prensibi ve maddelerin etkileri hakkında kısaca hatırlatma yapmakta fayda görülmektedir. Bilindiği üzere Merkezi Sinir Sistemi (MSS) İngilizce adıyla Central Nervous System (CNS), beyin ve omurilikten oluşmaktadır. İnsan yapısı, beyinde ince ayarlanmış karmaşık iletişim ağına sahip olan hücrelerin vasıtasıyla, duygu, düşünce, algı, dürtü ve hareketlere sahip olabilmektedir. Normal şartlarda sağlıklı doğal bir beyin, mükemmel bir yapı ve işleyiş dengesine sahiptir (Kalyoncu, 2012: 5). Aslında tüm psikolojik deneyimler, duyular ve duyguların temelinde beynin işlevleri yer almaktadır. Anlaşılması gereken husus ise, genel olarak kimyasal maddelerin beynin fiziksel yapısında ne tür etkiler yaptıkları ve bunun sonucunda ne tür duygu, duyular ve hareketlerin meydana geldiğinin tespiti (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 47). Beyin fonksiyonlarının tamamı beyin sinirleri vasıtasıyla gerçekleşmektedir. Şekil 1.'de yapısı verilen “Nöron” tabir edilen, beyni oluşturan hücrelerin, “Nörotransmitter” olarak adlandırılan kimyasal yapıya sahip ulaklar aracılığıyla kendi aralarında sağladıkları iletişimin veya talimatın tetiklediği iletişim

zincirinin, duygusal veya fiziksel eyleme dönüşmesi ile sonuçlanan bir çalışma prensibi konunun genel tanımı olarak ifade edilebilir. Yani iki beyin hücresi nöron arasında, farklı kimyasal yapılardaki nörotransmitlerin aktarılması sonucu alınan mesajın gereğinin, bir diğer mesajla yerine getirilmesidir. Bu iletişim zincirinin milyarlarca beyin hücresi arasında saniyenin binde biri kadar bir zaman içerisinde farklı kimyasal yapılardaki ulakların (nörotransmitter) kullanılmasıyla meydana geldiği düşünülünce, dengenin mükemmelliği ve konunun hassasiyeti daha iyi anlaşılacaktır. Beyin içerisinde oluşan bu mesajların yine nöronlar tarafından işlendikten sonra vücudun ilgili sistemine gönderilmesi neticesinde insan hatırlayabilmekte, karar verebilmekte, duygulanabilmekte, konuşabilmekte ve organlarını kullanabilmektedir. Bu mekanizmanın doğal işleyişine dışarıdan intikal eden çalışma konumuz psikoaktif maddelerin sebep olduğu sağlık sorunları ise, mesajların reseptörlerin zarara uğraması neticesinde engellenmesi, mesajların olağandan daha az veya çok iletilmesi, mesajların alakasız nöron reseptörlerine (hedeflere) iletilmesi veya hücrelerin ve ulakların (nörotransmitlerin) yapılarında meydana getirdiği değişiklikler gibi sebeplerle bağlantılı olarak, tüm vücut sistemlerinde oluşturduğu dengesizlik ve tahribatlardır (Kalyoncu, 2012: 9; Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 51).

Şekil 1. Beyin Hücresi (Nöron) Yapısı

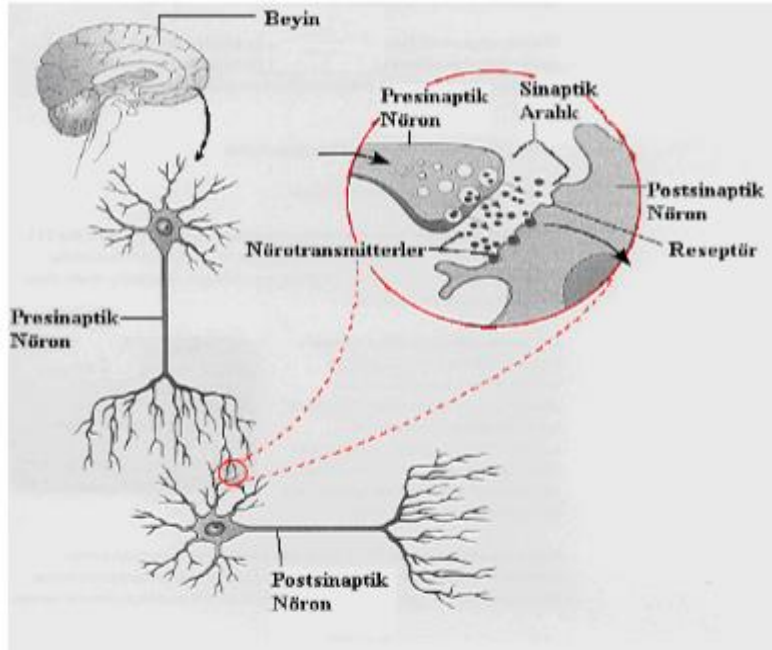
NÖRONLAR



Kaynak: (Kalyoncu, 2012: 6).

Yukarıdaki şekilde Nöronların ağacı andıran yapısıyla, mesajları reseptörler vasıtasıyla kabul eden “Dendrit” denilen kısa saçaklarının olduğu, “Akson” denilen, mesajları ileten uzun saçaklarının bulunduğu görülmektedir. Bir nöron, dendritine intikal eden nörotransmitin etkisiyle başka bir nörona uzun yapıdaki aksonu ile ulaşır ve kendi yapısı içerisinde sentezlediği nörotransmiti yeni bir mesaj olarak başka bir nöronun dendritine iletir. Bu iletişim eylemine “Sinaps” denilir. Mesaj elektrikseldir ancak nöronun aksonu adeta yalıtkan bir yapıdadır ve elektrik yükünden etkilenmeden nörotransmiti iletme özelliğine sahiptir. Şekil 2. Sinaps eylemini ifade etmektedir:

Şekil 2. Sinaps Eylemi



Kaynak: (Kalyoncu, 2012: 9).

Nörotransmitler, bilinen yüzden fazla çeşidi ile kolektif olarak vücut sistemine ilgili eylemler için sinyal gönderen kimyasal yapılardır. Örneğin kalp atış hızının ayarlanması, ciğerlerin nefes alma eylemi, vücut ağırlık merkezinin dengelenmesi, susuzluk duygusunun uyarılması, ruh halinin belirlenmesi ve sindirimin kontrol edilmesi gibi önemli işlevlerin yerine getirilmesini sağlarlar. Kimyasal verilerin aktarıldığı Sinaps boşluğu 20. Yüzyılın başlarında İspanyol Patolog Santiago Ramon y Cajal tarafından bulunmuş, 1921 yılında ise Alman Farmakolog Otto Loewi nöronlar arası iletişimi ve bahsekonu nörotransmitlerin kimyasal yapısını ve işlevini keşfetmiştir. GABA, aspartat, glutamat, glisin, D-serin, karbon monoksit, hidrojen sülfid, nitrik oksit, dopamin, epinefrin, histamin, nöroepinefrin, serotonin, endofrin, amfetamin, somatostatın, enkefalin, adenosin, adenosin-trifosfat, oktopamin, fenetilamin, tripramin, asetilkolin, annandamit ve zink gibi bir çok çeşiti bulunmasına karşın, işlevleri açısından en önemlileri şu nörotransmitler kabul edilir: **Glutamat:** Beyinde bulunan nöronların neredeyse yarısı tarafından kullanılan ve insan hafızasını düzenleyen bir işleve sahiptir. İlginç olan, glutamatın nöronlar üzerinde toksik etkisinin bulunmasıdır. Yani aşırı glutamat varlığından nöronların ölümüne ve dolayısıyla beyin felcine sebep olabilmektedir. **GABA:** Anksiyeteyi, kaygı duygusunu kontrol etmeye yardımcı olur. **Glisin:** Motor davranışlarının düzenlenmesi ve bilişin akıcılığına katkıda bulunur. **Asetilkolin:** Kas sistemini uyarır, REM uykusu ile yakın ilişkilidir. Asetilkolin seviyesinin düşüşü ile Alzheimer rahatsızlığı ortaya çıkmaktadır. **Norepinefrin (Noradrenalin):** Kalp atışını ve kan basıncını yükseltir. Bedenin “fight for flight” tabir edilen sempatik sinir sisteminin bir parçasıdır. Örnekle açıklamak gerekirse, her hangi bir tehdit karşısında vücudun adrenalin salgılamak suretiyle savunma mekanizmasını harekete geçirmesidir. Ayrıca hafızanın düzenlenmesine yardımcı olacak etkiye de sahiptir. **Dopamin:** Düşük seviyede dopaminin sosyal anksiyete bozukluğu ve Parkinson rahatsızlığını tetiklerken, Dopamin fazlalığı Şizofrene sebep olmaktadır. **Serotonin:**

Ruhsal durum, duygu ve algı ile alakalı eylemleri kontrol eder. Serotonin seviyesinin düşüklüğü depresyon, intihar eğilimi, öfke kontrol zorluğu, uykusuzluk, migren ve karbohidrata ihtiyaç duyumunun artışına sebep olur. Vücut serotonin ihtiyacını ılık süt ve hindi eti gibi besinlerde bulunan aminoasit triptofan maddesinin sentezlenmesinden elde eder. **Endorfin:** Moleküler yapı itibarıyla morfin, eroin gibi opioidlere çok benzer. Endorfin kelimesi iç kaynaklı morfin anlamına gelen “endogenous morphin” sözcüklerinin kısaltılmışıdır. Rahatlatıcı ve ağrı kesici etkisi olan kısıtlayıcı bir nörotransmiterdir. Hatta diğer canlılarda metabolizmayı yavaşlatan ve kış uykusunu sağlayan maddedir (Helmenstine, 2019). Bu sayılan ileticilerden dopamin, glutamat, serotonin ve GABA, konumuzu teşkil eden proaktif maddelerden en çok etkilenenlerdir (Kalyoncu, 2012: 10).

Yukarıda açıklanan Sinaps adı verilen işleyiş sistemi proaktif maddelerin dahli ile sekiz farklı türde etkilenmektedir:

- Nörotransmitin sentezlenmesine etki edebilir. Madde nörotransmitin sentezini yükseltebilir veya düşürebilir
- Nörotransmitin iletilmesine etki edebilir. Madde nörotransmitin akson terminaline iletilmesine etki edebilir
- Nörotransmitin depolanmasına etki edebilir. Madde nörotransmitin akson terminalinde tutulmasını etkileyebilir
- Nörotransmitin salınımına etki edebilir. Madde nörotransmit moleküllerinin aksondan sinaps boşluğuna (diğer nötronun dendrit reseptörleri tarafından kabul edilmek üzere) bırakılmasını etkileyebilir
- Nörotransmitin ayrışması. Madde nörotransmiti ayrıştırarak enzimler tarafından sentezlenmesini önleyebilir
- Nörotransmitin geri alımı. Madde nörotransmitin akson terminali tarafından geri alımını engelleyebilir
- Reseptör işlevleri. Madde nörotransmit taklidi yaparak reseptör işlevini harekete geçirebilir.
- Reseptör engelleme. Madde reseptörü tıkayarak işlevsiz hale getirebilir (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 51).

Tablo 2. Maddelerin Merkezi Sinir Sisteminde Oluşturdukları Etkilere Göre Sınıflandırması

Merkezi Sinir Sistemini Yavaşlatanlar (Depresanlar)	
Doğal Maddeler	Sentetik Maddeler
Afyon	Babitüratlar
Morfin	Trankilizanlar
Eroin	
Kodein	
Merkezi Sinir Sistemini Uyarımlar (Stimulantlar/Uyarıcılar)	
Doğal Maddeler	Sentetik Maddeler
Kokain	Amfetaminler
Crack	MDMA (Ecstasy)
	Katinon (Banyo tuzları)
	Captagon
Hayal Gösterenler (Hallüsinojenler)	
Doğal Maddeler	Sentetik Maddeler
Esrar	LSD
Meskalin	Sentetik Kannabinoidler
Psylocybin	

Kaynak: (Vatandaş, ve diğlerleri, 2016: 18).

1.2.4.1. Merkezi sinir sistemini yavaşlatan maddeler (Depresanlar/Uyuşturucular):

Merkezi sinir sistemi faaliyetlerini yavaşlatma etkisi sebebiyle, fizyolojik ağrıların hissedilmemesini sağlayan, düşünme yeteneğini yavaşlatan, bünyeyi yatıştıran ve uyuşturan afyon ve türevleri gibi doğal veya alkol, barbitüratlar, sedatif hipnotikler, trankilizanlar türü sentetik maddelere genel olarak uyuşturuu, yatıştırıcı veya depresan denilmektedir (Işık, 2013: 27).

Afyon (Opium): Tohumdan yetişen, pembe, kırmızı, mor ve beyaz renkte çiçek açan, olgunlaştığında tepesinde ceviz büyüklüğünde içerisinde tohumları bulunan kapsüllü, Haşhaş adı verilen bir bitkiden doğal olarak elde edilir. Haşhaşın taze yaprakları salata ve yemeklerde kullanılabildiği gibi, tohumları da doğrudan tüketilebilmekte veya ezilerek yağı çeşitli yiyeceklerde kullanılabilmektedir (Işık, 2013: 28). Özellikle Ege bölgemizde yetiştirilmesi ve tüketimi yemek kültüründe yer almış ve haşhaşlı lokum, haşhaşlı gözleme gibi hamur işi yiyeceklerinde kullanımı yaygınlaşmıştır. Ayrıca kozmetik ve boya sanayiinde de yer almaktadır. Haşhaş bitkisinin kapsülünün üstüne çizikler atılmasıyla dışarıya çıkan sütün, kapsül üzerinde kuruması ile oluşan sakız “Afyon sakızı” dır. Bu şekilde sakız elde etmek Birleşmiş Milletler kararları doğrultusunda 06/12/1974 tarihli ve 7/9204 sayılı Kararname ile yasaklanmıştır. Öncesinde birkaç yıl ekimi tamamen kısıtlanmış, ancak bir buçuk milyon civarında çiftçinin zor duruma düşmesi ve milli ekonomide önemli yer teşkil etmesi sebebiyle ekimi tekrar kotalı olarak serbest bırakılmıştır. (T.M.O., 2019). Çaya veya benzeri içeceklerin içerisine karıştırılarak

tüketilebildiği gibi, yakılarak da sigaraya sarmak suretiyle veya farklı yöntemlerle içilebilmektedir. Her kullanım yönteminde de aynı şiddette aynı etkiyi göstermektedir. Kullanıma müteakip oluşan ağrı kesici ve keyif verici ilk etkisi “Balayı” olarak ifade edilmektedir. Hitamında baş dönmesi, mide bulantısı, kalp atışında yavaşlama, solunum güçlüğü ve zehirlenme belirtileri oluşturmaktadır (Vatandaş, ve diğerleri, 2016: 18). Afyondan doğal olarak elde edilen 25 kadar bilinen Alkoloid tabir edilen analjezi amaçlı kullanılan madde mevcuttur. Morfin, Kodein, Eroin, Meperdin, Metadon bunlardan bazılarıdır (Işık, 2013: 28-29).

Morfin: 1803 yılında Alman farmakolog Friedrich Wilhelm Serturmer tarafından afyondan ayrıştırılmak suretiyle elde edilen ve afyondan 10 kat güçlü en önemli kimyasal maddelerden birisidir. Afyon maddesi içerisinde %10 oranında bir yoğunlukta bulunmaktadır ve afyonun asıl opiatıdır. Alman bilim adamı tarafından etkileri keşfedildiğinde, etkileri sebebiyle Yunan mitolojisinde Rüya tanrısı olarak bilinen Morpheus’un ismi verilmiştir. 19. Yüzyılda ağrı kesici, uyuşturucu olarak Amerikan askerlerinin uzuv kopması gibi travmatik cerrahilerinde kullanılmış ancak askerlerin bağımlı hale gelmelerine sebep olunmuştur. Diğer ülke askerlerinin de aynı mağduriyeti yaşamaları sebebiyle 19. Yüzyılda Morfin bağımlılığına “Asker Hastalığı” denmiştir (Işık, 2013: 29). Sigaraya sarılarak, burundan çekilerek intranazal yolla kullanımı mevcut olduğu gibi, yaygın olarak ve tıbbi olarak da damar yoluna veya deri altına enjekte etme yöntemi kullanılmaktadır. Afyon sakızının sıcak suda eritilerek organik atıklarından arındırılması ile elde edilen toz maddeye Bazmorfin denilmektedir. Kullanımında rahatlatıcı ve uyuşturucu etkisi vardır ve sinir sistemini felç eder. Günümüz de tıbbi kullanımı kontrollü olarak devam etmektedir (Vatandaş, ve diğerleri, 2016: 19). Morfinin sağladığı keyif ve rahatlama hissi elbette geçicidir ve kullanılan doza göre etki süresi hitamında uyuşukluk, halsizlik, uyuklama hali, bel ağrısı, kalp çarpıntısı, soğuk terleme, ağız kuruluğu gibi olumsuz etkileri kendini gösterir. Ortaya çıkan ölüm korkusu, aşırı heyecan gibi etkilerden kurtulmak için kişi yine morfine ihtiyaç duyar ve bağımlılıktan kurtulamaz. Bağımlılığın yani tolerans gelişiminin seviyesine göre yukarıda belirtilen yoksunluk belirtileri kullanımın bırakılmasından sonraki 8 ila 10 saat arasında ortaya çıkar. Aşırı doz alımından 5 ila 10 saat arasında kalp atışı düzensizleşir ve ölüm gerçekleşir (Işık, 2013: 29).

Kodein: 1832 yılında Babiquet tarafından afyondan ilk kez edilen bir alkoloid olup, afyonda bulunma oranı %0,5’dir (Vatandaş, ve diğerleri, 2016: 21). Morfin ile birlikte afyondan doğal olarak elde edilen iki alkoloitten birisidir. Eroin ise birçok kaynaktan doğal opiyat olarak sınıflandırılrsa da, bazı disiplinlerde morfin ve kodeine göre yarı-sentetik olarak değerlendirilmektedir (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 4). Kodein çoğunlukla ilaç sanayiinde yoğun bir şekilde talep görmektedir ve günümüzde afyondan ziyade morfinden elde etme cihazına gidilmektedir. Uzun süreli yoğun kullanım ile ancak fiziksel bağımlılık yapmaktadır ve Aspalgin, Codral Cold, Flu Original, Nurofen Plus, Panadeine Forte, Panamax Co, Mersyndal ve Panalgesic gibi birçok ilacın etken maddesinde bulunmaktadır. Tablet, kapsül, fitil, suda çözünen toz veya tabletler ve sıvı şekilde tüketime sunulan formları mevcuttur. Vücut hacmi, ağırlığı, sağlık durumu, başka

ilaçlarla birlikte kullanımı ve kullanım dozuna göre kişiden kişiye farklılık gösteren etkilere sahiptir. Baş dönmesi, bitkinlik, konsantrasyon bozukluğu, geçici bir rahatlama, bulanık görme, ağız kuruluğu, terleme, kaşıntı, kas ağrısı, kalp atışında yavaşlama, mide ağrısı, bulantı, kusma ve idrarda zorluk gibi yan etkiler gösterebilmektedir. Doz aşımında, kabızlık, zihinsel uyuşma, nefes almakta zorluk, halüsinasyon, nöbet, koma ve ölüme sebep olmaktadır. Çekilme semptomları genellikle son dozdan birkaç saat sonra başlar ve 48 ila 72 saat arasında azami seviyeyi bulur. Yoksunluk belirtileri göz bebeklerinin büyümesi, karın krampları, burun akıntısı ve hapşurma, esneme, uykusuzluk, ateşlenme, terleme, titreme, sinirlilik ve depresyon halleridir (ADF, 2019). Afyon üretiminin yaklaşık %85'i kodein elde etmek amacıyla yapılmaktadır. Öksürük, burun tıkanıklığı, akciğer bronşlarının tıkanıklıklarında ve ağrı kesici olarak tedavi amaçlı kullanılmaktadır (Işık, 2013: 32).

Eroin: 1897 yılında Aspirin hapının da mucidi olan Alman kimyagerler Felix Hoffman ve Heinrich Dresser tarafından morfinin sentezlenmesiyle elde edilmiştir. Bu sebeple ilk üretim zamanlarında “diacetylmorphine” ve “diamorphine” ismiyle daha sonraları ise insanlarda meydana getirdiği cesaret duygusunun fark edilmesi neticesinde kahraman anlamındaki “Hero” kelimesinden türetilen eroin (Heroin) adıyla Aspirin ile birlikte Bayer İlaç Firması tarafından piyasaya sürülerek reçetesiz bir şekilde eczanelerde satışı yapılmıştır. Yüksek derecede bağımlılık yaptığı anlaşıncaya kadar, morfin bağımlılığı tedavisinde, öksürük ilacı olarak, çocuk nezlesi, zatürre ve verem ilacı olarak kullanılmıştır (Işık, 2013: 30). Genellikle kahverengi toz şeklinde bulunur ancak üretim şekline göre beyaz renkli toz madde haline de rastlamak mümkündür. Piyasada beyaz, dragon, at, kriko, çöp gibi isimlerle ifade edilmektedir. Baz morfinden yaklaşık beş kat daha etkili olan eroin maddesi bilinen uyuşturucuların içerisinde en kısa sürede yüksek derecede bağımlılık yapan madde olma özelliğini taşımaktadır. Asetik anhidrit maddesi yardımıyla baz morfinden yarı-sentetik olarak elde edilmektedir. Çoğunlukla damar yoluna enjekte edilerek kullanılmaktadır ancak buruna çekilerek intranazal yolla veya sigaraya sarılarak veya başka şekillerde dumanını teneffüs etmek suretiyle de kullanılmaktadır. Her yöntemde de aynı şiddette etkisini gösterebilmektedir. Enjeksiyon yöntemi kan sistemine çok fazla eroin maddesinin birden yüklenmesi sebebiyle doz aşımına ve dolayısıyla ölüme sebep olma riskini taşımakta ve sıklıkla görülen vakalardandır. Bu şekildeki ölüm riski taşıyan yüksek doz uygulamaları, “Altın Vuruş” olarak adlandırılmaktadır. Eroin sebebiyle meydana gelen ölümlere dikkat çekmek üzere ülkemizde bu maddeye “Beyaz Ölüm” ismiyle de kamu spotlarında yer verilmiştir. Ayrıca enjeksiyon yöntemi tetanoz, enfeksiyon ve damar yapısında hasar risklerini de beraberinde getirmektedir. Bununla birlikte aynı enjektörün paylaşımı ile birlikte, Hepatit B, Hepatit C, HIV ve AIDS riskleri artmaktadır. Yüksek dozda eroin alan kişide, solunum yavaşlaması, hipotermi, kalp atışında yavaşlama ve yanıtızlık gibi etkiler meydana gelmektedir. Doz aşımı riskini azaltmak için eroin maddesine, nişasta, kafein gibi beyaz toz maddeler karıştırılarak yoğunluk seyreltmeye çalışılmaktadır. Karışımın içerisinde bulunan eroin miktarı, yasadışı ticarete uyuşturucunun kalitesini ve saflığını ifade etmektedir. İlk kullanım itibarıyla bağımlılık yapma ihtimali yüksektir. Kişi üzerinde meydana getirdiği rahatlama, mutluluk, heyecan ve cesaret etkisi daha sonraki

kullanımlarda görülmemektedir. Normal olarak son kullanım itibariyle 8 ila 12 saat arasında yoksunluk belirtileri başlar, üç gün ile bir hafta arası sürebilir ve oldukça şiddetlidir. Göz yaşarması, kusma, bulantı, göz bebeklerinde büyüme, terleme, kas ve kemik ağrıları, depresyon ve iştahsızlık gibi yoksunluk belirtilerinden kurtulmak için kişi, tekrar eroïn maddesine ihtiyaç duymaktadır (Vatandaş, Can, Mahitapoğlu, Yaman, ve Kırbaoğlu, 2016: 19-21; AMATEM, 2016; ADF, 2017).

Barbitüratlar: 1879 yılında Fransız kimyacı Edouard Grimaux tarafından geliştirilerek ilaç piyasasında kullanımı için mükemmel hale getirilen barbitüratlar ilk olarak 1864 yılında Alman kimyacı Adolf von Baeyer tarafından sentezlenmiştir. Bayer Kimya Şirketi'nin kurucusu olan Adolf von Baeyer, Robert W. Bunsen ve Friedrich A. Kekule'nin öğrencisi olarak Strasbourg ve Münich Üniversitelerinde öğrenim görmüş ve yaptığı çalışmalarla organik kimyanın gelişimine olan katkısından dolayı 1905 yılında Nobel Ödülü almıştır. Maddeye barbitürat isminin verilmesi konusunda çok farklı görüşler mevcuttur. Bazıları sentezleme neticesinde ortaya çıkan kimyasal molekülün iğneli görünümü sebebiyle almanca “barbed” kelimesinden türetilmiş olduğunu savunurken, başka kaynaklarda Adolf von Baeyer'in bu ismi arkadaşı Barbara'nın onuruna ithafen verdiğini belirtmektedir (Carter, 1951). Barbitürik asit molekülü üzerinde yapılan basit modifikasyonlarla 2500'ün üzerinde tür sentezlenmiştir ve tıpta özellikle psikiyatri klinik vakalarında yatıştırıcı, uyutucu, uyku düzenleyici olarak şizofreni, manik-depresif bozukluk gibi rahatsızlığı olan hastalarda hatta epilepsi tedavilerinde kullanılmıştır (Shorter, 2008). 1926 yılında Birleşik Devletler İlaç Kodeksi (USP X) ve 1914 ve 1932 yıllarında İngiliz İlaç Kodeksini müteakiben uluslararası ilaç sektöründe ilk olarak barbitüratları temsilen kabul gören ilaç türleri Veronal (barbital) ve Luminal (phenobarbital) isimli “Barbitüratların kralı” olarak anılan ilçlardır. Günümüzde halen bazı sentezleri klinik olarak kullanımda olan barbitüratların binlerce farklı türünden sadece 50 çeşidi 20. yüzyılda klinik uygulamada tecrübe edilmiştir. Yapılan çalışmalarda birçok sentezin, barbitürata benzer bağımlılık yaptığı ve yoksunluk yaptığı tespit edilince ilaç piyasasından geri çekilmişlerdir. Dünya Sağlık Örgütü 7-12 Ocak 1952 ve 18-24 Ekim 1956 yıllarında barbitüratların sadece reçete ile hastalara verilmesi yönünde tavsiye kararları çıkarmıştır. Buna rağmen 1965 yılında İngiltere'de 135.000 ve 1962 yılında Ameika'da Başkan Kennedy'nin talimatıyla yapılan araştırmada 250.000'nin üzerinde kişinin barbitürat bağımlısı olduğu ve doz aşımı sebebiyle ölümlerin arttığı ve intihar yöntemi olarak kullanılmakta olduğu yönünde tespitler mevcuttur. Toplumsal olarak infial uyandıran örnek vakalardan bir tanesi de ünlü sinema sanatçısı Marilyn Monroe'nun ölümü hakkında 28 Ağustos 1962 tarihinde tanzim edilen ölüm raporunda aşırı doz barbitürat zehirlenmesinin ölüm sebebi olarak belirtilmesidir. Barbitüratların tetiklediği tıp alanındaki araştırmalar neticesinde devrim niteliği taşıyan ve 1960 yılında piyasaya sürülen benzodiazepin ve klordiazepoksit isimli daha güvenli sedatif hipnotiklerin bulunmasıyla barbitürat kullanımı hızla gerileme kaydetmiştir. Günümüzde tıbbi olarak barbitüratların bazı sentezleri halen sınırlı olarak kullanılmaktadır. Bunlar: epilepsi tedavisinde, bazı uyarıcı maddelerin etkilerini veya zehirlenme durumlarında metabolizmayı yavaşlatmak üzere veya tanısal görüntüleme işleminde beyin fonksiyonlarını yavaşlatmakta veya çeşitli sebeplerle meydana gelen ödem oluşumlarının

lokal olarak yavaşlatılmasında ve engellenmesinde, kafa içi basıncın azaltılması yöntemi olarak örneklendirilebilir (Lopez-Munoz, Ucha-Udabe, ve Alamo, 2006).

Merkezi sinir sistemini baskılayıcı ve beyin fonksiyonlarını yavaşlatıcı etki gösteren barbitüratlar yüksek dozda alındığında denge bozuklukları, kalp atışı ve solunum fonksiyonlarında yavaşlamaya sebep olur ve kişinin komaya girmesine hatta ölümüne sebep olabilmektedir. Farklı renk ve şekillerde üretilen kapsül veya tablet halindeki barbitürat sentezlerinden Pentobarbital Sodyum, Amobarbital Sodyum ve Secobarbital Sodyum en çok kötüye kullanılan türlerindendir. Uzun süre kullanım neticesinde tolerans gelişmekte ve bağımlılık kaçınılmaz hale gelmektedir. Maddenin yoksunluk sendromları son kullanımdan 8 ila 10 saat sonra baş dönmesi, uykusuzluk, bulantı, iştahsızlık, titreme, göz seğirmesi ve sayıklama şeklinde kendini göstermektedir (Işık, 2013: 33).

Sedatif Hipnotikler: Kaygı (anksiyete) giderici etkisi olan, rahatlama ve uyku sağlayan merkezi sinir sistemi depresanlarıdır. Unutkanlığa sebep olduğu gibi, kas gevşeltici ve sara ve epilepsi nöbetleri gibi nöropatik krizleri yatıştıran etkileri de mevcuttur. Tüm sedatif hipnotikler konsantrasyonu, hafızayı ve vücut koordinasyonunu yavaşlatma etkisine sahiptirler. Sıklıkla karşılaşılan diğer etkileri ise, sersemlik, konuşma güçlüğü ve gevşeklik, koordinasyonsuzluk ve denge kaybı, ağız kuruluğu, sindirim sistemi bozuklukları ve hızlı değişen ruh hali gibi belirtilerdir. Açıklanamayan heyecanlanma ve öfke nöbetleri de zaman-zaman görülebilmektedir. Uykuya dalma erken saatlere çekilebilmektedir ancak REM uykusu ortadan kalkmaktadır. Maddenin tavsiye edilen sürede kullanımından sonra terk edilmesi REM uykusunu geri getirebilir uyku düzeni değişebilir ama, normal dozlarda sınırlı kalırsa dahi maddenin uzun süreli kullanımı netice itibarıyla bağımlılığa sebep olabilmektedir. Şiddetli yoksunluk belirtilerinden muzdarip olmak için maddenin sadece birkaç hafta düzenli kullanılmış olması yeterli olabilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 1994: 58).

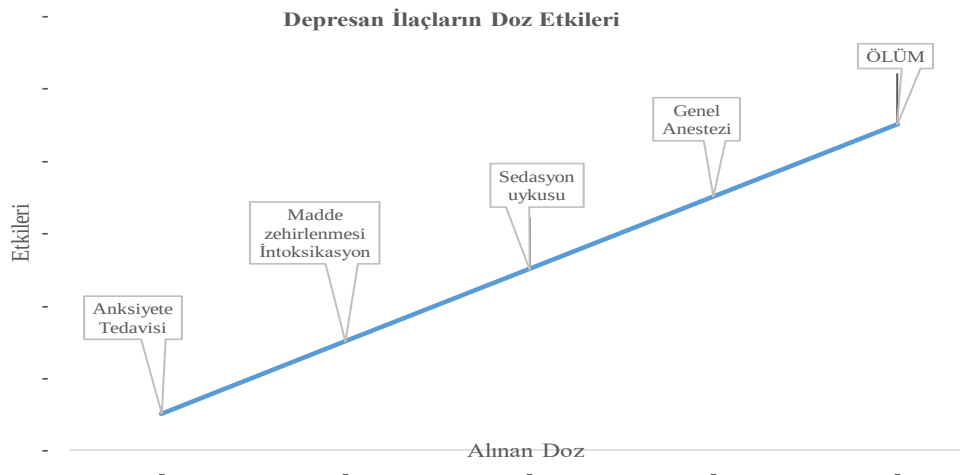
Uzun süreli sedatif hipnotik kullanımının azaltılması veya sonlandırılması neticesinde ortaya çıkan yoksunluk belirtileri; terleme, nabız hızında artış, çoğunlukla el kaslarında kısa süreli kasılmalar sebebiyle kontrolsüz hareketler (el tremoru), uykusuzluk ve uykuda kabus görme, bulantı veya kusma, görsel, dokunsal ve işitsel halüsinasyonlar, psikomotor ajitasyon, anksiyete ve vücudun kasılması, reflekslerde zayıflama gibi durumlardır (T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2011). Sedatif hipnotiklerin ansızın terk edilmesi veya ciddi miktarda kullanım dozunun düşürülmesi de bir hafta içerisinde “delirium”⁶ rahatsızlığına sebep olabilmektedir. Tüm etkileri temizlense bile yani detoksifikasyondan sonra bile uzun süreli olarak hafızada, sözel ve sözel olmayan öğrenmede, hızlı düşünmede ve koordinasyonda kayda değer düşüş görülebilmekte, bazı durumlarda kalıcı olarak amnestik bozukluk olarak tabir edilen yeni bilgiler öğrenme ve öğrenilmiş bilgileri hatırlamada zorlanma olarak kendini gösteren bellek bozukluğuna sebep olabilmektedir. Sedatif hipnotiklerin kullanımından dolayı ortaya çıkan semptomlar

⁶ Delirium: Semptomları Demans rahatsızlığına benzeyen çevre farkındalığının ve bilincin zayıfladığı veya kaybolduğu, düşüncede yoğun karmaşanın yaşandığı akut bir zihinsel fonksiyon bozukluğudur (Huang, 2018).

hastalıkların uluslararası sınıflandırıldığı ICD-10 cetvelinde (F13) maddesine tekabül etmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 1994: 58). Günümüzde halen uyku ilacı ve anksiyete bozukluklarına karşı en çok reçete edilen sedatif hipnotik etkiye sahip benzodiazepin bileşkelerinden oluşan ilaçlardan bazıları alprazolam (Xanax), lorazepam (Ativan), clonazepam (Klonopin) ve diazepam (Valium) gibi ilaçlardır (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 327).

Trankilizanlar: Birçok zihinsel bozuklukların tedavisinde yatıştırıcı ve rahatlatıcı etkiye sahip birkaç sınıf ilaç için kullanılan genel bir isimdir. Kimyasal yapılarında göre, benzodiazepin, propandiol dikarbamat, difenilmetan, siklopirolon türevleri ve diğer bileşikler şeklinde sınıflandırılır (Çalış, 2019). Sedatif hipnotik maddeler ile benzer etkileri yapmakla birlikte onlardan farklı olarak (yüksek dozda kullanım hariç olmak üzere) bilinç ve düşünme fonksiyonlarına herhangi bir yavaşlatma etkisinde bulunmamaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 1994: 62). Coon ve Mitterer'den aktaran Işık; trankilizanların alkol ile birlikte alınması durumunda komaya hatta ölüme sebep olabileceğini belirtmektedir. Yaygın olarak suistimal edilen trankilizan türü ilaçlar; benzodiazepinler (Halcion), diazepamlar (Diazem), klordiazepoksitler (Librium) ve meprobamatlardır. Bu madde çoğunlukla diğer eroin ve diğer opiyatlar, kokain, amfetamin ve alkolün etkisini artırmak için veya yoksunluk etkilerini azaltmak üzere kötüye kullanılmaktadır. Bununla birlikte kokain, amfetamin ve ekstazi gibi uyarıcıların uyarıcı etkilerini baskılamak suretiyle doz artırımı için bağımlılar tarafından da adeta bir regülatör olarak kullanıldıkları bilinmektedir. Ülkemizde trankilizan türü ilaçlar yeşil reçete ile satılmaktadır (Işık, 2013: 34).

Şekil 3. Depresan İlaçların Alınan Dozaja Göre Etkileri



Kaynak: (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 327).

1.2.4.2. Merkezi sinir sistemini uyaran maddeler (Stimulanlar/Uyarıcılar):

Ruh halini yükselten, uyarıcı etkisiyle yorgunluğu ve uykuyu minimize eden etkiye sahip olan stimulanlar keyif amaçlı kullanıldığı kadar tıbbi gereksinimler için de kullanılmaktadırlar. Yasal ve sosyal durumlarına göre iki grupta sınıflandırmak

mümkündür: Kokain, amfetamin, metilfenidat ve benzeri bileşikler gibi üretimi, sunumu ve kullanımı konusunda kontrol gerektiren uyarıcılar çalışma konumuzu teşkil ederken diğer grup stimulanlar ise hemen herkesin kullanıcısı olduğu kafein, nikotin gibi birçok besin ürünlerinin de ihtiva ettiği maddelerdir (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 116). Bunlardan kokain, nikotin, kafein doğal olan uyarıcılar, amfetamin ve benzeri bileşikler ise doğal olmayan, sentetik uyarıcılarıdır. Tüm uyarıcıların yapılarına göre az veya çok benzer etkileri gösterdiklerini söylemek mümkündür. Her birinin uykuyu ve yorgunluğu azaltıcı, zindeliği ve performansı artırıcı vücudun doğal hormonu olan adrenalini artırıcı veya adrenalini taklit ederek vücuda aynı etkiyi yaşatan bileşiklerdir. Fizyolojik bu durumlara bağlı olarak insan, kişisel olduğu kadar sosyal olarak da kendini daha etkin, aktif ve özgüvenli hissedebilmekte, ilişkilerinin kalitesinde bir artış yaşayabilmektedir. Ne var ki tüm bu olumlu etkileri geçici ve etkilerin sona ermesi neticesinde baş ağrısı, endişe, uykusuzluk ve kilo kaybı gibi bedeller vücuda adeta fatura edildiği gibi bağımlılık ve bağımlılığın getirdiği olumsuzluklar da kaçınılmaz sonucu oluşturmaktadır (Işık, 2013: 36).

Kokain: 1800'lü yıllara kadar Avrupa'da bilinmeyen kokain, binlerce yıldır Güney Amerika yerlileri tarafından kullanılan bir maddedir. "Erythroxylum Coca" adı verilen kokain stimulan maddesi, bu bölgede doğal olarak yetişen koka ağacı veya çalı şeklindeki bitkinin yapraklarında doğal olarak bulunmaktadır. Güney Amerika'nın And Dağları tarafında bulunan Bolivya, Ekvador, kuzey Arjantin ve Peru bölgesindeki yerliler tarafından yaprakların çiğnenmesi suretiyle kullanılagelmiştir ve halen aynı şekilde tüketimi mevcuttur. İnkalar'ın da inanç ve sosyal yaşantılarında tıbbi amaçlı veya çalışma hayatında verimi artırmaya yönelik binlerce yıldır kullanılan koka bitkisi kendileri için büyük önem teşkil etmiştir. Yeme, içme ve istirahat gerektirmeksizin doğanın zorlu şartları ile başedebilmeleri için, Tanrılar tarafından kendilerine lütfedilen bir ürün olduğu inancını taşımaktaydılar. 16. yüzyılda İspanyollar İnkalar üzerinde hakimiyet kurduklarında, Katolik inancına aykırı buldukları kokain maddesini önce yasaklamışlar, sonrasında ise maden, tarım gibi ağır işlerde çalıştırdıkları yerlilerin iş güçlerinde meydana getirdiği artışın fark edilmesiyle tekrar kullanımına şartlı olarak izin vermişlerdir ve 48 saate kadar varan vardiyalarla sömürdükleri yerlileri istismardan kaçınmamışlardır. Hatta yaptırdıkları bedensel hizmetin ücret karşılığı olarak koka yaprağını kullanmışlar ama, ne bizzat kendileri kullanma yoluna, ne de Avrupa'ya kullanımını aşılama yoluna gitmemişlerdir (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 116).

16. yüzyılda Peru'dan İspanya'ya dönen Francisco Pizarro tarafından Avrupa'ya getirildiği düşünülen Koka bitkisi zamanla Avrupa'lının ilgisini çekmiş ve yapılan bilimsel çalışmalar neticesinde koka yaprağında %0.5 ila %1 arasında bulunan kokain maddesi 1880 yılında anestezi ilaç olarak özellikle göz ameliyatlarında ve kan damarını daraltması ve çalışılan bölgede kanamayı azaltması sebebiyle, özellikle burun ve boğaz bölgeleri gibi kanama yoğunluğunun bulunduğu bölgelerdeki farklı cerrahi girişimlerde lokal anestezi ilacı olarak kullanılmıştır (Petersen, 1977: 5).

Francisco Pizarro tarafından Peru'dan Avrupa'ya getirildiği düşünülen Koka bitkisi ancak iki yüzyıl sonra yani 1800'lü yıllarda avrupalıların dikkatini cezbetmiş ve çay ve kahve

gibi içeceklerde katkı maddesi olarak yerini almaya başlamıştır. Aynı zamanda İspanyol fizyoterapistler de terapatik olarak cilt düzensizliklerinde, soğuk algnlıklarında, astım rahatsızlığında, romatizma tedavisinde, larenjit denilen gırtlak ağrılarında ve diş ağrılarında koka bitkisini kullanmaya başlamışlardır. Netice itibariyle bu bitkiye olan ilginin ve talebin Avrupa’da artmasıyla birlikte Güney Amerika’dan getirilen koka bitkilerinin solması ve Avrupa ikliminin koka yetiştirmeye uygun olmaması sebebiyle bitkinin etken maddesi üzerine yoğunlaşmış ve nihayet 1885 yılında Friedrich Gaedcke isimli Alman kimyacı bitkinin damıtılması suretiyle ihtiva ettiği kokain maddesini elde etmeyi başarmış ve adına “Erythroxyline” demiştir. Gottingen Üniversitesi’nden Albert Nieiuann ve William Lossen de bulunan bu alkoloide geliştirerek ismine kokain demişler ve kimya alanında önemli gelişmeler kaydetmişlerdir (Petersen R. C., 1977: 20).

Psikanalizin babası olarak anılan Sigmund Freud da aynı dönemde kokain maddesine ilgi duymuş ve çalışmalarında yer vermiştir. “On Coca” isimli eseri ile bahse konu bitkinin tarihçesi, kullanımı ve etkileri hakkında detaylı bilgiler vermiştir. Terapatik kullanım amacıyla önerdiği kokaini yayınladığı listede maddeler halinde uyarıcı, mide hazımsızlık sorunları, kaşeksi tabir edilen belirli bir hastalığa bağlı olarak gelişen halsizlik, bitkinlik ve kilo kayıplarında, alkol ve morfin bağımlılığı tedavilerinde, astım tedavisinde, afrodisyak olarak ve lokal anestezi olarak kullanımını tavsiye etmiştir (Petersen R. C., 1977: 23). Morfin bağımlısı arkadaşı Ernst von Fleischl-Marxow’a da kokain reçete eden Freud, arkadaşının geçici olarak iyileşme belirtileri göstermesinin ardından Avrupa’nın bilinen ilk kokain bağımlısı olmasına sebep olmuş ve günümüzde de kokain yüksek doz etkisi olarak bilinen, paranoid şizofren ve karıncalanma sendromunu “formication syndrome” Avrupa’da tecrübe eden ilk kişi olmasına sebep olmuştur. Karıncalanma Sendromu olarak tabir edilen rahatsızlık, vücutta özellikle deri altında böceklerin veya yılanların gezindiği hissini ve halüsinasyonunu yaşıtan fizyolojik etkileri ile birlikte psikolojik bir rahatsızlıktır. 19. yüzyıl sonlarında kokain her hangi bir denetim ve kısıtlama bulunmaksızın, eczanelerde ve gıda sektöründe serbestçe satılabilmekte ve katkı maddesi olarak kullanılabilmektedir (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 119).

Musto’dan aktaran Petersen, başkaca katkılar ile birlikte kokain maddesi ihtiva eden meşhur ürünlerden birisi olan “Coca-Cola” meşrubat içeceğinin de diğer bazı meşrubatlarla birlikte 1886-1903 yılları arasında ortaya çıktığını bildirmektedir. Orjinalinde, 1886 yılında baş ve sinir ağrıları, histeri, bunalım gibi rahatsızlıklara karşı “beyin ilacı” olarak reklam edilen Coca-Cola daha sonraki yıllarda sadece meşrubat olarak sunulmuştur. 1903 yılında kokain konusunda yasal kısıtlamaların geleceğini öngören üretici, kokain ihtiva eden şurubun bu meşrubatın üretim aşamasından çekildiğini duyurmuştur. Buna rağmen koka bitkisinden elde ettiği bazı maddeleri kullanmaya devam etmiş ticaret faaliyetlerini hükümet baskılarına rağmen “Coca-Cola” ismiyle devam ettirmiştir. Nitekim 1920’li yıllarda beklenen yasal kısıtlamaların başlaması ve eroin, amfetamin türü daha ucuz maddelerin yaygınlaşmasıyla kokain kullanımında özellikle A.B.D.’nde önemli ölçüde düşüş görülse de 1970’li yıllarda sinema ve sanat dünyasında ünlülerin de çoğunlukla içinde bulunduğu zengin kesimin eğlence amaçlı kullanımıyla tekrar yaygın hale gelmiştir. 1980’li yıllarda ise “Crack” adı

verilen, hidroklorid formunda bulunan kokain tuzuna pişirme sodası (sodyum bikarbonat) ve su karıştırılarak elde edilen bileşiğin ısıtılıp tekrar soğutularak oluşan tabakanın küçük parçacıklar halinde kırılması ve kullanımı şeklinde yeni bir madde ortaya çıkmıştır. Görünüm itibarıyla küçük taş veya kaya parçacıklarına benzemesi sebebiyle, kaya anlamında kullanılan “Crack” ismi verilmiştir. “Baz” veya “Serbest baz” olarak da adlandırılmaktadır (Petersen R. C., 1977; Işık, 2013: 36-38).

Beyaz toz halde elde edilen kokain maddesi koka yapraklarından elde edilen macun ile hidroklorik asitin karışımı neticesinden elde edilen bir çeşit tuzdur. Bu sebeple suda eriyebilmekte ve damar yolu veya intranazal yolla burundan çekilerek kullanılmaktadır. Bu arada doz aşımı sebebiyle kokain ölümü vakaları intranazal kullanımlarda da sıklıkla görülmektedir. Bir çeşit tuz olması sebebiyle sigaraya sarılarak veya yakılarak tütün gibi içilmesi, tuzun yanarak yapısının bozulması sebebiyle mümkün değildir. Ancak ısıtılıp buharı teneffüs edilebilmektedir. Tütün gibi yakılarak içilebilmesi için içerisinde bulunan hidroklorik asitin ayrıştırılması gerekmektedir. Bu da, soda ve suyla karıştırılıp kaynatılmasıyla, suyun buharlaşması neticesinde arta kalan serbest baz halindeki madde ile mümkündür ve soğutulmasıyla elde edilen maddeye “Crack” denir. Crack, beyaz toz madde halinde bulunan kokain hidrokloride göre fiyatı daha ucuz ve kullanıcıya temini daha kolay olmakla birlikte, bağımlılık etkisi daha şiddetli olarak kendini göstermektedir (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 122).

Tablo 3. Kokain Formları ve Kullanım Yöntemleri

Kokain	Formu	Kullanım Yöntemi
Koka Yaprakları	Doğal bitki	Oral
Koka Macunu	Kokain Sulfat	Duman (tütün şeklinde) içim
Sokak Kokaini (beyaz toz)	Kokain hidroklorid	İntranazal, enjeksiyon
Crack	Serbestbaz kokain	Duman (tütün şeklinde) içim

Kaynak: (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 123).

Kokain maddesinin yaygın kullanım yöntemi intranazal yolla kullanımdır. Tekrarlı kullanımlar sebebiyle nazal yollarda tahriş, tıkanıklık veya burun akıntısına sebep olabilmektedir. Kokain maddesinin bu tali semptomları ile baş edebilmek için kullanıcılar genellikle soğuk algınlığına ve burun tıkanıklığına karşı geliştirilen ilaçlar ve burun spreylerini kullanma cihazına giderler. Bu durum zamanla kronik bir hal alır ve kokain bağımlısı burun spreyi olmadan rahat nefes alamamaya başlamaktadır. Damar yolu kullanımı ise, intranazal yöntem kadar yaygın olmasa da çok daha fazla tehlike arz eder kokain ölümlerinin çoğunluğu bu tür kullanımlarda görülmektedir. Nadiren eroin maddesi ile karıştırılıp kullanıldığı durumlar da mevcuttur. Kendi kendine tatbik edilen enjeksiyon

yönteminde hepatit ve başkaca enfeksiyonlara maruz kalınması ve ortak enjektör kullanımı sebebiyle farklı türde hastalıklara da maruz kalınması mümkündür ve kokain kullanımının tali semptomları arasında sayılmaktadır (Petersen C. R., 1977: 8).

Kokain sinir sistemini doğrudan uyaran bir stimulan olarak, ki bunu yukarıda Şekil 2.'de gösterilen sinaps eyleminde dopamin nörotransmitinin geri alımını ve sinir uçlarında katekolamin maddesinin geri alımını engelleyerek gerçekleştirmektedir, hiperaktivite, iştah azalması, stereotipik hareketler ve uyanıklık olarak işlev göstermektedir. Kullanım etkisi olarak, öfori denilen coşkunluk ve iyi hissetme hali oluşumu, iştah azalması, yorgunluk ve uyku gereksinimi azalması, cinsel duygu ve performansta artış, vücut enerjisinde artış, düşük dozlarda motor becerilerinde artış gibi olumlu etkilerinin yanı sıra, huzursuzluk, gerilim, anksiyete, ağır panik halleri, duygusal değişkenlik, şiddet, aşırı şüphecilik, işitme ve dokunma hüllüsinasyonları, konfüzyon olarak tabir edilen bilinç sislenmesi, depresyon, letarji, uyku bozuklukları, organik beyin sendromu, tremor, terleme, huzursuzluk, yüksek dozlarda motor becerilerinde azalma, epileptik nöbetler, bulantı, kusma, ateş ve kalpte aritmiler de olumsuz etkiler ve akut zehirlenme etkileri olarak ortaya çıkmaktadır. Kronik kullanım neticesinde ortaya çıkan psikotik bozukluklar ise paranoid düşünce, görme, işitme ve dokunma halüsinasyonları ki tipik olarak deri altında gezinen böceklerin dolaştığı hissi ile kaşıma ve tırmalama sonucu ciddi açık yaraların oluşmasına sebep olunmaktadır, değişken duygudurum, tekrarlayan kompulsif davranışlar, yoğun korkular ve paranoid düşünce, konuşmada artma ve çevresel veya teğet konuşma şekilleri olarak görülmektedir. Kokain kullanımı sonucu oluşan fiziksel ve ruhsal sorunlar, kardiovasküler tabir edilen çeşitli kalp ve damar hastalıkları, hipertansiyon, intrakranial (kafa içi kanamalar), aort diseksiyonu rupture olarak adlandırılan aort damarı yapısında bozulma ve yırtılmalar, aritmiler, organ iskemileri denilen beyine kan ve oksijen sağlayan damarların bloke olmaları durumu, miyokardit denilen kalp kası iltihaplanmaları, şok ve ani ölüm durumlarıdır. Merkezi sinir sistemi ile alakalı olarak ise baş ağrısı, nöbetler, geçici fokal nörolojik bozukluklar, sakatlık oluşturmaya yönü ile dünyada birinci sırada yer alan, beyin belirli bölgesinin bloklanması sebebiyle işlevsiz kaldığı serebrovasküler bozukluklar, zihinsel sorunlara yol açan toksik ensefalopati tabir edilen rahatsızlıklardır. Bununla birlikte solunum sisteminde ödem, solunum durması, pnömototaks tabir edilen akciğerin göğüs kafesi içerisine hava kaçırması suretiyle çökmesi gibi rahatsızlıklar ve ürogenital sistemde çocuk düşürme, plasenta ayrılması, hamilelikte plasenta previa denilen bebek eş kısmının bebek ile doğum kanalı arasına yerleşmesi, bebekte gecikmiş nörodavranışsal gelişim gibi rahatsızlıklar da kokain kullanımına bağlı olarak görülen sorunlardır. Enfeksiyonel ve metabolik bozukluklar olarak ise, AIDS, hepatit, tetanoz, yara botulizmi tabir edilen yara kültüründen kaynaklanan ölümcül toksiklenme, hipertermi ve rabdomiyoliz denilen kas dokusu hasarları sayılabilmektedir. Kokain kullanımının tüm bu doğrudan sebep olduğu etkileri yanı sıra, kokain kullanıcılarında yaygın olarak duygudurum bozukluğu, şizofreni, antisosyal kişilik bozukluğu da beraberinde görülmektedir. Kokain kullanımının bırakılması veya azaltılmasına müteakip yaklaşık 18 saat sonra ortaya çıkmaya başlayan ve 2 ila 4 gün arasında azami seviyeye çıkan yoksunluk belirtileri ise, depresif duygular, disforik duygu durumu, yorgunluk, canlı ve hoş olmayan rüyalar, uykusuzluk ya da aşırı

uyuma, anoreksi tabir edilen aşırı kilo kaybı sendromu, psikomotor yavaşlama ve ajistasyon gibi olumsuzluklardır. Depresif durum birkaç ay devam ettikten sonra madde alma isteğinin azalmasıyla birlikte düzelme görülür. Ancak daha sonra madde alma isteği tekrar artar ve bu döngü birkaç ay sürebilmektedir (Arıkan, 2012: 147-153).

Amfeteamin: 1887 yılında Romen kimyager Lazar Edelenau tarafından sentezlenen amfetaminler dekstroamfetamin, metamfetamin, metilamfetamin, metilfenidat, fenmetrazin, amfepramon, fenetilin ve methcathinone türü ilaçlardır ve ancak 1920’li yıllarda tıbbi uygulamaları geliştirilebilmiştir. 1932 yılında benzedrin isminde bir amfetamin sentezinin astım ve burun tıkanıklığına karşı eczanelerde sunulmaya başlamasıyla, amfetamin ve türevleri piyasada rahatlıkla bulunabilen maddeler haline gelmiştir. Diğer kullanım amaçları ise obezite, kontrolsüz uykuya dalma rahatsızlığı olarak bilinen narkolepsi ve dikkat ve hiperaktivitenin düzenlenmesi olarak sıralanmaktadır. İkinci Dünya Savaşı sırasında askerlerin amfetamin kullanmalarının neticesi olarak Japonya, İsveç ve Avrupa’nın diğer bölgelerinde amfetamin kötüye kullanımı yaygınlaşmıştır. 1914 yılında Amerika’da yürürlüğe giren “Harrison Narkotik Yasası” ile birlikte eroın ve kokain kullanımının kısıtlanması neticesinde amfetamin türü sentetik uyarıcılara karşı başlayan ilgi ve kullanım, 1960’lara kadar A.B.D.’nde tehdit olarak algılanmayan bir durum olarak değerlendirilmiştir. Ancak Freud’un morfin bağımlılığını kokain ile tedavi etmeye çalıştığı gibi, eroın ve morfin bağımlılığına karşı Amerika’da metamfetaminin reçete edilmeye başlanmasıyla birlikte, kullanıcı ve bağımlı sayısında bir patlama yaşanmış ve metamfetamin de dahil olmak üzere amfetamin türevleri yasal kısıtlamalar kapsamına alınmaya başlanmıştır (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 120).

Amfetaminler oral yolla, enjeksiyon yöntemiyle veya inhalasyon yöntemiyle sadece fizyolojik ve psikolojik olarak yükselmek için değil, uykuyu azaltmak ve dinç kalmak amacıyla öğrenciler ve uzun yol şöförleri gibi gruplar tarafından da kullanılmaktadır. Bununla birlikte iştah kesici olarak kullanımı da gerçekleştirmiştir. Tıbbi alanda kontrolsüz uyku hastalığı olarak bilinen narkolepsi tedavisinde ve hiperaktif çocukların rehabilitasyonunda halen kullanılmaya devam etmektedir. 1-2 mg.’lık küçük dozlarda alınan amfetamin, ağrı eşliğinde, dikkatte ve performansta artış ve yükselme etkisi, uyku ihtiyacında ve yorgunlukta ise azalma etkisi oluştururken, 5 mg.’lık tek doz amfetamin öforiye, kişinin duygusal ve fizyolojik performansında ciddi artışa neden olmaktadır. Düzenleyici amfetaminlerden bazıları; MDMA (3,4-metilendioksimetamfetamin) bilinen adıyla ecstasy, MDEA (N-etil-3,4-metilendioksiamfetamin), MMDA (5-metoksi-3,4-metilendioksiamfetamin) ve DOM (2,5-dimetoksi-4-metilamfetamin) türü maddelerdir. Amfetamin kullanımının kişi üzerindeki zehirlenme belirtileri; öfori, kendini büyük gösterme, aşırı hareketlilik, aşırı uyarılmışlık, konuşkanlık, stereotipik tekrarlayıcı davranışlar, görsel, işitsel ve taktıl (dokunma duygusu) halüsinasyon ve illüzyonlar, taşikardi veya bradikardi, kan basıncında yükselme ya da düşme, terleme veya titreme, bulantı ya da kusma, kilo kaybı, psikomotor ajitasyon ya da yavaşlama, kas zayıflığı, solunum zorluğu, göğüs ağrısı, kalp aritmileri, bilinç sislenmesi ve koma gibi belirtiler sayılabilmektedir. Amfetaminlerin kötüye kullanımı beyin damarlarında tıkanıklığa,

kalpte, sindirim, emilim ve boşaltım sistemlerinde çeşitli rahatsızlıklara, kalp krizine, şiddetli hipertansiyona sebep olabilmektedir. Yüksek doz amfetamin alımında ise, seğirme, kramp, sinir sisteminde işlev bozuklukları, koma ve ölüm gerçekleşebilmektedir. En hafif etkileri ise, yüz kızarması, solgunluk, tırnaklarda ve derinin belirli bölgelerinde morarma, baş ağrısı, ateş, taşikardi tabir edilen uykuda kalp atım hızının artması, çarpıntı, bulantı ve kusma, diş gıcırdatması, nefes daralması, kaslarda kısa süreli kasılma ve ses titremesi (tremor) ve yürüme, oturma gibi istemli hareketlerde dengesizlik ve sarhoşvari bir yürüyüş (ataksi) gibi sorunlardır. Bu tür fizyolojik etkileri yanı sıra, yerinde duramama, disfori, uykusuzluk, huzursuzluk, düşmanca duygular ve konfüzyon gibi psikolojik olumsuzluklarla birlikte, kronik anksiyete bozukluğu, panik, paranoid sanrılar ve halüsinasyonlar amfetamin kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan rahatsızlıklardır. Amfetamin kullanımının bırakılması veya azaltılması neticesinde ortaya çıkan yoksunluk belirtileri ise, diğer tüm maddelerde olduğu gibi kişinin bünyesine, kullanım süresi ve yoğunluğuna göre farklılık gösterebilmektedir. Bununla birlikte yoksunluk belirtileri 2 ila 4 gün arasında azami seviyeye ulaşp yaklaşık bir hafta içerisinde iyileşmektedir. En şiddetli yoksunluk belirtisi intihar düşüncesi veya davranışını tetikleyen depresyon hali olmakla birlikte, diğer belirtiler genel olarak, anksiyete, titreme, disfori, halsizlik, yorgunluk, canlı hoş olmayan rüyalar, baş ağrısı, terleme, kas krampları, mide krampları, iştah artışı, çökkünlük, uykusuzluk ya da aşırı uyku, psikomotor yavaşlama ya da ajitasyon olarak sayılmaktadır (Arıkan, 2012: 175-177; Işık, 2013: 40-41).

Flakka (Alpha-PVP): Metamfetamin, amfetamin, ecstasy ve kokain ile benzer etkiler gösteren, kristal formda, toz halinde, tablet veya kapsül şeklinde kullanıma sunulan, beyaz veya pembe renkli çok tehlikeli psikoaktif uyarıcı bir maddedir. Oral yolla, intranazal yolla buruna çekilerek, rektal yolla, enjeksiyon yöntemiyle damar yoluna veya elektronik sigara ile dumanı teneffüs edilerek kullanılmaktadır. Kimyasal adı *alpha-pyrrolidinovalerophenone* (*alfa-pirrolidinovalerofenon*) (α -PVP) olan, sokak ismiyle Flakka veya Gravel⁷ maddesi, Somali, Doğu Afrika ve Orta Doğu ülkelerinde yetişen Khat (*Catha edulis*) adı verilen bir bitkinin doğal alkaloidi olarak bulunan “katinon” psikoaktif maddesinden elde edilir. Bitkinin bulunduğu ülkelerde yaşayan yerli toplumların, Khat bitkisinin yapraklarını uyarıcı etkisi sebebiyle yüz yıllardır çiğneyerek tükettikleri bilinmektedir. α -PVP, katinon psikoaktif maddesinin ve pirrolidin maddesinin sentezlenmesi neticesinde oluşturulan sentetik uyarıcıdır (Desert Hope Treatment Center, 2018). 1960’lı yıllarda ilk kez kimyacı Dr. Wilhelm Heffe tarafından sentezlenen α -PVP maddesi 29 Mayıs 1963 tarihinde İsviçre-Bern’de “Dr. A. Wander AG” isimli kimya şirketinin talebi üzerine patent almasıyla kronik yorgunluğa karşı bir stimülan olarak satışa sunulsa da, olumsuz yan etkileri sebebiyle piyasadan çekilmiştir (U.S. Department of Commerce; Huestis, ve diğerleri, 2014).

⁷ Flakka ismi, İngilizce’de pul, parça, kar tanesi, tanecik gibi anlamları bulunan ve okunuş bakımından Flakka kelimesi ile benzerlik gösteren “flake” kelimesinden türediği değerlendirilmekte, Flakka maddesinin de kar tanecikleri şeklinde kullanımına sunulan formunun bulunduğu bildirilmektedir. Gravel kelimesi ise yine İngilizce’de çakıl, mucur anlamlarına gelmekte ve Flakka maddesinin benzer formlarda sunumundan esinlenildiği yönünde görüşler mevcuttur (Tanrıvere, 2018).

Yoğun olarak Çin ve Hindistan'da yasadışı veya merdiven altı tabir edilen üretim yöntemleri ile üretilen bazı örneklerinde kafein kullanılmaktadır ve şeker görünümü vermek için katkı maddesinde jelatin ve şeker kullanılabilir (Desert Hope Treatment Center, 2018). Kristal Aşk, Kartopu, Vanilla Sky, Okyanus Nefesi, Ateş Topu, Nakavt, Koko Jumbo gibi sokak isimleri de bulunan Flakka maddesi, kullanımdan 10-15 dakika sonra etkisini göstermekte ve yaklaşık bir buçuk saat sonra azami seviyeye ulaşmaktadır. Kullanımdan 4 ila 5 saat sonra ise etkileri geçmektedir (Demirel ve Denizbaşı, 2019; Rhonda, 2019; Expert Committee on Drug Dependence Thirty-seventh Meeting, 2015).

Amerika'nın özellikle Güney Florida eyaletinde, 2011 yılı itibariyle ciddi ölçüde kullanım yoğunluğuna ve kullanıma bağlı ilginç vakalara rastlanılmıştır (American Addiction Centers, 2019).

- Florida-Miami'de 26 Mayıs 2012 tarihinde Flakka etkisi altında bulunduğu düşünülen 31 yaşındaki Rudy Eugene isimli şahıs, 65 yaşında evsiz yaşlı bir adamın canlı-canlı yüzünü, alnını, burnunu ve gözlerini yerken polis tarafından vurularak etkisiz hale getirilmiş ve hayatını kaybetmiştir. 18 dakika içerisinde mağdurun yüzünün %75'ini yiyen şüpheli-maktulün toksikoloji raporunda maddeye rastlanılmadığı belirtilse de, yeni kimyasal yapıdaki sentezlerin tespitin mümkün olmadığı ve laboratuvarın bu konuda çaresiz kaldığı ve sorumluluk kabul etmediği belirtilmiştir (Staff, 2012).

- 15 Ağustos 2016 tarihinde Palm Beach-Florida'da 22 yaşındaki Austin Harrouff isimli bir şüphelinin babasıyla tartıştıktan sonra ayrı yaşayan annesinin evine gitmiş, Flakka maddesi kullandıktan sonra mutfakta sıvı yağ içmek gibi tuhaf hareketleri neticesinde annesi tarafından da dışarı kovulan şüpheli genç, civar semt sakinlerinden, zamanlarının çoğunu garajlarında geçiren 59 ve 53 yaşlarındaki bir çiftte burada saldırarak her ikisini de katletmiş ve çifti kurtarmaya çalışan komşularını da öldürmeye teşebbüs ederek yaralamıştır. Olay yerine intikal eden polisler şüpheli şahsı, öldürdüğü 59 yaşındaki erkek şahsın yüzünü yerken ve acayip hırlama sesleri çıkarırken müdahale etmişler ve şüpheliyi “yarı insan, yarı köpek” olarak tasvir etmişlerdir (Schladebeck, 2019).

- Yine Florida'da başka bir kullanıcı 32 yaşındaki Camille Balla isimli bir bayanın, Mart 2018 tarihinde annesinin gözlerini oyarak bir kutuya düzgünce yerleştirilmesi, göğsünü, karnını ve bacaklarını deşmek suretiyle annesinin ölümüne sebep olması (McCloskey, 2018).

- 2015 yılında Kenneth Crowder isimli Avustralya'lı 41 yaşındaki bir kullanıcının Melbourne'da Flakka etkisi altındayken yolda çıplak vaziyette koştuğu ve ağaç ile cinsel ilişkiye girmeye çalıştığı, polislerin müdahalede kullanmak zorunda kaldıkları elektroşok tabancası ile iki kez yüksek voltaja maruz kaldığı halde her iki seferinde de elektrotları üzerinden sökerek yaka iğnesi ile polisleri öldürmeye çalıştığı ve kendisinin “Thor” olduğunu iddia ederek direndiği bildirilmiştir (Hastings, 2015).

- İngiltere'de 2018 yılında Flakka etkisi altındaki bazı mahkumların canlı fare yemeleri (Knox, 2019) gibi olaylar dünya çapında infiale sebep olmuş ve Flakka maddesinin

kullanıcılarının maddeye karşı gelişen ortak tepkileri sebebiyle bu maddenin “Zombie Drug” yani “Zombi Hapı” olarak ünlenmesi neticesini doğurmuştur.

“Cannibalism” yani yamyamlık etkisine sebep olup-olmadığı yönündeki araştırmalar ve tartışmalar devam etmekle birlikte, güncel bilgiler ışığında Flakka kullanımı ile ilgili şu tespitler sayılmaktadır: Banyo tuzları (bath salts) veya katinon grubu olarak adlandırılan sentetik psikoaktif madde türevlerinden olan Flakka, *methylenedioxyprovalerone* (*metilendioksiprovaleron*) (MDPV) analoglarından olup, beynin dopamin ve norepinefrin nörotransmitleri üzerinde etki ederek kullanıcı üzerinde psikolojik ve fizyolojik kullanım etkilerine sebep olmaktadır. Sentetik Katinonlar, yasal psikoaktifler, banyo tuzları, bitki besinleri ve bitki gübresi, böcek ilacı, takı temizleyicisi veya kimyasal araştırma maddeleri olarak, çoğunlukla “insan tüketimine uygun değildir” ibaresi ile internet üzerinden veya açıktan rahatlıkla satışa sunulmaktadırlar (Expert Committee on Drug Dependence Thirty-seventh Meeting, 2015). Bilinen ilk kötüye kullanılan sentetik katinon maddesi, 1990’lı yıllarda “Methcathinone” maddesidir. Müteakiben mephedrone, 3,4-methylenedioxyprovalerone (MDPV) ve diğerleri olarak kötüye kullanılan sentetik katinon maddeleri kayda geçmiştir (Huestis, ve diğerleri, 2014). 2012 yılının Temmuz ayında A.B.D. “Sentetik Maddelerin Kötüye Kullanımının Önlenmesi Yasası” (Synthetic Drug Abuse Prevention Act (SDAPA)) ile 15 çeşit sentetik kannabinoid ve 9 çeşit halüsinojen madde çeşitlerini ismen sayılmakla birlikte listeye dahil etmiş, mephedrone ve MDPV maddelerini de sentetik katinon grubuna, yüksek önem derecesinde yasaklı maddeler tablosunda (Schedule I) methylone maddesine ilaveten yer vermiştir. Flakka, yani *Alpha-Pyrrolidinovalerophenone* (α -PVP) maddesi ise 28 Ocak 2014 tarihinden geçerli aynı listeye dahil edilmiştir (Drug Enforcement Administration (DEA), 2017). Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (UNODC), Psikoaktif Maddeler Komisyonu ise, 13 Mart 2015 tarihinde gerçekleştirdiği toplantı ile MDPV maddesi ve türevlerini, kontrol altına alınması gereken tehlikeli psikotrop maddeler tablosuna (Schedule II) 58/12 sayılı karar ile eklemiştir (UNODC, 2015).

Kullanım etkileri bakımından Flakkanın da dahil olduğu katinon grubu maddelerin yani banyo tuzlarının, beyindeki dopamin salınımını uyardığı ve merkezi sinir sisteminde epinefrin, norepinefrin ve serotonin nörotransmitlerinin, ki bu nörotransmitler saldırganlık, duygu durumları ve kavrama açısından önemli işlevlere sahiptirler, geri alımını bloke ettiği bildirilmektedir. Katinonlar, hidrofobik molekül yapıları itibarıyla hücre zarlarını ve beyindeki kan bariyerlerini kolaylıkla geçerek “savaşçı gen” olarak adlandırılan ve bahse konu nörotransmitlerin aşırı birikimini önlemek için bunları yıkmakla görevli olan Monoamin oksidaz (MAO-A) geni ile etkileşime geçer ve bu genin nöronlararası sinaps eylemindeki düzenleyici işlevini bozmaktadırlar (Gümüş, 2017). Yasadışı üretimi ve farklı katkılarla üretilmesi sebebiyle üretim standartının bulunmaması, Flakka maddesi kullanıcılarını kolaylıkla beklenmedik doz aşımına maruz bırakmaktadır. Öfori, konuşkanlık, konsantrasyon, seksüel aktivitede artış ve olumlu duygu durum gibi etkileri için kullanılan madde, en düşük dozlarda bile günler süren doz aşım etkilerine sebep olabilmektedir. Flakka maddesi ayrıca, kullanıcının karşılaştığı heyecan, korku, öfke veya benzeri duygu durumlarına sebep olan olaylara karşı verdiği

fizyolojik tepkiler, yani sempatik sinir sistemi aktivasyonu, deliriuma sebep olmaktadır ve bu durum kullanıcının zihinsel statüsünde değişikliklere neden olmakta ve doz aşımında da yaşanan tuhaf davranışlar, anksiyete, ajitasyon, şiddetli duygu patlamaları, karışıklık, ani ve ardışık kas kasılmaları ve nöbetler görülebilmektedir (Crespi, 2016: 1; Demirel ve Denizbaşı, 2019; American Addiction Centers, 2019). Flakka kaynaklı vakalardaki kullanıcılarda görülen ortak kullanım etkileri, tuhaf davranışlar, aşırı psikomotor ajitasyon olarak tabir edilen, genel olarak çevrenin tutum ve davranışlarına da bağlı olarak davranışsal ve ruhsal heyecanlılık şeklinde ortaya çıkan tutarsız ve tepkisel davranış halleri, paranoya, insanüstü güç delüzyonu olarak adlandırılan gerçeğe uygun olmayan sanrı veya heyezan durumu olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte, kalp atış hızında artış, delirium, halüsinasyon, genellikle çevresindeki insanların kendisini öldürmek istediği şeklinde ortaya çıkan paranoya, ki kullanıcının kendisi ve yardım etmeye çalışanlar açısından önemli riskler ve istenmeyen sonuçlara sebep olmaktadır, vücut ısısında ani ve önemli ölçüde değişimler, terleme ve henüz tam olarak bilimsel bir ispata dayandırılmasa da kannibalizm gibi semptomları mevcuttur (Kocaoğlu, 2019). Ayrıca özellikle karaciğer ve böbrek başta olmak üzere iç organların iflasına sebep olduğu bildirilmektedir (Rhonda, 2019).

Ecstasy (Ekstazi): Orta derecede halüsinojen etkiye sahip uyarıcı sentetik bir madde olan Ecstasy kısaca MDMA (3,4-metilendioksimetamfetamin) olarak bilinir ve yapı itibariyle amfetamin grubunda yer almaktadır. İlk kez 1912 yılında Alman kimyacı Anton Köllisch tarafından sentezlenerek kullanıma sunulmuştur. 1976 yılına kadar çok ilgi görmeyen ecstasy maddesi Amerikalı kimyacı Alexander Shdulgin tarafından tekrar sentezlenip psikoaktif etkileri raporlanınca kullanımında patlama yaşanmıştır (Işık, 2013: 41-43). Kapsül ve farklı renk ve şekillerde tablet olarak üretilen ecstasy, oral yolla kullanılır ve yaklaşık olarak 20 ila 60 dakika içerisinde etkisini göstermeye başlar. Diğer stimulanlarda olduğu gibi öfori, enerjiyi artırma ve kişinin kendisini iyi hissetme etkileri sebebiyle tercih edilmektedir. Birincil etkisi yaklaşık olarak 5 saat sürmekte olup bu süre içerisinde oluşturduğu diğer etkileri ağız kuruluğu, terleme, konsantrasyon bozukluğu, baş dönmesi, görme bulanıklığı, kaşıntı ve üşüme duygusu olarak sıralanmaktadır. Ertesi günde de birincil etkileri hafif derecede görülebilmektedir. Bundan sonrasında oluşan yan etkileri ise; huzursuzluk, depresyon, uykusuzluk, halüsinasyon ve paranoid düşünceler olarak kendini göstermektedir. Yüksek doz alımında ise yine paranoid psikoz, diyare, epileptik nöbetler, görmenin azalması veya sonlanması sonucunu doğurabilecek nistagmus tabir edilen istemsiz göz hareketlerinin yaşandığı rahatsızlık, böbrek yetmezliği ve kardiyovasküler olarak sayılabilmektedir. (Arıkan, 2012: 173). Ecstasy bağımlıları, maddenin beyinde bulunan serotinin maddesinin tamamını salgılatması sebebiyle oluşan zindelik ve mutluluk duygusundan sonra, serotinin eksikliğine ve aşırı su kaybına mütevellit ağır depresyon, kalp atışında bozulma, hipertansiyon, kısa dönem hafıza kaybı ve acı eşliğinde yükselme gibi etkilere maruz kalırlar (AMATEM, 2007). Geçmişte psikiyatrik tedavilerde kullanılmış olan ecstasy günümüzde tıbbi kullanımı çok nadiren terapötik kullanım haricinde bulunmamaktadır. Toz halinde bulunan formları intranazal yolla, teneffüs etmek suretiyle ve enjeksiyon yöntemiyle yaygın olamamakla birlikte

kullanılabilmektedir (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA), 2008).

Captagon: Psiko-stimulan (uyarıcı) etkili bir ilaç olan kimyasal ismiyle Fenethylline (Fenetilin) (*7-(2-a-metilfenil-aminoetil)-teofilin*), amfetaminoetilteofilin veya amfetilin, aslında başka bir amfetamin türü madde olup %24.5 amfetamin ve %13.7 oranında teofilin bileşenlerinden elde edilerek Captagon, Biocapton ve Fitton ticari isimleriyle piyasaya sürülmüştür (Al-Imam, ve diğerleri, 2017). Friedrich Ernst Roessler isimli Alman bir girişimcinin kurucusu olduğu “DegussaAG” ismiyle faaliyet gösteren bir şirket tarafından 1961 yılında ilk kez Fenetilin maddesi sentezlenerek piyasaya sürülmüş, 1960’lı ve 1970’li yıllarda çocukların dikkat eksikliği, narkolepsi ve depresyon gibi rahatsızlıkların tedavilerinde A.B.D. haricinde kullanılmıştır (Reference for Business, 2019; Al-Imam, ve diğerleri, 2017). Kullanım etkisi ve yan etkileri diğer amfetamin türü maddelere benzer olmakla birlikte, farklı olarak kan basıncında yükselmeye sebep olamaması kullanıcılar tarafından bir avantaj olarak değerlendirilmektedir. 1970’li yıllar itibariyle kötüye kullanımı başlayıp yaygınlaşması neticesinde fenetilin etken maddesi içeren tüm ilaçların üretimi, satışı ve kullanımı yasaklanmıştır. Bununla birlikte, diğer amfetamin türlerine göre kolay sentezlenen bahse konu maddenin yasadışı üretimi devam etmektedir. Captagon maddesi kullanımının kişi üzerinde öforik etkisi vardır. Kullanıcının öz güveni, cesareti, kişilerarası etkileşim heyecanı ve cinsel performansı artar, açlık ve yorgunluk hissi azalır, kan basıncında ve tansiyonda yükselme meydana gelir (Işık, 2013: 43, 44). Kullanımdan kaynaklanan olumsuz etkileri ise psikoz, görsel duyu bozuklukları ve halüsinojenler, akut kalp yetmezliği, kalp krizi ve epileptik rahatsızlıklar olarak sıralanmaktadır (Al-Imam, ve diğerleri, 2017). Diğer amfetamin türü maddelerde olduğu gibi Captagon’un da psikolojik bağımlılık yaptığı bilinmekle beraber fiziksel bağımlılık yaptığı konusunda tezat görüşler mevcuttur. Kullanım alanı çoğunlukla Ortadoğu, Arap ülkeleri ve Kuzey Afrika ülkeleri olarak bilinmektedir (Işık, 2013: 45).

1.2.4.3. Hayal gösteren maddeler (Halüsinojenler):

Algıda, düşüncede ve duylarda değişiklik yapma etkisine sahip kimyasal ajanlardır. Bellekte ve bilinçaltında bulunan bilgileri hafızaya hatırlatmak suretiyle “flashback” tabir edilen, gerçekmişcesine yeniden yaşama etkisini gösterdiği gibi, görsel, işitsel ve duysal yanılgılara da sebep olmaktadır. Halüsinojen etkisi altında bulunan kişi, gerçek olmayan görüntü ve sesleri görüp duyduğu yanılgısına düştüğünden, bu maddelere “hayal gösterenler” de denilmektedir. Bununla birlikte gerçeği algılamada yanılgılar ve sinestezi tabir edilen algının bozularak seslerin görülmesi, renklerin işitilmesi gibi etkileri de mevcuttur. Kullanıcı maruz kaldığı bu etkiler karşısında gerçeklikten uzaklaşmakta ve paranoid davranışlar sergilemektedir (Işık, 2013: 45).

Halüsinojen etki yapan kimyasal maddeler doğal olarak bulunabildiği gibi sentetik olarak laboratuvar ortamında da üretilebilmektedir. Lyserjid (*liserjik asit dietilamid*, LSD), *dimetiltriptamin* (DMT), psilocybin, meskalin, tenamfetamin (*3,4-metilenendioksiamfetamin*, MDA), *3,4-metilenendioksietamfetamin* (MDMA veya ecstasy) ve pensiklidin (PCP) gibi maddeler bazılarına örnek olarak gösterilebilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). Bilindiği kadarıyla 90’dan fazla doğal olarak yetişen bitki ve çok

daha fazla sentetik halüsinojen bulunmaktadır. Doğal ve doğal olmayan tüm halüsinojen maddeler çok farklı kimyasal yapılarına rağmen aslında beyinde bulunan serotoninin üzerindeki fonksiyonları sebebiyle benzer etkilere sebep olmaktadırlar. Basite indirgemek üzere, eylem mekanizmalarına ve temel etkilerine göre dört grupta sınıflandırılmaları mümkündür: Birinci ve en önemli halüsinojen grubu serotonerjik gruptur ki, bu kategoriye LSD ve LSD-benzeri meskalin ve psilosibin girmektedir. İkinci grup olarak ise, metillenmiş amfetaminler yani MDA ve MDMA (ecstasy) sayılabilir. Potansiyel olarak serotonerjik sisteme etkileri bulunmakla birlikte dopamin, norepinefrin ve serotoninin sinaps üzerinde de fonksiyonları bulunmaktadır. Üçüncü grup antikolinerjik halüsinojenlerdir ve ademetu, banotu, güzelavrat otu ve şeytan elması gibi bitkilerde bulunan atropin ve scopolamin maddeler bunlara örnek verilebilmektedir. Beyinde kolinerjik sinaps üzerinde etkilerini gösterirler. Dördüncü grup pensiklidin (PCP) veya melek tozu ve ilgili bileşikler olarak ketaminlerdir. Beyinde glutamat nörotransmitlerinin aktivitesi üzerinde etkili olduğu düşünülen bu grup kullanıcıyı yarı bilinçli bıraktığından cerrahi anestezi kabiliyeti kabul edilmiştir ve dissosyatif anestezik olarak adlandırılmaktadırlar. Son olarak ise istisnai sayılabilecek bir halüsinojen ise Salvia divinorum adı verilen yine Meksika bölgesinde yetişen bir bitkiden elde edilen “salvinorin A” maddesidir ki son on yıl öncesine kadar tam olarak etkileri hakkında bilgi bulunmamaktadır. İstisna olarak ele alınmasının sebebi ise diğer tüm halüsinojenlere göre beyinde çok farklı bir işlev yoluyla halüsinojen etki meydana getirmesindendir. Kappa reseptörleri olarak bilinen özel opiyat reseptörlerini etkilediğinden kappa halüsinojen olarak da sınıflandırılmaktadır (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 285).

Birçoğu oral yolla kullanılmakta ise de DMT intranazal yolla veya dumanı teneffüs edilmek suretiyle tüketilmektedir. Kullanımı genel olarak episodik yani olay veya kutlama kaynaklı olup kronik ve sık kullanımı nadiren görülmektedir. Etkileri kullanımdan yaklaşık olarak 20-30 dakika içerisinde görülmekte ve göz bebeklerinin büyümesi, kan basıncında artış, kalp atış ritminde düzensizlik, vücut kaslarında kasılma ve seste titreme, reflekslerde düşüş ve hayal görme ile birlikte seyreden öfori, karmaşık duygu değişimleri, algı bozukluğu, sınır tanımama ve evren ile bütünleşme duygusu gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Düzenli kullanım neticesinde ortaya çıkan olumsuz etkileri ise; “bad trip” olarak tabir edilen psikolojik ve fiziksel etkiler ki; psikolojik olarak kontrolsüz duygu durumu, acayip ve korkutucu halüsinasyonlar, çıldırma ve ölüm korkusu, çaresizlik duygusu ve intihar düşünceleri, fiziksel olarak ise, terleme, kalp çarpıntısı, bulantı ve parestezi olarak tabir edilen uyuşma, karıncalanma veya yanma hissi gibi duysal bozukluklardır. Düzenli kullanımla birlikte ortaya çıkan diğer olumsuzluklar, geçmişteki olayları yeniden yaşama, genellikle bad trip sonrası görülen kuruntu, kullanıcının gerçekte ilişkili olduğunu düşündüğü algısal bozukluklar ki genellikle bir veya iki gün sürmekle birlikte kalıcı olduğu durumlar da mevcuttur, anksiyete, depresyon veya kullanımdan hemen sonra görülen ve 24 saatten fazla süren cinnet hali. Kullanıcıda beyninin hasar görmüş olduğu ve bir daha azla iyileşemeyeceği düşüncesi oluşmaktadır. Halüsinojenler bazı psikoterapilerde kullanılmış olup bu yöndeki kullanımı hukuksal olarak kısıtlanmış veya yasaklanmış bulunmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 1994: 39).

Esrar: “Cannabis sativa” adı verilen hint keneviri bitkisinden elde edilen psioktaif maddedir. Dış ülkelerde “marijuana” diye adlandırılmaktadır ve bu terimin ucuz tütün anlamına gelen Meksika dilinden türediği veya Portekizcede sarhoşluk anlamında kullanılan “mariguango” kelimesinden türediği yönünde görüşler mevcuttur. Yabancılar, cannabis sativa bitkisinin kurutulmuş yapraklarından, tohumlarından ve bitki sapından elde edilen esrar maddesini marijuana olarak isimlendirirken, sadece olgunlaşmış dişi kenevirin tepesinde oluşan çiçeklenmenin güneş, rüzgar gibi etmenlere karşı doğal savunma mekanizması olarak oluşturduğu reçine tozundan elde edilen psikoaktif “kannabinoid” sınıfı bileşik maddeyi, Arapça “Ot” anlamına gelen “haşiş” (hashish) olarak adlandırmaktadırlar. Ülkemizde “Kubar” olarak isimlendirilmektedir. Hashish psikoaktif olarak marijuanaya göre daha aktiftir (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 255; Demirhan, 1979: 36).

Çalışmada “Tarihsel Süreç” başlığı altında tarihçesi hakkında bilgi verilen esrar maddesi, Osmanlı döneminde de yaygın bir şekilde kullanılmış ve münhasıren alt kültür oluşumuna sebep olmuştur. Osmanlı’da eğlence, kültür ve sosyal yaşantı hakkında bilgi veren çalışmalarda, hatırat ve seyahatnamelerde Esnaf, Yeniçeri, Aşık, Tulumbacı Kahvehaneleri gibi farklı toplumsal grupların boş zaman ve eğlence mekanları olarak işletilen yerlerin yanında, ayak takımı veya berduş olarak tabir edilen alt sınıf toplumsal gruplar da, madde kullanımı, kumar, mezat gibi kendilerine özgü eğlence anlayışlarını yaşayabildikleri Esrarkeş, Beyler, Aşçılar, Dominocular, Kumar, Damacı, Kuşbaz, Balıkçı, Köçek, Hayalci, Horozcu, Pehlivan, Defneci ve Uşaklar Kahvehaneleri gibi işletilen mekanlarda sosyalleştiklerine değinilmektedir (Demir, 2018: 39). “Esnaf-ı Bengiciyan”⁸ adı verilen bir esnaf sınıfı da, 1864 yılında “Attarlar ve Kökçüler Nizamnamesi” ile getirilen yasaklamaya kadar, esrar ihtiva eden farklı maddeleri Tiryakiler Çarşısı olarak adlandırılan çarşıdaki dükkanlarında imal edip satışını gerçekleştirdikleri bilinmektedir (Baytop, 1995: 3). Bilinen kullanım yöntemleri ise, sigara şeklinde sarmak suretiyle veya nargile ve benzeri yöntemlerle, özel çubuklarla içilen yöntemlerdir. Bazı dönemlerde idamla cezalandırılan esrar kullanımı, Osmanlı döneminden günümüze kadarki süreç içerisinde de tamamen engellenememiştir (Işık, 2013: 59). Bir kağıt ve tekstil ürünü olarak sanayide, besin olarak, eczacılıkta ve doğa için önemli bir bitki olan kenevir 12 Haziran 1932 tarihinde çıkarılan “2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakebesi Hakkında Kanun” ile 1912 Lahey Protokolü, 1925 ve 1933 Cenevre Uyuşturucu Maddeler Sözleşmeleri’nin gereği olarak, sayılan diğer psikoaktif maddeler ile birlikte esrar maddesinin de üretimi, ticareti ve kullanımı hukuki müeyyidelere bağlanarak yasaklanmıştır (Işık, 2013: 61).

Uluslararası anlaşmalar gereği, toplum sağlığını korumak amacıyla kenevir üretiminin yasaklanması, aslında hem doğal yaşantımızda hem de endüstriyel olarak önemli bir eksiklik oluşturduğu düşüncesi yeni yeni ülkemizde yer bulmaktadır. Kenevirin bilinen faydalarının yanısıra günümüz teknolojisinde tespit edilen muhtemel kullanım alanları

⁸ “Benk” kelimesi edebiyat dilimize “esrar” anlamında geçmiştir ve esrar maddesini satanlara ise Benkçiyan denilmektedir (Demirhan, 1979: 36).

sebebiyle kenevir yetiştiriciliği tekrar gündeme gelmiştir. 29 Eylül 2016 tarihinde yürürlüğe giren “Kenevir Yetiştiriciliği ve Kontrolü Hakkındaki Yönetmelik” ile birlikte 19 ilimizde kontrollü kenevir yetiştiriciliğine izin verilmekte ve izinli ve izinsiz kenevir üretimi ile alakalı usul ve esaslar düzenlenmektedir. Bu minvalde kenevir bitkisinin hayatımızda teşkil ettiği öneme de kısaca değinmekte fayda görülmektedir: Dört ay gibi kısa bir sürede yetişen kenevir bitkisi yüksek oranda oksijen üretme özelliği olan bir bitkidir. Kıyaslama yapmak gerekirse 1 dönüm kenevir bitkisinin ürettiği oksijen miktarının 20 ila 50 yıl arasında yetişmiş yaklaşık 25 dönümlük ormanın ürettiği oksijen miktarına eşit olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde kenevirden imal edilen kağıdın 8 kez kağıda geri dönüştürülmesi mümkün iken, mevcut kağıt üretimiyle geri dönüşüm ancak 3 kez sağlanabilmekte ve plastik üretiminde de kullanılmasıyla doğa dostu geri dönüşümü mümkün kılabilenmektedir. Bununla birlikte bir dönüm kenevirden üretilen kağıt miktarı ancak 4 dönüm ağaçtan temin edilebilmektedir. Radyasyonu önemli ölçüde absorbe etme özelliğine sahip olması, röntgen gibi tıbbi görüntüleme yöntemleri ve kemoterapi gibi tedavi uygulamalarından kaynaklanan olumsuzlukların ortadan kaldırılmasına yönelik yeni kullanım alanları bulmakta, sara, kalp, uykusuzluk, mide rahatsızlıkları, astım, romatizma, omurga rahatsızlıkları ve bazı psikolojik rahatsızlıklar gibi 250 den fazla rahatsızlıkların tedavisinde kullanılmaktadır. Suyu kirletme özelliği bulunmayan kenevir suyunun sabun ve kozmetik üretiminde kullanılması da yine doğayı kirletmemek amacına sunulan bir avantaj olarak görülmektedir. İnşaat sektöründe yalıtım malzemesi, otomotivde 10 kat daha dayanıklı araç imal edilmesinde, tekstil ürünlerinde (ilk üretilen Kanvas ibareli pantolonların kenevirden yapıldığı bilinmektedir), savunma sanayinde zırh üretiminde ve daha bir çok alanda tohumu, lifleri, kökü ve yaprakları ile elli bin çeşit sanayi malının üretiminde kompozit sanayi ürünü olarak kullanma imkanı bulunmaktadır. İçerdiği protein ve yağ asitleri ile insanların gıda ürünü olabildiği gibi, hayvancılıkta hayvan yemi olarak kullanılmasıyla hormon takviyesine ihtiyaç duyulmadan etkili bir hayvan gelişimi sağlamaktadır. Kenevir bitkisinin böcekleri ve zararlıları uzaklaştırma özelliğinin tarım ilacı üretimini de yok etmeye muktedir olduğu yönünde görüşler mevcuttur (KOSGEB, 2019).

Esrar maddesi, halüsinojen etkiye sahip olmakla birlikte, kullanıcıya ve maddenin kullanımına bağlı olarak uyuşturucu ve uyarıcı etkiler de gösterebilmekte ve merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerine göre yapılan sınıflandırmalarda farklı kaynaklarda farklı kategorilerde yer almaktadır. Öyle ki, uyuşturucu, uyarıcı ve hayal gösterenler ile birlikte dördüncü özel bir sınıflamada yer aldığı da birçok kaynakta görülebilmektedir (Işık, 2013: 51). En güçlü psikoaktif etken maddesi *tetrahidrokannabinol* (THC) *delta-9* izomeri olmakla birlikte elli kadar kannabinoid sınıfı bileşik, kenevir reçinesinden elde edilebilmektedir ve esrar maddesinin 421 farklı kimyasal madde içerdiği bilinmektedir (Uluğ ve Gürel, 2011: 141; Baytop, 1995: 2). Bunlardan bazıları THC psikoaktif maddesini düzenleyen veya etkisini bloke eden veya azaltan kannabinoidlerdir. Kannabidiol “*Cannabidiol*”(CBD) maddesi bunlara örnek verilebilmektedir. Bitkinin doğal olarak yetiştiği ortamda, bitkinin genetik yapısı, büyüme ortamı özellikle yeterince ışık alıp-almaması, hasat edilme zamanı, bitkinin hangi bölümünün kullanıldığı, kurutma ve muhafaza etme aşamalarını da içeren, çevresel, yapısal ve başkaca faktörlere bağlı

olarak THC ve diğer kannabinoid maddelerin yoğunlukları farklı olacağından, her bitkinin psikoaktif etkisi farklı potansiyelde olabilmektedir. Bu noktada elde edilen psikoaktif etkinin şiddetine göre esrar maddesini, doğal kannabinoid sentezleri olarak kabaca üç grupta sınıflandırmak mümkündür: 1- Yüksek Potensiyel: “Indoor-grown” tabir edilen sera tipi kapalı alanda solar yöntemle gübresiz olarak yetiştirilen kenevir bitkilerinde THC etken maddesi yüksek ve CBD maddesi çok düşük seviyelerde veya hiç bulunmamaktadır. “**Skunk**”⁹ bu yöntemle örnek gösterilebilmektedir. 2- Düşük Potensiyel: Dış ortamda doğal şartlarda yetiştirildikten sonra kurutulan bitkisel yapraklar, çim ve otları. 3- Genellikle belli yöntemlerle ısıtılıp, ince tabakalar halinde sıkıştırılmış veya kompreslenerek macun haline getirilen bitki reçine ve yaprakları. Sayılan bu sınıflandırmada THC oranları sırasıyla en yüksek Skunk maddesinde yaklaşık %15 olarak, ikinci sıradaki grupta yaklaşık %9 civarında ve son kategoride ise yaklaşık %5 civarında bulunduğu bildirilmektedir (Freeman ve Winstock, 2015).

Iversen ve Arsenault’dan aktaran Işık’a göre; yaygın olarak esrar maddesinin fiziksel bağımlılık yapmadığı, sadece psikolojik bağımlılık yaptığı görüşü bulunmakla birlikte birçok kaynak aksine görüş bildirmektedir. Kullanım etkileri, yoksunluk belirtileri ve bağımlılık sendromu diğer psikoaktif maddelere nazaran daha hafif olduğu yönünde görüşler mevcuttur. Bu düşüncelerle çoğunlukla daha güçlü diğer psikoaktif madde kullanımına geçiş maddesi olarak kullanıldığı bilinmektedir (Işık, 2013: 55,56; Uluğ ve Gürel, 2011: 143).

Esrar kullanımı, reçinesi suda çözünmediğinden dolayı damar yolu ile kullanılmamaktadır ve geçmişte yapraklarının çiğnenmesi veya reçinesinin ve çiçeklerinin oral yolla alınması gibi tüketim yöntemlerine farklı coğrafyalarda nadiren rastlanılmıştır. Bununla birlikte dünyada yaygın kullanımı, sigara/tütün sarmak şeklinde bazen tütüne karıştırılarak veya nargile gibi benzeri şekillerde yakılarak dumanının teneffüs edilmesiyle kullanılmaktadır (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 265). Dumanın teneffüs edilmesine müteakip 10 ila 30 dakika içerisinde başlayan kullanım etkileri, yine kullanıcının ve kullanım tipine göre değişkenlik göstermekle beraber, yaklaşık olarak üç saat kadar sürebilmektedir. Kullanım etkisi, öfori, rüyadaymış gibi rahatlama, gevşeme, ağız kuruluğu, taşikardi, iştah artışı, zaman, renk ve ses algılarında bozulma, örneğin üç-beş dakikalık bir zaman diliminin saatler sürüyormuş gibi hissedilmesi, renklerin ve seslerin daha net algılanması, küçük uyaranlarla birlikte gülme ve kahkaha eylemleri gibi etkiler olarak sayılabilir. Kullanım neticesinde panik, korku ve kuşku hali, anksiyete, ataksi, kalp atış hızı ve kan basıncında artışa rağmen düşük tansiyon, paranoid ve psikoz ortaya çıkabilmekte ve üç güne kadar sürebildiği durumlar görülmekte, bağımlılıkta ise aynı etkiler kronik olarak yaşanabilmektedir. Esrar kullanımının birden bırakılması veya önemli miktarda

⁹ “**Skunk**” İngilizce’de “kokarca” anlamına gelmektedir ve maddenin kötü kokması sebebiyle bu şekilde isimlendirilmiştir. Cannabis sativa tohumlarının %75’i ile Cannabis indica adı verilen farklı bir çeşit kenevir bitkisinin tohumlarının %25’nin melezlenmesi ile kapalı ortamlarda yetiştirilen ve THC etken maddesi yönünden zengin ve CBD madde yoğunluğu çok düşük seviyelerde olan bir hibrittir. Bu sebeple doğal olarak yetişen kenevirden elde edilen esrar maddesine oranla 10-15 kat daha fazla psikoaktif etkiye ve bağılı olarak semptomlara sahiptir (Noyan ve Nurmedov, 2016).

azaltılması neticesinde, 3 ila 12 saat zaman aralığında ortaya çıkan ve iki gün içerisinde azami seviyede yaşanıp beş gün civarında süren yoksunluk belirtileri ise, anksiyete, huzursuzluk, uykusuzluk gibi ruhsal bozukluklarla birlikte, aşırı kilo kaybı, iştahsızlık, ellerde titreme gibi belirtiler sayılabilir. Esrar kullanımına başlama yaşıyla ilintili olarak, değişen oranlarda esrar kullanımına bağlı olarak gelişen şizofren vakaları da tespit edilen faktörlerden bir tanesidir (Uluğ ve Gürel, 2011: 144). Esrar kullanımından kaynaklanan rahatsızlıkların semptomları, hastalıkların sınıflandırıldığı uluslararası ICD-10 cetvelinde (F12) başlığı altında sıralanmaktadır (Dünya Sağlık Örgütü, 1994).

Sentetik Kannabinoidler: İlk kez Clemson Üniversitesi'nde Organik Kimya Profesörü olan John William Huffman tarafından 1995 yılında sentezlenen sentetik kannabinoidler, 2004 yılı itibarıyla bazı Avrupa ülkeleri başta olmak "Spice, Spice Silver, Spice Gold, Spice Diamond, Yucatan Fire, K2, Super Nova, Cloud9 ve Smoke" gibi isimlerle satışa sunulmuştur. Ülkemizde "**Bonzai**"¹⁰ olarak da bilinen bahse konu maddeler yasadışı olarak halen piyasada farklı marka isimleri ile özel tasarlanmış renkli ambalajlarda satılmaktadır. Organik esrar maddesinin etken maddesi olan *tetrahidrokannabinol* (THC) *delta 9 izomeri*'ni taklit eden 470'den fazla seride sentez gerçekleştiren Profesör John W. Huffman'ın, serisinde on sekizinci bileşik olması sebebiyle ismi "JWH-018" olarak da çalışmalarda yer bulmaktadır (Wang, 2010). Metanol naftalini olarak da bilinen sentetik kannabinoid maddeler aseton solvent veya yüksek dereceli alkollerde çözünerek elde edilen sıvı haldeki sentez, çoğunlukla "Damiana" türü yeşil çay bitkisi kurularının üzerine spreylenecek suretiyle imal edilerek satışa sunulmaktadırlar. Aşağıda belirtilen zararlı etkilerine rağmen kullanıcıların sentetik olarak laboratuvar ortamında imal edilen bu tür tehlikeli kimyasal maddeleri tercih etmelerinin sebebi ise, kannabis sativanın yani organik esrar maddesinin ülkelerinde yasaklanmış olması ve sentetik kannabinoid maddelerin kullanıldığının adli ve sağlık laboratuvarlarında tarama grubunda yer almamaları sebebiyle tespitinin mümkün olmaması olarak sıralanmaktadır (Rahn, 2014). Kolay sentezlenmesi sebebiyle yüzlerce farklı çeşitte kimyasal bileşik olarak ortaya çıkan ve piyasaya hızla giren bu maddelerin, kişi tarafından kullanılmış olduğunun tespitini mümkün kılmak için uluslararası ölçekte madde tanımlama çalışmaları da ilgili sektörlerce devam etmektedir. Bilimsel literatürde bulunmayan maddelerin hızla piyasaya sürülmesi, yeni maddelerin tespiti ve tanımlanması konusunda görev yapan Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi'ne ait Erken Uyarı Sistemi gibi sistemleri de zorlamaktadır. Bununla birlikte yeni maddelerin kimyasal yapısı açıklandıktan sonra saflaştırılarak sınıflandırılması sonrasında, ülkelerin yasadışı madde listelerine sokulması gibi hukuksal süreçler de oldukça zaman almaktadır (Efeoğlu Özşeker, ve diğerleri, 2017: 38).

Organik esrarın etken maddesi olan THC'den çok farklı kimyasal yapıya sahip bulunan sentetik kannabinoidler, insan vücudunda bulunan kannabinoid reseptörleri üzerinde, özellikle CB1 ve CB2 olarak adlandırılan endokannabinoid reseptörleri üzerinde THC'ye

¹⁰ Bonzai ismi, maddenin Japonya'da "Bonsai Association" yani Bonzai Üretici Birliği tarafından Bonzai bitkisine suni gübre olarak kullanılmasından geldiği bildirilmektedir (T.B.M.M., 2018).

benzer, taklit bir psikoaktif etki yaptıkları için sentetik kannabinoid olarak adlandırılmaktadırlar. Yoksa, yapı itibariyle veya üretim aşamasında kannabis sativa bitkisi ile her hangi bir illiyet söz konusu değildir (Drug Policy Alliance, 2016). Bununla birlikte, THC'ye göre 2 ila 100 kat arasında değişen oranlarda daha fazla psikoaktif etki yapabilmektedirler ve etkileri THC'ye göre daha uzun sürmektedir. Sentetik kannabinoid kullanımı neticesinde görülen zararlı etkileri, istifra etme, göğüs ağrısı, kalp atış hızının artması, göz kararması, baş ağrıları, böbrek hasarı, ajitasyon, yüksek kan basıncı ve psikoz gibi etkilerdir. Doz aşımı sebebiyle ölüm vakaları da görülmektedir (U.S. Department of Justice/Drug Enforcement Administration, 2019 ; Rahn, 2014). Sigara gibi içilen sentetik kannabinoid maddeler kolayca buharlaşma özelliğine sahiptirler ve kullanımdan sonra genellikle 2 ila 6 saat arasında çoğu etkisini yitirmekle birlikte, yan etkileri günlerce sürebilmektedir. Araştırmalar henüz sınırlı olmakla birlikte yapılan ön çalışmalarla tespit edilen bilinen öforik etkileri; uyarılmış ve enerjik hissetme, iştah artışı, rüyada hissetme ve halüsinasyon olarak sıralanmaktadır. Bilimsel olarak bağımlılık yaptığı konusunda ispat yetersizlikleri mevcuttur (Drug Policy Alliance, 2016). Kimyasal yapılarına göre; klasik kannabinoidler, klasik olmayan kannabinoidler, hibrit kannabinoidler, Aminoalkilindoller (AAIs), Eicosanoidler ve diğerleri şeklinde sınıflandırılmaktadırlar (Efeoğlu Özşeker, ve diğerleri, 2017: 39).

Meskalin: Binlerce yıldır Kızılderililer tarafından tıbbi gerekliliklerle ve dini ritüel amacıyla kullanılan Meskalin maddesi, Amerika kıtasında doğal olarak yetişen “Peyote” isimli kaktüsten elde edilen psikoaktif bir maddedir. Kuzey Amerika yerlileri tarafından 5700 yılı aşkın bir süredir psikoterapik etkileri bilinen ve günümüze kadar dini ritüellerde kullanılan ve sağlık alanında soğuk algınlığı, zatüre, romatizma, diş ağrısı, şeker hastalığı gibi rahatsızlıkların tedavisinde kullandıkları Peyote kaktüsü, 1600'lü yıllarda katolik inancı hakimiyetinin baskısıyla yasaklanmasına rağmen, Amerikan yerlileri tarafından kendine kullanım alanı açmıştır (Bruhn, ve diğerleri, 2002: 1866).

Halüsinojen bir etkiye sahip olmakla birlikte düşük dozda amfetamin kullanımına eşdeğer uyarıcı özelliği de bulunan Meskalin maddesi, küçük boyutlardaki Peyote ile birlikte San Pedro ve Peru civarında bulunan Echinopsis kaktüslerinde de doğal olarak bulunmaktadır. Kurutulan kaktüsler çiğnemek suretiyle oral yolla, psikoaktif madde salınımı için suya bırakma veya yaygın olarak kullanıldığı şekilde toz haline getirilerek dumanını teneffüs etmek suretiyle kullanılmaktadır (Işık, 2013: 47). Kullanım etkileri, görsel halüsinasyonlar, değişen ruh ve bilinç halleri, sebepsiz kahkahalar, zamanın yavaşladığı hissi, sesleri görme ve renkleri işitme şeklinde ortaya çıkan duyularda bozulma ve rüyada yaşama hissi şeklinde sıralanmaktadır ve kullanımdan hemen sonra ortaya çıkan etkiler 48 saate kadar sürebilmektedir. Meskalin kullanımının sebep olduğu yan etkiler ise, anksiyete, baş dönmesi, reflekslerin yavaşlaması, kalp çarpıntısı, bulantı, kusma, baş ağrısı, aşırı terleme, psikoz, panik ya da paranoya, nöbetler, hafıza kaybı, flashback tabir edilen anı yeniden yaşama hissi, intihar düşünceleri ve eylemleri olarak tespit edilmektedir. Diğer baz halüsinojenlerde olduğu gibi bağımlılık etkisi yaptığına dair kesin delil bulunmasa da, meskalin kullanıcılarında tolerans gelişimi meydana geldiği ve zamanla aynı etkiyi yaşayabilmek için doz artırımına ihtiyaç duyulduğu bilinmektedir.

Yüksek dozda meskalin alımı ise kullanıcının şiddetli yan etkiler sebebiyle kronik olarak rahatsızlanma ihtimalini artırmaktadır. Ülkemizde kullanımı bulunmamakla birlikte diğer ülkelerde de eğlence amaçlı veya meditasyon ve psikotelik tedavileri desteklemek amacıyla az da olsa kullanımı mevcuttur (Hilliard, 2019).

Sihirli Mantar (Psilocybin): Birçok mantar türünde proaktif bir alkaloid olarak bulunan psilosibin maddesi, halüsinojenik etkisi sebebi ile özellikle son zamanların tıbbi araştırmalarında ağırlıklı olarak potansiyel bir terapötik ajan olarak ele alınmaktadır (Geyer ve Vollenweider, 2008). Psilosibin ve Psilosin maddeleri, halüsinojen mantarın cinsine göre farklılık göstermekle beraber, kuru ağırlıklarının %0,2 ila %1 oranında bulunmaktadır (Tyls, Palenicek, ve Horacek, 2014: 343). Psilosibin etken maddesi içeren mantar çeşitleri genel olarak; Galerina, Gymnopilus, Inocybe, Panaeolus, Pholiotina, Conocybe, Panaeolus, Stropharia ve Psilocybe olarak adlandırılan mantarlar olarak sayılabilmektedir (Zhuk, ve diğerleri, 2015: 1019; Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 286). Halüsinojen mantarların dini ritüellerde kullanımı 3000 yıl öncesine Meksika ve civarına dayanmaktadır ve halen Güney ve Orta Amerika’da geleneksel kullanımı mevcuttur ve etkileri sebebiyle “Sihirli Mantarlar” olarak adlandırılmaktadırlar. Batı bilimine 1957 yılında Robert G. Wasson tarafından tanıtılan halüsinojen mantarlardan psilosibin maddesi ilk kez Albert Hofmann tarafından 1958 yılında izole edilmiş ve 1959 yılında sentezlenerek kullanıma sunulmaya başlamıştır (Tyls, Palenicek, ve Horacek, 2014: 343). Psikoterapi alanında kullanılmaya başlanan psikosibin 1971 Birleşmiş Milletler Psikotrop Maddeler Sözleşmesi gereği kontrol altına alınmış ve temini kısıtlanma cihetine gidilmiştir. Blom’dan aktaran Işık’a göre, Yunanca kel anlamına gelen “psilos” ile kafa anlamına gelen “kubē” kelimelerinde türetilerek “Psilocybin” olarak adlandırılan psikoaktif madde, kötüye kullanım olarak çok yaygın kullanım alanına sahip bulunmamaktadır (Işık, 2013: 49).

Kullanıcılar genellikle sihirli mantarları oral yolla yiyerek veya çay gibi demlemek suretiyle suyunu içerek tüketirler (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 292). Yaklaşık 4 miligrama kadar olan dozlarda kullanım etkisi gevşeme, uyuşukluk ve öforiye sebep olmakla birlikte, daha yüksek dozlarda alındığında dozun miktarına göre önce kontrol edilebilir artan dozlarda kontrol edilemez bilinç değişimleri, halüsinasyonlar görülmeye başlanmakta, zaman ve duyu algılarında önemli değişimlere sebep olmaktadır. Kullanıcı geçen dakikaları saatlerce sürüyormuş gibi algılamakta, sesler ve renklerde karışıklıklar meydana gelmekle beraber parlak renkler ve değişik hayaller görebilmektedir (Işık, 2013; Tyls, Palenicek, ve Horacek, 2014: 346). Psikoaktif etki bakımından psilosibin maddesi aşağıda değinilen LSD maddesine oranla 45 kez daha hafif bir etkiye ve meskalin maddesine göre ise 66 kez daha fazla halüsinojen etkiye sahiptir. 20 ila 40 dakika içerisinde etkisini göstermekte ve yaklaşık olarak 4 ila 6 saat arasında sürebilmektedir. Psilosibin maddesinin damar yoluyla enjeksiyonunda ise, ilk etki 1-2 dakika arasında kendini göstermekte, 4-5 dakikada azami seviyeye ulaşmakta ve yaklaşık olarak 20 dakika içerisinde sona ermektedir. Kullanımdan bir hafta sonra yapılan kontrollerde ise kullanım etkilerine rastlanılmadığı tespit edilmiştir. Psilosibin maddesinin fizyolojik etkileri incelendiğinde, elektrokardiyograf veya vücut ısısına bir etkisinin bulunmadığı

görülmüş, ayrıca akut olarak iyonik dengeyi, kan şekeri veya kolesterolü etkilemediği, yüksek doz kullanımlarda bile plazma konsantrasyonu veya laktat, dehidrojenaz, alkalın gibi birçok enzimleri etkilemediği görülmüştür. Bununla birlikte prolaktin seviyesini artırdığı ve yüksek doz kullanımlarda kortikotropin, kortizol ve tireotropin seviyelerini artırdığı ve hormon seviyelerinin 5 saat içerisinde ancak normale döndüğü gözlemlenmiştir (Tyls, Palenicek, ve Horacek, 2014: 347).

LSD (Lysergic Asid Diethylamid): Onaylanmış herhangi bir tıbbi kullanımı bulunmayan LSD maddesi ilk kez 1938 yılında İsviçre’li kimyacı Albert Hofmann tarafından sentezlenmiş organik olmayan halüsinojen maddedir. Sandoz laboratuvarlarında bir araştırma aşamasında yanlışlıkla bulunan LSD (kimyasal adıyla *D-Lysergic Acid Diethylamid*), 1947 yılında “Delysid” isminde bir ilaç formunda piyasaya sürülmüştür (Akvardar, 2012: 181). Aslında Hofmann tarafından hayvanlar üzerinde denenilen LSD, ilgi çekici etkiler göstermediği düşüncesiyle ilk aşamada rafa kaldırılmıştır. 1943 yılında laboratuvarında bir çalışma esnasında kazara LSD maddesine maruz kalan Hofmann, LSD maddesini önce istemeden eser miktarda, sonrasında ise oluşan merakını gidermek üzere tekrar kullanmaya karar vermesiyle, doz artırmak suretiyle zararlı etkilerini de ilk deneyimleyen kişi olarak tarihe geçmektedir (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 288). LSD maddesi çavdarmahmuzunu adı verilen ve çavdar başaklarında oluşan mantarlardan sentezlenmektedir (Işık, 2013: 49). Psikiyatrik tedavi ve bazı psikoz deneylerinde olumsuz etkileri sebebiyle başarısızlıkla sonuçlanan kullanım alanı arayışları gerçekleşmiştir (Kalyoncu, 2012: 27). 1960’lı yıllarda özellikle sanat çevrelerince kullanımında patlama yaşanmış ve dünya genelinde popüler alt kültür oluşumuna sebep olmuştur. Mistik deneyimlere açılan bir kapı olarak ele alınan LSD, birçok sanat ve müzik topluluklarının eserlerinde yer bulmuş, “Psychedelic (Psikedelik) Rock” veya “Psychedelia” gibi müzik akımlarında özellikle Blues veya Rock Müzik severler tarafından yoğunlukla LSD maddesi eğlence amaçlı kullanılmıştır (Çolakoğlu, 2013). 1966 yılında A.B.D. tarafından kullanımı yasaklanan LSD maddesi, 1970’li yıllar itibariyle kayda değer ölçüde azalmış ancak 1990’larda özellikle lise ve üniversite öğrencileri tarafından kullanımının yeniden arttığı görülmüştür (Akvardar, 2012: 181).

LSD maddesi genellikle tablet, sıvı, toz ve jelatin formlarında kullanıma sunulmakla beraber güncel olarak kağıda emdirilerek veya kurutulup küçük karelere bölünerek de yasadışı ticareti gerçekleşmektedir (Akvardar, 2012: 181). Günümüzde alkol bağımlılığı tedavisine olumlu katkıları tespit edilen LSD maddesi deney aşamasında kendine tıbbi kullanım alanı aramaktadır (Krebs ve Johansen, 2012: 1).

Kullanımdan yaklaşık 30 ila 60 dakika sonra başlayan ve 12 saat kadar süren etkileri mevcuttur. Alınan doz miktarına ve kullanıcının fizyolojik ve kullanım anındaki psikolojik durumuna göre değişen şekil ve şiddette kullanım etkileri görülmektedir. Kişinin psikolojik beklentilerine göre olumlu yönde öfori yaşamasına “iyi tripler”, olumsuz duygu, korku, paranoya ile seyreten halüsinasyonların yaşamasına da “kötü tripler” denilmektedir (Işık, 2013: 50). Zamanın çarpık algılanması, renk, ses, derinlik, uzaklık, mekan algılarında bozulmalara sebep olmaktadır. Hareketsiz objelerin, renklerin ve değişik şekillerin uçuştugu hissi yaşanmaktadır. Duyguların daha şiddetli yaşanmasına

sebepler olduğundan, mutluluk, sevgi, arzu, üzüntü, öfke gibi duygular yoğun bir şekilde ortaya çıkar ve kullanıcının bile endişelenmesine sebep olabilmektedir. Serotonin mekanizmasına etki edici özelliği bulunan LSD'nin kullanımı, seslerin ve müziğin görülmesi, renklerin işitilmesi gibi algı karmaşasına da sebep olabilmektedir. Fizyolojik olarak kullanım etkileri ise diğer halüsinojenlere benzer şekilde, Pupillar dilatasyon olarak tabir edilen göz bebeklerinde büyüme, ağız kuruluğu, sindirim sistemi faaliyetlerinde artış, iştah azalması, uykusuzluk, kontrol edilemeyen öfori ve gülmeler, kan basıncında ve kalp atış hızında artış, terleme, titreme, çarpıntı, bulanık görme, tremor, taşikardi ve inkoordinasyon gibi etkiler olarak sıralanabilmektedir. Kullanımdan aylar sonra bile kısa aralıklarla flashback tabir edilen halüsinasyon görme etkileri mevcuttur (Işık, 2013: 50; Akvardar, 2012: 184).

1.2.5. Tarihsel süreç

Çalışmada maddelerin sınıflandırılmaları işlenirken, ilgili maddenin tarihsel süreç içerisindeki gelişimine de mümkün olduğu kadar değinilmiştir. Bu başlık altında genel olarak, maddenin tarih boyunca insan hayatında ve toplumsal yaşamda iştigal ettiği yeri, etkisi ve gelişimi hakkında bilgiler yer bulacaktır.

İnsanoğlunun yaratılışında var olan merak, özellikle bilinmeyene veya yasaklara olan merakı ve zorluklarla mücadelesi ve hayatı kolaylaştırma ihtiyacı, ayrıca her durumda daha fazla mutluluk arayışı, yeni keşifler yapabilmesine etki eden en önemli özelliklerindendir. Nitekim Adem ile Havva'ya yasak olan meyvenin, tüketilmesi ve neticeleri çalışma konumuz kapsamında maddenin varlığına karşı insanoğlunun yaklaşımını özetleyen tipik bir örnek olarak ele alınabilir. Her çağın kendine göre mevcut olan yaşam şartları içerisinde de insan, daha fazla mutluluk arayışı içerisinde, doğada mevcut bulunan keyif verici maddeleri keşfetmesi ve zamanla onları ihtiyaca göre işlemesi kolaylıkla mümkün olmuştur (Kalyoncu, 2012: 3). Proaktif maddelerin kullanımı ile ilgili tarihsel veriler, alkol ve proaktif madde içeren doğal bitkilerin kullanımı şeklinde kayıtlı tarihin başlangıcına kadar uzanmaktadır. Mellaart'dan aktaran Maisto ve diğerleri; arkeolojik araştırmaların bira ve yaban mersini şarabının M.Ö. 6400 yıllarında tüketildiği yönünde bilgiler verdiğini belirtmektedir. Alkolün muhtemelen kazara meydana gelen fermantasyondan sonra ortaya çıktığı tahmin edilmektedir. Üzüm şarabı hakkında ise, M.Ö. 300 ila M.Ö. 400 yıllarına ulaşmaya kadar varlığı ve kullanımı hakkında her hangi bir bulgu elde edilememiştir. Bununla birlikte, inanç ve sağlık konuları kapsamında fiziksel ve psikolojik değişim için çok çeşitli bitkiler kullanılmıştır. Örneğin M.Ö. 5000 yıllarında Anadolu'da haşhaş tohumu kullanılmıştır. Çin'de M.Ö. 2700 yıllarında esrar bitkisi dediğimiz "Cannabis Sativa" çay gibi demlenerek tüketilmektedir. İmparator Shen-Nung halkına birçok rahatsızlığın yanı sıra gut hastalığı, unutkanlık ve dalgınlığa karşı bu bitkinin tüketimini tavsiye etmiştir. Birleşik Devletler Basım Ofisinden aktarılan bilgiye göre; Taş Devri'nde yaşayan insanların da inanç konuları veya savaşa hazırlık aşamalarında algı ve bilinç durumlarını değiştirmek üzere afyon, esrar ve koka bitkilerini kullandıkları düşünülmektedir. M.Ö. 2500 yıllarında merkez ve güney Amerika kıtasındaki Kızılderililerin de koka yapraklarını çiğnedikleri mezar incelemeleri neticesinde kaydedilmiştir (Maisto, Galizio, ve Connors, 2011: 26).

Burada dikkat çeken husus, aynı dönemde yaşayan farklı kültürlerin bulundukları coğrafi konuma ve geleneklerine göre madde kullanımı konusunda farklı türleri ve farklı kullanım yollarını benimsemiş olmalarıdır. Kullanılan maddenin nevi ve kullanım yöntemi, her toplumu özel kılan ve diğerlerinden ayırt eden kültürel bir karakteristik teşkil etmektedir. Ortak payda ise, her kültürün proaktif madde kullanımı konusundaki amaçlarıdır. Başlık girişinde değinilen bireysel merak ve mutluluk arayışına ilaveten sosyal olarak değerlendirildiğinde, tarihsel süreçte toplumlar proaktif maddeyi dini ritüeller, insan sağlığı, savaş gibi ortak sebeplerle kullanmışlardır (Kalyoncu, 2012: 15).

Din ve otorite açısından ele alınacak olursa; tarih sahnesinde, tanrısal güçleri olduğunu iddia eden şahıslar veya din adamları, müritlerini veya toplumu inandırmanın bir yöntemi olarak, yakılan ateşe atılan halüsinojenlerin dumanını kullandıkları görülmüştür. Yayılan dumanın etkisiyle görsel ve duysal işlevleri bozulan insanlar, mistik bir atmosfer içerisinde yapılan dini törenler neticesinde söz konusu din adamlarına karşı korku, saygı ve bağlılık duymaktadırlar. Asurlular'ın tanrı heykellerinde, Eski Yunan'lıların uyku tanrısı Hypnos heykeli veya Roma'lıların uyku tanrısı Samsun heykelinde de haşhaş motifi uyku sembolü olarak kullanılmıştır. Esrar bitkisi de yine Hindu din adamları tarafından veya Eski Persler'in kutsal kitabında “Tanrı'nın insanlara mutluluk vesilesi bir lütfü” olarak takdim edilmektedir. Latin Amerika yerlileri de çiğnemek için devamlı yanlarında taşıdıkları koka bitkisini kutsal saymaktadırlar. “Peyota” ismi verilen halüsinojen etki yapan bir kaktüs ise yine Amerikan yerlileri tarafından dini ritüellerde kullanılmakta ve daha sonra Hristiyanlığı kabul etmeleriyle dini ayinlerinde Peyota'nın yerini kutsal şarap ve ekmek almaktadır. Günümüzde yaklaşık bir milyon Amerikan yerlisinin inandığı “Peyota” isimli bir din halen mevcuttur ve inandıkları tanrıyla iletişime geçebilmek veya hayatın anlamını idrak edebilmek için bu kaktüsü kullanırlar. Yahudilik, Hristiyanlık ve hatta İslamiyette (bariz şekilde yasaklanmış olsa da) madde kullanımı, yakın tarihlere kadar şu şekilde görülmektedir: Bahse konu dinlere mensup bazı tarikatlarda aşırı grupların, madde kullanımını benimseyerek toplumlara ağır hasarlar verdikleri görülmektedir. Tapınak Şövalyeleri ve Hasan Sabbah bu hususta ve savaş ve suikast amacıyla madde kullanımına verilebilecek en iyi örneklerdendir (Kalyoncu, 2012).

Tıbbi olarak madde kullanımı da yine M.Ö. 6000 yıllarına dayanmaktadır. Sümerler, eski Mısır ve Uzakdoğu kültürlerinde haşhaş bitkisinin ihtiva ettiği afyon bir çok hastalığın tedavisinde kullanılmış ve tavsiye edilmiştir. Örnek vermek gerekirse, tıp biliminin babası olarak kabul edilen Hippokrates (M.Ö. 460-377) melankoli ve histeri nöbetleri için afyon sütünü önermektedir. Aynı şekilde İbn-i Sina, Ebul Kasım Zehravi ve İbn-i Baydar gibi önemli İslam hekimleri de tedavi amaçlı olarak afyon kullanımını benimsemişler ve kullanım dozajı hakkında kitaplar yazmışlardır. Halen günümüz tıp dünyasında kullanılmakta olan “morfin” ise adını Yunan mitolojisinde uyku ve rüya tanrısı olarak bilinen “Morpheus” dan almıştır. Morfin, afyon maddesinin ihtiva ettiği 25 civarında opiyattan birisidir. Bir diğer opiyat ise “eroin” dir ki, 1800'lü yılların sonlarında Alman kimyager Dresser tarafından imal edilerek güçlü bir ağrı kesici ve öksürük ilacı olarak piyasaya girmiştir. Bağımlılık yaptığı anlaşıncaya kadar “Bayer” ilaç firması

tarafından çocuklara yönelik nezle ilacı olarak da eroin maddesi eczanelerde satılmaktadır. Kokain maddesi, Güney Amerika yerlileri tarafından koka bitkisinin yapraklarının tüketilmesi şeklinde, açlık hissinin yok olmasında, bulantıya ve yorulmaya karşı iki bin yıldır kullanılmaktadır. Ruhsal bunalımların tedavisi amacıyla 20. yüzyılda da kokain maddesi Sigmund Freud tarafından bizzat kullanılmış ve hastalarına ve çevresine tavsiye edilmiş, tedavi etkisinin yanısıra vahim sonuçlarla karşılaşmıştır. Bununla birlikte birçok cerrahi müdahaleler kokain maddesinin lokal anestezi olarak kullanılmasıyla ağrısız şekilde gerçekleştirilmiştir. Doğal olmayan psikoaktif maddeler ise yakın tarihler itibarıyla laboratuvarlarda çeşitli moleküler yapılar halinde yasal veya yasadışı olarak üretilip piyasaya sürülmektedir. LSD olarak bilinen liserjik asit dietilamid maddesi ve fensiklidin gibi halüsinojenler bazı bilim adamlarınca psikoze deneylerinde kullanılmıştır (Kalyoncu, 2012: 27). Son yıllarda LSD maddesi alkol bağımlılığının tedavi sürecine sunduğu olumlu katkılar sebebiyle deneysel olarak kullanılmaktadır (Krebs ve Johansen, 2012: 3).

Sentetik olarak tabir edilen doğal olmayan maddelerin ilk ürünü niteliğini taşıyan Amfetamin ise uyku açıcı, iştah kesici, nazal yolları açıcı, yorgunluğu giderici ve vücut fonksiyonlarını artırıcı etkisi sebebiyle son yüzyıllarda tedavide ve sporcu doppinglerinde kullanılmıştır. Amfetaminin türü olan Metamfetamin ise merkezi sinir sistemine aşırı zarar veren ancak kontrol edilemez uyku nöbetlerinin tedavisinde ve çocukların hiperaktif rahatsızlıklarında denetimli olarak kullanımının tıbbi olarak kabul edildiği ilaç niteliğindedir. Buna benzer diazem, librium, mogadon ve rohypol gibi barbitürat ve benzodiazepin maddeler de kontrollü olarak hastalıkların tedavilerinde reçete edilmektedir (Kalyoncu, 2012: 41).

Kenevir bitkisinden elde edilen esrar maddesinin ise, tıbbi amaçlarla kullanımı ilk çağlara dayanmakta ve Uzakdoğu ülkelerinde görülmektedir. Yukarıda bahsedildiği gibi M.Ö. 2700 yıllarında Çin İmparatoru Shen-Nung döneminde, romatizmal ağrılarda, kabızlıkta, bayanların üreme sistemleri ile ilgili sorunlarda, malarya ve diğer pek çok rahatsızlıkta esrar maddesinin kullanımı görülmüştür. Buna rağmen esrar maddesinin tıbbi amaçlarla Çin'de kullanımı Hindistan'da olduğu kadar önem kazanmamış, daha çok iplik ve kumaş üretimi hatta kağıt üretimi amacıyla yetiştirilmiş ayrıca 3-5 mm. büyüklüğünde bulunan meyveleri gıda olarak tüketilmiştir. Esrarın psikoaktif madde olarak ilk kullanımı hakkında bilgi veren kaynak, Pen-ts'ao Ching'in; kenevir meyvesi çok tüketildiği zaman şeytanların görüntüsünü çağırır, uzun süre kullanımda ruhlarla iletişimi sağlar ve bedeni hafifletir şeklindeki ifadelerdir. Yine de eski Çin dönemlerinde esrar maddesinin halüsinojen olarak kullanıldığına dair çok nadir aktarma mevcuttur. Bunun mümkün olan en muhtemel sebebi olarak ise, esrarın halüsinojen olarak kullanımının Şamanizm ile bağdaştırılması ve bu dine mensup Han Hanedanlığı'nın Çin'e nüfuz etme ve Şamanizm'in yaygınlaşmaya başlamasıyla Çin tarafından kendilerine tehdit unsuru olarak değerlendirilen bu dinin ve ritüellerinin yasaklanması olarak açıklanmaktadır. Daha ziyade esrar maddesinin halüsinojen olarak kullanımı Çin'in kuzey bölgelerinde yaşayan göçebe Şaman topluluklarında görülmektedir ve onlar tarafından orta ve batı Asya'ya ayrıca Hindistan'a yayıldığı bilinmektedir (Zuardi, 2006: 154).

Hindistan’da esrarın kullanımı hem tıbbi açıdan hem de mensup oldukları dinlerin nitelik özelliklerine bağlı olarak mutluluk ilacı olarak kullanıla gelmiştir. M.Ö. 1000 yıllarında nöroloji, baş ve diş ağrıları için analjezik olarak, epilepsi, tetanoz, kuduz için antikonvülzan olarak, hipnotik veya uyutucu olarak, anksiyete, mania ve histeri için sakinleştirici olarak, anestezi olarak, romatizma ve iltihap için iltihap kurutucu olarak, tüberküloz, yılanık ve deri iltihaplarında lokal uygulama olmak üzere antibiyotik olarak, dahili ve harici kutlanımda parazit ilacı olarak, ishal ve kolon fonksiyonlarında düzenleyici olarak, sindirim sorunlarında ve iştah açıcı olarak, idrar söktürücü olarak, cinsel isteği uyarıcı ve aynı zamanda baskılayıcı olarak da, bronşit ve astım için öksürük ilacı ve balgam söktürücü olarak bir çok alanda kullanılmıştır. M.Ö. 9. Yüzyıllarda esrar maddesi Asurlular tarafından da çıban ve berelerin tedavisi için harici olarak, depresyon, iktidarsızlık, eklem ağrıları, kireçlenme, böbrek taşı, bayan rahatsızlıkları ve büyü bozma amacıyla dahili olarak kullanılmıştır. Yine Hristiyanlıktan önceki dönemlerde, esrar maddesinin olumlu ilk etkileri ve sonrasında gelen olumsuzlukları Persler tarafından bilinmektedir (Zuardi, 2006: 154).

Esrar maddesinin Avrupa’ya gelişi ile ilgili olarak ise, tarih ve arkeoloji çalışmalarının sunduğu deliller ışığında Hristiyanlık öncesi dönemlere tekabül ettiği değerlendirilmektedir. Orta Asya’dan Akdenize kadar ulaşan İskitli istilacılar tarafından getirildiği düşünülmektedir. M.Ö. 450 yıllarında, Herodot bir İskit cenaze merasimini tarif ederken, kenevir tohumlarının yakılmasıyla oluşan dumanın teneffüs edildiğinden bahsetmektedir. Nitekim bu açıklama daha sonra Sırbistan ve Almanya’da keşfedilen İskit mezarlıklarında kömürleşmiş halde bulunan kenevir tohumlarının görülmesiyle doğrulanmıştır. Hristiyanlığın başlangıcından 18. yüzyıla kadar olan dönem içerisinde esrarın tıbbi amaçlarla kullanımı konusunda Hindistan başı çekmektedir. Daha sonra 15. yüzyıl itibariyle Orta Doğu ülkelerinde ve Afrika kıtasında esrar kullanımı görülmeye başlanmıştır. 1150 yılında kenevir bitkisinin kağıt üretimi için kullanılması yöntemini Müslümanlar önce İspanya sonrasında İtalya’ya getirmişlerdir. Tıbbi olarak esrar maddesinin Avrupa’da kullanılması ise ancak 19. yüzyıl başlarında görülmektedir (Zuardi, 2006). Aşağıda Şekil 4.’de esrar maddesinin milattan önceki dönem, 10. yüzyıl itibariyle, 15. ve 16. yüzyıllar itibariyle ve 19. yüzyıl itibariyle tıbbi olarak kullanımının dünya haritasında görüldüğü bölgeleri belirtmektedir:

Şekil 4. Esrar Maddesinin Dünya’da Tıbbi Olarak Kullanım Dönemleri

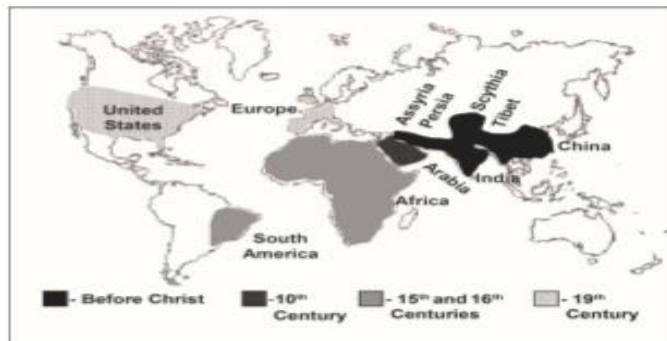


Figure 1 - Age of the beginning of cannabis use as a medicine.

Kaynak: (Zuardi, 2006: 156).

1.3. Sosyal politika kavramı

Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlük anlamında “sosyal” kelimesi: “sıfat, toplum bilimi” olarak yer almaktadır (Türk Dil Kurumu, 1932). Benzer şekilde farkı kaynaklarda da; toplumu meydana getiren insanların birbirleri ile olan ilişkileri, ortak değerlere göre oluşturdukları sınıflar ve bu sınıfların birbirleri ile olan ilişkileri, insan topluluklarının toplum içinde belli bir ortak amaca göre giriştikleri faaliyetler gibi anlamlarına rastlamak mümkündür. Kısaca, organize insan toplulukları ve toplum ile ilgili veya ilişkili olan her şey “sosyal” kelimesi ile ifade edilmektedir (Altan, 2004: 3). “Polikita” kelimesi ise Türk Dil Kurumu, Güncel Türkçe Sözlük anlamında şu şekilde tanımlanmıştır:

1. *isim* Devletin etkinliklerini amaç, yöntem ve içerik olarak düzenleme ve gerçekleştirme esaslarının bütünü, siyaset, siyasal: (...)
 2. *isim* Davranış biçimi, düşünce yapısı: (...)
 3. *isim, mecaz* Bir hedefe varmak için karşındakilerin duygularını okşama, zayıf noktalarından veya aralarındaki uyuşmazlıktan yararlanma vb. yollarla işini yürütme: (...)
- (Türk Dil Kurumu, 1932).

Kışlalı, Tuna ve diğerlerinden aktaran Altan; “politika” sözcüğünün Yunanca “şehir” anlamına gelen “polis” kelimesi ve şehir veya devletin yönetimi için kullanılan “politika” sözcüklerinden geçtiğini bildirmektedir. Devlet tarafından oluşturulan ve uygulanan kurallar bütünü olarak tanımlayabileceğimiz “politika” sözcüğünün Arapça karşılığı ise, dilimizde de kullandığımız “siyaset” kelimesidir (Altan, 2004: 3). Sözlük anlamları üzerinden anlaşıldığı gibi genel bir kavram olarak “Soyal Politika” kavramını yorumlamak gerekirse, toplumsal yaşamda insanların refahlarını artırmayı ve sorunlarına çözüm bulmayı hedefleyen kuralların, toplumu yönetmekle görevli otorite yani günümüz dünyasında devlet örgütü tarafından uygulanması ve uygulanmasının sağlanması olarak tanımlamak mümkündür.

Ancak bu tanım bir bilim dalı olarak ele alınan sosyal politika kavramı için oldukça geniş kalmaktadır ve bilimsel alanda bu konuda da devam eden bir kavram karmaşası mevcuttur. Birçok kaynak, sosyal politikanın başlangıcı olarak sanayi devrimini ve bağlı olarak şehir ve işçi toplumunun sorunlarına dar ve geniş anlamda çözüm sağlayan devlet politikalarını esas almaktadır. Farklı bazı kaynaklarda ise, sosyal politikanın sanayi devriminden asırlarca yıl önce de var olduğu, toplumsal yaşamda yaşlılık, yoksulluk, engellilik veya hastalık gibi sorunlara muhatap olan insanlara destek veren hukuk sistemlerinin veya resmi hukuk dışı toplumsal uygulamaların bulunduğu ve sosyal politika kapsamında değerlendirilmesi gerektiği savunulmaktadır. Aynı düşüncelerle, sosyal politikanın mutlaka devlet eli ile uygulanmasının gerekmediği, hatta temel prensiplerden birisi olarak öncelikle mağdurun kendi çabasının geliştirilmesi, aile ve çevresel unsurların inanç ve kültürden kaynaklanan insani duygularla yardımlaşmaları, sivil örgütlenmeler ve nihayet son çare olarak devletin doğrudan desteğinin talep edilmesi sosyal politikanın kapsamına dahil edilmektedir. Ayrıca günümüzde mağdur insanlar ile veya toplumun refahı ile ilgilenen, devletlerden bağımsız olarak faaliyet gösteren birçok ulusal ve uluslararası kuruluşların bulunması, sosyal politikanın tanımlanmasında “devlet politikası” unsurunu tartışmaya açmaktadır (Ersöz, 2003: 120).

Netice itibariyle sosyal politikayı bir bilimdalı olarak tarihsel tüm dönemleri kapsayacak şekilde tek tanımla ifade etmek pek mümkün görülmemektedir. Tarihsel süreç içerisinde örneğin işçi sınıfının oluşumu, buna bağlı olarak aile ve toplum yapılarındaki değişimler, aile bireylerinin yaşantılarında münferiden veya toplumsal olarak meydana gelen değişimler ve daha birçok farklı yeni unsurların ve problemlerin ortaya çıkması, geleneksel kavramların yok olması veya evrilmesi gibi faktörlere bağlı olarak sosyal politika ve kapsama alanları da sürekli gelişim ve değişim göstermektedir. Her dönemin kendine özgü sosyal politika unsurlarını belirleyip buna göre çalışma kavramını tanımlayıp ve tespitlerde bulunmak, çözümler üretmek bilimsel çalışmalarda yaygın olarak kullanılan yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır (Altan, 2004: 28).

1.3.1. Sanayi devrimi'ne kadar olan süreç

Sanayi Devrimi'ne kadar olan süreç içerisinde sosyal politika ve sosyal refah kapsamında uygulanan hayırsever faaliyetler ve yardımlar her ne kadar devletin egemenliği altında icra edilse de, sorumluluk ve zorunluluk hiçbir zaman doğrudan devlete ait olmamış, aile, çevre gibi sosyal ilişkiler veya vakıf, dernek gibi gönüllü kuruluşlarca yürütülmüştür (Ersöz, 2003: 122). Tarım toplumlarının ilk dönemlerinde aile ve çevrenin ağırlıklı olarak sorumluluğu yüklenmesi ve sonrasında Ortaçağ Avrupa'sında feodal yapı sebebiyle loncaların kurulması örnek olarak gösterilebilmektedir. Ortaçağın kendine özgü kıtlık, salgın hastalık, savaş gibi olumsuzlukların yaşanması neticesinde refah seviyesi çok düşen toplulukların artması sebebiyle, tarihte ilk kez (en önemlisi 1601 yılında Kraliçe Elizabeth tarafından çıkarılan) Yoksulluk Yasaları (Poor Laws) 1300'lü yıllar itibariyle doğrudan devlet müdahalesinin ilk örnekleri olarak kendini göstermiş ve 19. yüzyıl ortalarına kadar uygulanmaya gelmiştir (Şahin, 2018). Yaklaşık 500 yıllık bir sürece sahip olan Yoksulluk Yasaları, çalışan ve çalışmayan yoksulların durumlarını düzenlemek üzere yürürlüğe girmiş olup, A.B.D. sosyal hukukunun tesis edilmesine önemli şekilde nüfuz ettiği bilinmektedir (Quigley, 1997: 1). 1601 yılında Kraliçe Elizabeth tarafından güncellenen ve "Eski Yoksul Yasaları" diye adlandırılan Yoksulluk Yasası'nın önemi, ilk kez seküler bir çerçevede yoksul yardımlarının uygulanmasını öngörmesinden kaynaklanmaktadır. Protestan anlayış etkisinin büyük ölçüde hakim olduğu Eski Yoksul Yasaları, münferit çabalarla ifa edilen sosyal yardımlaşmadan ziyade, kiliselerin "Parish" olarak ifade edilen sorumluluk alanlarında vergi toplama yetkisi edinmeleri ile yerel ölçekte toplumsal örgütlenme şeklinde sosyal yardımlaşmayı mümkün kılması bakımından sosyal politika tarihinde önemli bir dönüm noktası olarak kabul edilmektedir (Güngör ve Özügür, 1997: 3). Kimsesiz çocuklar, yaşlılar ve yoksullar için bakım evi, mülksüz ihtiyaç sahiplerinin çalıştırılması, çiraklık eğitim hizmeti verilmesi gibi görevleri bulunan kiliselerin, bulundukları konum ve sosyal çevre bakımından farklı vergi gelirlerine ve farklı standartlara sahip olmalarından kaynaklanan sorunlar sebebiyle, 1782 yılında yürürlüğe giren Gilbert Yasası ile Parish'lerin de kendi aralarında organize olmalarına ve birlik kurmalarına müsaade edilmiş ve sosyal yardım uygulamaları bölgesel alanlara yayılmıştır. Daha sonra 1795 yılında benimsenen Speenhamland Sistemi ile, çalışan kesim ve aileleri de asgari gelir düzeyi tespit edilmek suretiyle Parish'ler kapsamında sosyal koruma altına alınmıştır (Güngör ve Özügür, 1997: 4).

Benzer şekilde, sanayi devrimine kadar olan süreç içerisinde hatta modern anlamda sosyal politika uygulamalarının başladığı Cumhuriyet dönemine kadar, Osmanlı İmparatorluğu hakimiyetinde ulusal olarak kurulan İslam temelli vakıflar ve ahilik gibi özerk şekilde faaliyet gösteren sosyal yardımlaşma sistemleri ve türevleri sosyal politikayı temsil etmektedirler (Taşçı, 2017: 12). Aile, akraba, komşu ilişkileri gibi kültür ve inanç temelli çevresel yardımlaşmaların yanısıra örneğin, “Avarız Vakıfları” olarak adlandırılan mahalle veya köy camii yardım sandıklarında toplanan yardımların ihtiyaç sahiplerine yeniden dağıtılması esasına dayanan yerel yardımlaşma örgütleri mevcuttur. Özellikle 18. yüzyılda Osmanlı ekonomisinde önemli pay sahibi bulunan bahse konu vakıf türleri, sınıf farklılıklarının önlenmesinde, sınıflararası ilişkilerin iyileştirilmesinde, toplumsal gelir dağılımının düzenlenmesinde önemli rol oynamaktadırlar. Günümüz Türkiye’inde halen birçok uygulamaları orijinal hali ile veya değişim geçirerek devam eden vakıf sosyal yardım faaliyetlerine, aşevleri, kıyafet yardımları, borç olarak iş yeri sermayesi verilmesi veya ihtiyaç sahiplerine borç olarak nakit para verilmesi, mahkum ve yakınlarına temel gıda yardımlarının yapılması gibi ayni ve nakdi yardım faaliyetleri örnek olarak gösterilebilir (Gözübenli, 1995: 77). Vakıfların yanısıra sosyal refaha önemli katkı sağlayan kurumlardan birisi de Ahilik Sistemidir. Osmanlı’nın siyasal, ekonomik ve toplumsal yaşamında çok önemli bir yeri olan Ahilik Sistemi, ekonomik ve toplumsal olarak refah düzeyinin artırılması, yardımlaşma ve dayanışmanın sağlanması, iş ve eğitim kapasitesinin artırılması, kültür nüfuzunun etkin kılınması ve sınır ötesine yayılması için kendilerine özgü ticari yardımlaşma ve ahlak ve etik kurallarını uygulama yöntemi bulunan kurumsallaşmış bir esnaf teşkilatıdır (Taşçı, 2017: 12).

1.3.2. Sanayi devrimi ve modern anlamda sosyal politika

Birçok sosyal, siyasal ve ekonomik sebeplere bağlanması mümkün olmakla birlikte, genel olarak buharlı makinelerin icadı ile ulaşım ve üretim yöntemlerinde başlayan makineleşme, sanayileşme ve teknolojik gelişmelerden kaynaklanan köklü dönüşüme dayandırılan “Sanayi Devrimi” veya diğer bir ifade ile “Endüstri Devrimi”, 18. Yüzyıl sonlarında İngiltere’de başlamış ve Fransa, Almanya ile devam ederek önce Avrupa’ya, müteakiben Kuzey Amerika, Japonya ve tüm dünyaya yayılmıştır (Aksoy A., 2016: 35; Altan, 2004: 47). Sanayi devrimi, birçok kaynakta 18. yüzyıl ila 19. yüzyılın ortalarına kadar olan gelişmelere “makine devrimi” ve sonraki gelişmelere de “teknolojik devrim” adı verilmek suretiyle iki aşamada incelenmektedir (Sander, 2011). Bu yüzyılda meydana gelen köklü dönüşümlere her ne kadar Sanayi Devrimi sebep olmuşsa da, 1789 yılında meydana gelen Fransız Devrimi’nin de etkilerini gözardı etmemek gerekmektedir (Al, 2002: 27).

Sanayi Devrimi ile birlikte ekonomik, sosyal ve siyasi alanlarda önemli dönüşümler gerçekleşmiştir. Üretimde fabrikaların rol alması ve buna bağlı olarak kırsal alandan fabrikaların bulunduğu kentlere yoğun göçlerin yaşanması sebebiyle, yeni bir toplumsal kesim olarak doğan işçi sınıfının ağırlıklı şekilde oluşturduğu şehirler ortaya çıkmıştır. Bu değişiklik insanların yaşam biçimlerinde, gelenek ve göreneklerinde de değişimlere sebep olmuştur. Örneğin, geniş aile biçiminde yaşayan tarım toplumları, kent yaşam koşulları içerisinde işçi olarak aynı yapıyı koruyamamış, çekirdek aile yaşam biçimine dönüşmek

zorunda kalmıştır. Göçlerin yoğun biçimde yaşanması kentlerin büyümesine sebep olmuş, iş gücü arzının artması ile işsizlik oranları da artmış, klasik liberal ekonominin gereği olarak zaten vahim durumda olan işçinin durumu, her hangi bir düzenleme veya denetim mekanizması henüz tesis edilmediğinden, çalışma koşullarının daha da kötüleşmesi ile birlikte, emek ücretlerinin ucuzlaması da kaçınılmaz hal almıştır (Bumin, 2010; Göksal, 2003). Bu şartlar altında çocuklar ve kadınlar da ucuz işçi olarak çalışma hayatına dahil olmak zorunda kalmış ve iş gücü kapasitelerinin üzerinde çalışma koşullarına ve çalışma sürelerine maruz bırakılmışlardır (Taşçı, 2017: 18; Aksoy A., 2016: 37). Dönemin özel hukuk sistemi kapsamında mevcut bulunan, işgören ile işveren arasındaki sözleşme serbestisi ve hukuki eşitlik ilkesi ise, avantajlı durumda bulunan fabrika sahibi işverenlerin, kendi çıkarlarına uygun düşen çok düşük ücret miktarlarını, uzun mesai saatlerini ki 16 saate kadar mesailerin uygulandığı bilinmektedir ve bunun trampa yoluyla ödenmesini kabul etmek zorunda kalan iş gücünün çokluğu sebebiyle, bu dönemde açık bir emek sömürüsü yaşanmaktadır (Altan, 2004: 47). Özellikle 19. yüzyılda, bahse konu çalışma koşullarına, işsizliğe ve yoksulluğa karşı artan toplumsal itirazların cereyan etmesiyle, iktisadi, toplumsal ve siyasal olarak bazı iyileştirmeler ve değişiklikler baş göstermeye başlamıştır (Günay, 2002).

Nitekim, Avrupa’da liberal ve sosyalist görüşlerin istişare ortamına imkan veren Almanya’da 1873 yılında “Verein für Sozialpolitik” isimli bir dernek kurulmuştur. Sosyal Politika kavramı ise bir sosyal bilim dalı olarak aynı dönemde Alman bilim adamı Profesör Wilhelm Heinrich Riehl tarafından ilk kez “Sozialpolitik” ismi ile literatürde yer almaya başlar ve 1911 yılında Adolf Wagner ve Avusturya asıllı Otto V. Zwiedineck-Südenhorst isimli iktisatçının “Sozialpolitik” isimli kitabı yayımlamaları ile sosyal politika kavramı bir disiplin olarak sosyal bilimlerde yerini almıştır (Aysan ve Kaya, 2008; Altan, 2004: 10). Önceleri, günümüzde **dar anlamda sosyal politika** şeklinde tanımladığımız ölçüde, endüstri devrimi ile oluşan işçi sınıfının, sermaye tarafından maruz bırakıldığı olumsuzlukları gidermeye ve haklarını kazanmaya yönelik politikalar üzerinde yapılan çalışmalara, zamanla toplumun sosyal refahını yükseltmeyi hedefleyen tüm kesimlere özgü politikaların üretilmesi şeklinde **geniş anlamda sosyal politika** müdahaleleri eklenmiştir. Ülkelerin sosyolojik, ekonomik ve siyasi yapılarında meydana gelen değişimlere ve bu değişimlere bağlı olarak yeni ortaya çıkan veya şekillenen toplumsal sorunlara göre, sosyal politika da sürekli bir innovasyon ve değişim göstermektedir (Yüksel H. , 2014). Günümüzde üretim faktörleri ve daha birçok alanda küreselleşme yaşanmaktadır. Bilişim, bilim ve teknolojiye yaşanan gelişmeler ve icatlar, savaşlar ve askeri operasyonlar, sınırötesi faaliyet gösteren uluslararası suç örgütleri ve bu etmenlere bağlı olarak yaşanan kitlesel göç hareketleri gibi yeni küresel sorunlara geleneksel sosyal politikalar çözüm üretmekte yetersiz kalmaktadır. Kaynakların küresel olarak toplanıp, ulusal kavram gözetmeksizin yeniden küresel dağılımını esas alan, **küresel sosyal politika** gibi güncel yaklaşımlar üzerinde çalışılmaktadır.

Netice itibarıyla, sanayi devrimi ile ve hatta hemen öncesinde, kadınların ve çocukların iş yaşamında istismar edilmelerinin önüne geçmek üzere dar anlamda uygulama pratikleri ile sosyal politika ortaya çıkmış ve sosyal bilim dalı haline dönüşmüştür. Gelişen sanayi

kapitalizminin sonucu olarak büyük kentleri oluşturan işçi sınıfının çalışma şartları, işsizlik, yoksulluk, salgın hastalıklar, adaletsizlik ve eşitsizlik gibi problemlere karşı sosyalist-marksist ve sosyal demokrat yaklaşımların da etkisiyle kitlesel tepkiler yükselmeye başlamıştır. Özellikle 1929 Dünya ekonomik bunalımı ve ikinci dünya savaşı sonrasında azami seviyeye çıkan olumsuzluklar, devletin etkinliklerinin artırılması yönünde bir zarureti doğurmuş ve emek-sermaye dengesini sağlayan, çalışma yaşamını düzenleyen, dezavantajlı grupları koruyan, sendika faaliyetlerini destekleyen ve toplumun refah düzeyini artırmayı hedefleyen bir devlet anlayışı benimsenmiş ve hukuksal, kamusal dönüşümler yaşanmıştır. Sosyal devlet, sosyal refah devleti, Keynesçi refah devleti şeklinde adlandırılan bu devlet anlayışı, sosyal hizmet ve sosyal yardım alanlarına önemli kamusal kaynak ve yatırım harcamaları yaparak 1945-1975 yılları arasında Altın Çağ olarak adlandırılan sosyal refah düzeyine ulaşmayı başarmış ve küreselleşme ve bilgi toplumunun oluşumuna kadar etkinliğini sürdürmüştür (Dal, 2017). Bununla birlikte 1970'lerin ortaları itibariyle sadece devletin sağladığı sosyal refah geçerliliğini kaybederek, yerel yönetimler, özel sektör ve gönüllü kuruluşların etiknlikleri artmaya başlamış, sosyal politika uygulamaları merkezîyetçi bir yönetimden yerel ve özel yönetimlere doğru güç kaydırarak sahadan da önemli sorumluluk paylaşımı ortaya çıkmış ve bahse konu sosyal politika hizmetlerinin pratikleri dönüşüme uğramıştır. Marxist ve neo-liberal politikaları savunan yeni sağ kesimlerce de eleştirilen paternalist, anti-liberal refah devletleri, işsizliğin, yoksulluğun sorumlusu olarak hedef gösterilmiştir. Bu dönüşüme etki eden faktörler ise, birinci ve ikinci petrol şoklarının yol açtığı iktisadi krizler, ekonomiye doğrudan müdahalede bulunan refah devletinin artan talepler neticesinde sosyal refah için kamu harcamalarının artması, bütçe açıkları, artan vergi yükü ve enflasyon, boşanmaların artarak sosyal yardım harcamalarına taleplerin artması, nüfusun yaşlanması şeklinde sıralanabilmektedir (Ersöz, 2003: 128,129).

Son olarak, 1990'lı yılların başlarında Sovyet Bloğunun çökmesiyle başlayan küreselleşme ve küreselleşmenin etkileri, nüfusun yaşlanması, aile yapılarındaki değişimler, teknolojik gelişmeler, üretim faktörleri dünyaya yayılmış uluslararası çapta faaliyet gösteren ticari şirketlerin rekabetleri ve sermaye artırma girişimleri, ulus refah devletlerinin mevcut sosyal politikalarını yetersiz kılmaktadır ve küreselleşmeye özgü yeni bir koruma biçiminin oluşturulması gereği tartışılmaktadır. Bununla birlikte, bu güne kadar sosyal politika, "Dar Anlamda" ve "Geniş Anlamda Sosyal Politika" şeklinde sınıflandırılırken günümüzde, uluslararası çapta sosyal güvenlik ağı tesis etmek, tam istihdamı sağlamak, küresel piyasa ekonomilerine hitap edecek çözümler üretmek, küresel yoksulluğu ve göçleri önlemek üzere, yeni "Uluslararası (Küresel) Anlamda Sosyal Politika" dalının oluşturulup yürürlüğe koyarak, küresel sosyal düzenleme ile küresel yeniden dağılım mekanizmalarının oluşturulmasının yolları aranmaktadır (Kaasch, 2015).

BÖLÜM II DÜNYA'DA VE TÜRKİYE'DE ÇOCUK VE GENÇ MADDE BAĞIMLILIĞINA İLİŞKİN MEVCUT DURUM

Dünya'da madde kullanımıyla ilgili veri ve eğilimlerin sağlıklı bir biçimde ortaya konulabilmesi ve küresel mücadele için uygun politikaların oluşturulması ve uygulanabilmesi, ancak Birleşmiş Milletler, Avrupa Birliği, Interpol, Europol, Dünya Sağlık Örgütü gibi uluslararası örgütlere, üye ülkelerce sağlanan ulusal veriler, ilaveten toplumsal ve bilimsel araştırmalar ile yürütülmeye çalışılmakta ve mümkün olabilmektedir. Bu bağlamda uluslararası kuruluşlar elde ettikleri veriler ve analiz çalışmaları neticesinde belirli dönemlerde çoğunlukla yıllık raporlar yayınlamaktadırlar.

2.1. Küresel çapta veriler ve dünya genelinde durum

Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (UNODC) tarafından her yıl yayınlanan “Dünya Madde Raporu” da, dünyada uyuşturucu sorununun daha iyi anlaşılmasını sağlamak ve sağlık, kamu ve güvenlik üzerindeki olumsuz etkilerine karşı küresel işbirliğini güçlendirmeyi amaçlamaktadır¹¹. Söz konusu yıllık raporlar beş kitapçıktan oluşmakta ve 2019 yılına ait raporda sırasıyla; birinci kitap, diğer dört kitabın temel bulguları ve politika etkilerini özetler niteliktedir. İkinci kitap, madde tedariği, kullanımı ve sağlık sonuçları ile ilgili eğilimlerin ve tahminlerin küresel boyutta ifade edilmesi niteliğindedir. Üçüncü, dördüncü ve beşinci kitapları ise sırasıyla uyuşturucu yani depresanlar, uyarıcılar ve halüsinojenler ile ilgili eğilimlerin, gelişmelerin ve sonuçların tasniflendirilerek değerlendirildiği güncel bilgileri içermektedir (Birleşmiş Milletler, 2020). Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisinin 2019 yılında yayınlanan Madde Raporu’nda yer alan küresel genel değerlendirmede; 2017 yılında 2016 yılına benzer şekilde 15-64 yaş aralığında bulunan yaklaşık 271 milyon kişinin, diğer bir ifade ile dünya nüfusunun yaklaşık %5.5’inin madde kullandığı bildirilmiştir. Daha geniş bir değerlendirme ile, 2009 yılında 210 milyon olan madde kullanan kişi sayısında %30 oranında ciddi bir artış yaşandığı görülmüştür. Dünya nüfusunun genel olarak %10 civarında artış gösterdiği göz önünde bulundurulsa da, madde kullanımında %30’luk artışa etki eden faktörler arasında, opioid kullanımının Afrika, Asya, Avrupa ve Kuzey Amerika ülkelerinde yaygınlaşması ve Kuzey Amerika, Güney Amerika ve Asya ülkelerinde esrar kullanımında görülen artış sebep gösterilmektedir. 188 milyon kişi ile küresel olarak en yaygın kullanılan esrar maddesinin, Amerika ve Asya’da kullanımında artış görülmüş, tedavi müracaatları 30 milyon kişiden 35 milyon kişiye çıkmıştır (Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (UNODC), 2019).

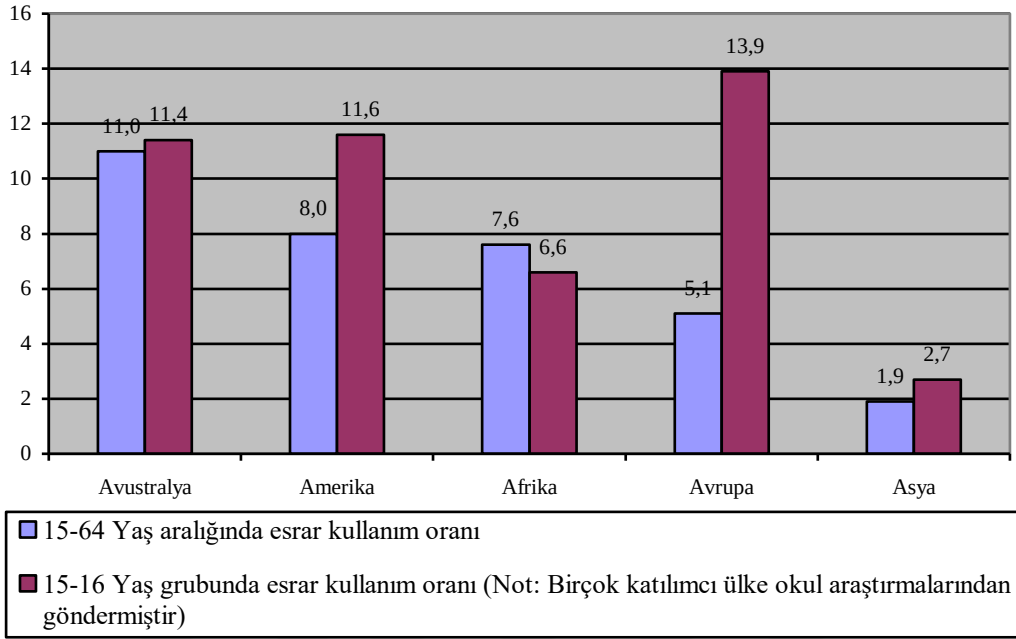
Yaklaşık olarak 35 milyon insanın 2017 yılına ait veriler ile psikoaktif madde kullanımına bağlı sağlık sorunları yaşadığı tahmin edilmektedir. Her yıl ortalama 350.000 erkek ve 150.000 bayanı olmak üzere yarım milyon insanın madde kullanımına bağlı olarak

¹¹ Halen birçok ulusal kaynaklarda “uyuşturucu” olarak çevrilen “drug” kelimesinin kavram kargaşasına engel olmak için “madde” kelimesi şeklinde kullanılmasının daha doğru bulunduğunu ve bu yönde kullanımının artmaya başladığını hatırlatalım. Dolayısıyla bazı kaynaklarda da yer aldığı üzere, ortak duyarlılıkla “Dünya Uyuşturucu Raporu” yerine “Dünya Madde Raporu”, “BM Uyuşturucu ve Suç Ofisi” yerine “BM Madde ve Suç Ofisi” kullanılmıştır.

hayatlarını kaybettikleri değerlendirilmektedir. Opioid kullanımına bağlı olarak, ki çoğunlukla sentetik opioid kullanımına bağlı ölümler, yüksek gelirli ülkelerde ölüm oranı eğilimlerinin ciddi şekilde değişmesine sebep olmuştur ve “opiod krizi” olarak adlandırılmıştır. 2017 yılında, küresel hastalık yükünün %1.3’ünü teşkil edecek şekilde 42 milyon sağlıklı yaşam süresinin madde kullanımı sebebiyle zayi olduğu bildirilmiştir. Yaklaşık 11 milyon insanın enjeksiyon yoluyla madde kullandıkları ve bunların %1.4 milyonunun HIV ile ve %5.6 milyonunun da Hepatit-C ile yaşamakta oldukları rapor edilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2018). Bununla birlikte 2017 yılında madde kullanımı sebebiyle meydana gelen ölümlerin sayısı, 70.000’i A.B.D.’nde olmak üzere toplamda yaklaşık 585.000 kişi olarak bildirilmiştir (Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (UNODC), 2019).

Konumuz çerçevesinde bilgi sunan Birleşmiş Milletler güncel verileri ise yine UNODC’nin 2018 yılına ait raporunda dördüncü kitap olarak yer alan, yaş gruplarına göre özellikle gençlerde madde kullanımına ilişkin riskleri ve güvenlik açıklarını, buna bağlı olarak karşılaştıkları sağlık ve sosyal sorunları ve madde ticaretinde yer aldıkları fonksiyonları inceleyen kitapta bulmak mümkündür. Yaş gruplarına, ülkelere, madde çeşitlerine ve başkaca kümelere göre ayrı-ayrı tasniflerin bulunduğu söz konusu rapora göre, genel bir değerlendirme ile dünya genelinde bütün madde çeşitlerinin kullanımı bakımından en yüksek seviyede madde kullanım yaş aralığı 18-25 yaş aralığında bulunmaktadır. Çocuk ve gençlerin madde kullanımına mikro ölçeğe aile, okul ve arkadaş çevresi, makroda ise sosyoekonomik ve fiziksel şartlar, yaşam koşulları gibi birçok faktör etki etmektedir. Bu faktörlere bağlı olarak yaşanan zorluklar, çocukları ve gençleri madde kullanımı ve ticaretinde yer almaları şeklinde kendini gösteren mağduriyetlere maruz bırakmaktadır. Birçok araştırmaya göre çocukların madde kullanımına başlamalarında en riskli dönemleri 12 ila 14 yaş aralığı yani ilk ergenlik ve 15 ila 17 yaş aralığı yani son ergenlik dönemleri olarak tespit edilmiştir. Birçok çocuk ve genç, özellikle ergenlikten genç yetişkinliğe geçiş dönemlerinde aşmak durumunda kaldıkları sosyal ve psikolojik zorlukların karşısında, rahatlamak, sosyalleşmek ve sosyal ortamlara uyum sağlamak gibi kaygılar sebebiyle madde kullanımına ihtiyaç hissetmekte veya zaafiyet göstermektedir. 2016 yılında 130 ülkeden sağlanan ulusal veriler ışığında dünyada kendi yaş aralığında bulunan nüfusun %5.6’sını teşkil eden 15 ila 16 yaş aralığındaki 13.8 milyon, çoğunluğunun öğrenci olduğu bildirilen çocuğun son bir yıl içerisinde en az bir kez esrar kullandığı bildirilmiştir. Tipik olarak ilk kez deneyimlenen psikoaktif madde ise esrar maddesi olarak kendini göstermektedir. Çalışmamızda maddelerin ‘Merkezi Sinir Sistemi Üzerindeki Etkilerine Göre’ yapılan sınıflandırma içerisinde Halüsinojenler başlığı altında esrar maddesini diğer daha güçlü psikoaktif maddelere geçiş maddesi olarak değerlendirildiğini belirtmiştik (bkz. s.37). Dünya’da en yaygın kullanılan madde türü olan esrar ile ilgili bildirilen bu verilerle bağlantılı olarak 15-64 yaş ve 15-16 yaş gruplarının esrar kullanım oranları ise kıtalara göre aşağıdaki grafikte verilmiştir (Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (UNODC), 2018).

Grafik 1. Kıtalarla Göre 15-16 ve 15-64 Yaş Gruplarının Kendi Yaş Grupları İçerisindeki Esrar Kullanım Yüzdelik Oranları



Kaynak: (Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (UNODC), 2018).

Okul araştırmaları ve sağlık kayıtlarından haklarında bilgi edinilemeyen çocuklarla ilgili ayrıca çalışmalar da yapılmaktadır. Dünya’da 100 milyon sokak çocuğunun bulunduğu tahmin edilmektedir (Women Aid International, 2019). UNICEF sokak çocuklarını veya gençlerini, yetişkinliğe ulaşamamış, sokakların kendileri için bir alışkanlık ve/veya geçim kaynağı haline gelmiş, ebeveyn veya sorumlu yetişkinler tarafından yeterince korunmayan kız ve erkekler olarak tanımlamaktadır. Sokak çocukları, sokakta bulundukları durum ve yaşantılarına göre üç grupta incelenmektedir: 1.Sokakların Çocukları: Sokaklardan başka kalacak evi-yurdu bulunmayan, aileleri tarafından terk edilmiş veya herhangi bir aile üyesi bulunmayan çocuklardır. Bu grup çocuklar, metruk yapılar, veya köprü, merdiven altı gibi kuytu yerlerde yaşam mücadelesi vermektedirler. 2. Sokaktaki Çocuklar: Aileleri ile irtibatları vardır ve genellikle geceleri uyumak için evlerine dönerler, ancak günlerinin çoğunu ve bazen de gecelerini yoksulluk, ev kalabalığı veya evde maruz kaldığı muhtemel cinsel veya fiziksel taciz ve istismarlar sebebiyle sokakta geçirirler. 3. Sokak Ailesi Çocukları: Bazı çocuklar aileleri ile birlikte, yoksulluk, doğal afetler, savaş ve göç sebebiyle sokakta yaşarlar. Gerekli olduğunda bir yerden başka bir yere aileleri ve eşyaları ile birlikte yer değiştirirler. Bu tür çocuklar genellikle ailenin diğer üyeleri ile birlikte sokakta çalışmaktadırlar (Dünya Sağlık Örgütü (WHO), 2000).

22 ülkeden dahil edilen 50 çalışma neticesinde yapılan genellemede, sokak çocuklarının madde kullanımı ile ilgili tahminler aşağıda tabloda yer almaktadır:

Tablo 4. Sokak Çocuklarının Madde Kullanım Oranları

Kullanılan Madde	Analiz sonucu ortalama Yüzde Oranı	Güven Aralığı
------------------	------------------------------------	---------------

Alkol	41	31-50
Tütün	44	34-55
Esrar	31	18-44
Kokain	7	5-9
İnhalan (Bali, Tiner v.s.)	47	36-59

Kaynak: (Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (UNODC), 2018).

Veriye ulaşım zorlukları bakımından kısıtlı kaynaklarla yapılan sistematik çalışmalar ve analizler neticesinde, dünya genelinde sokak çocuklarının ucuz ve kolay elde edilebilir psikoaktif maddelerden yapıştırıcı, tiner, petrol, boya gibi inhalanları daha yaygın kullandıkları çıkarımı yapılmaktadır. Yukarıdaki grafikte de %47 ortalama oranla inhalanların sokak çocukları tarafından en yaygın kullanılan psikoaktif madde olarak tercih edildiği görülmektedir. Bununla birlikte, sokak çocukları tarafından kokain kullanımı Güney ve Orta Amerika’da, alkol kullanımı ise daha çok Afrika, Güney ve Orta Amerika’da görüldüğü rapor edilmektedir (Colleen, Gust, ve MacLean, 2011). Enjeksiyon yöntemiyle madde kullanımının ise Ukrayna’da yaygın olduğu yapılan bir çalışmada görülmüştür. Sokakta yaşayan çocukların %15’inin enjeksiyon yöntemiyle madde kullandığı bildirilmiş ve bunların yaklaşık olarak yarısının enjektörü tek kullanıma riayet etmeden ortak enjektör kullandıkları bildirilmiştir. Aynı grup çocukların %75’inin de cinsel olarak aktif oldukları tespit edilmiştir (Busza, ve diğerleri, 2011).

2017 yılı itibariyle A.B.D.’nde Kolombiya Bölgesi’ne ilaveten sekiz eyalette daha tıbbi kullanım harici esrar maddesi kullanımına hukuki olarak izin verilmiştir. Kolorado eyaleti, esrar maddesinin tıbbi kullanım harici kullanımına izin veren ilk eyalet olarak kendini göstermiştir. Kolorado Eyaleti’nde, esrar kullanımının yasallaşmasından sonra özellikle 18-25 yaş aralığında bulunan esrar kullanıcı sayısında önemli ölçüde artış görülse de, 17-18 yaş aralığındaki kullanıcı sayısı neredeyse sabit kalmıştır. Bununla birlikte esrar kullanımına bağlı hastane acil servis kayıtlarında ve esrar maddesi etkisi altında meydana gelen trafik kazaları kayıtlarında patlamalar yaşanmıştır. Uruguay’da da aynı şekilde hukuksal olarak kişi başına yıllık 480 gr. serbest kullanım amaçlı esrar maddesi istihkakına izin vermektedir. Kullanıcı esrar maddesini eczane ve esrar kulüplerinden temin edebildiği gibi, kendi tarımsal üretimine de izin verilmiştir. İlgili yasa ancak esrar maddesinin azami %9 oranında tetrahidrokannabinol (THC) ve asgari %3 oranında kannabidiol (CBD) ihtiva etmesi şartını koymuştur (Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (UNODC), 2018).¹²

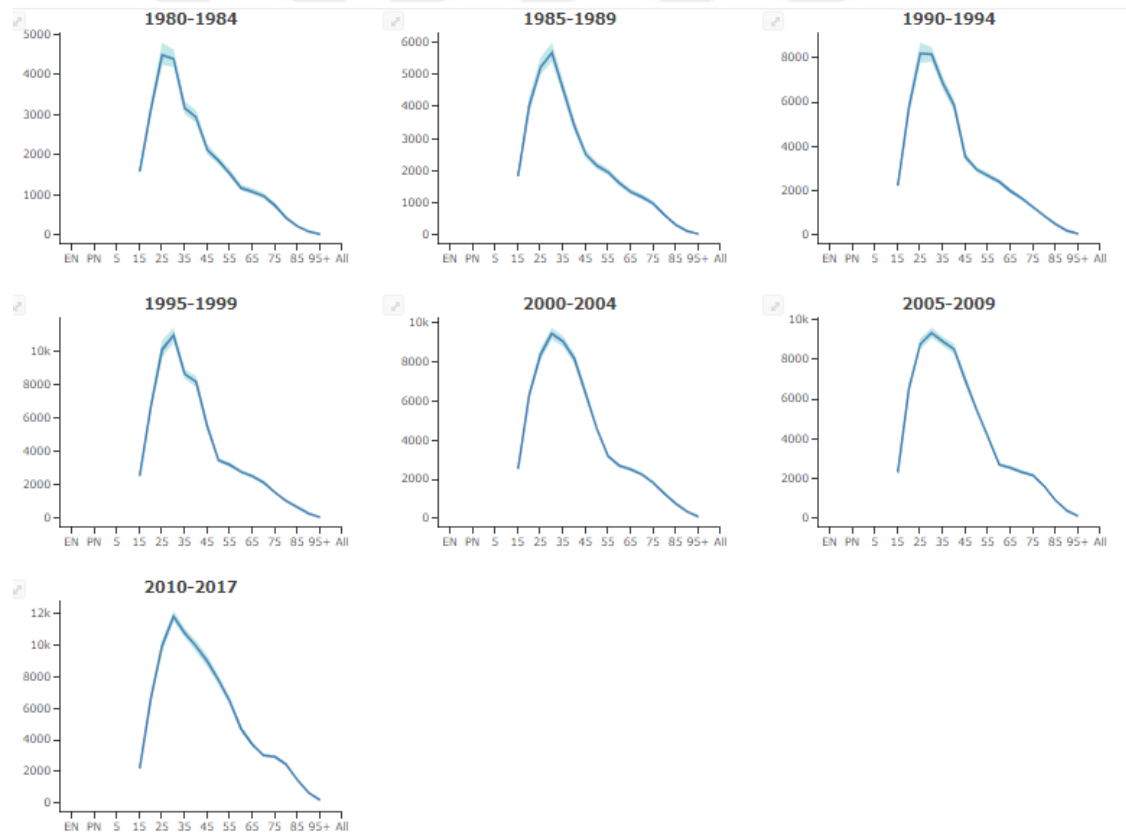
2016 yılında Amerika Kıtası’nda Bolivya, Kolombiya, Ekvador ve Peru’da üniversite öğrencileri üzerinde yapılan bir araştırmaya göre, alkol ve sigaradan sonra en yaygın kullanılan psikoaktif maddenin yine esrar maddesi olduğu tespit edilmiş ve kokain,

¹² Esrar maddesi elde edilen kenevir bitki çeşitlerinde THC psikoaktif maddesinin etkisini baskılayan CNB gibi doğal kimyasalların bünyelerinde bulunduğunu, hatta CNB’nin zirai yöntemlerle minimize edilerek yetiştirilen doğal hibrit kenevir bitkisinin “Skunk” olarak adlandırıldığını hatırlayalım (bkz. S.36).

ecstasy, LSD ve uçucu inhalan kullanımı da bildirilmiştir. Bununla birlikte tipik olarak esrar, kokain, LSD ve ecstasy maddelerini içeren çoklu madde kullanımının da öğrenciler arasında yaygın olduğu görülmüştür. İki veya daha fazla madde kullanımı bildirilen öğrencilerin oranlar Kolombiya’da 1/3, Ekvador’da %20 ve Peru’da %7 civarındadır. Kokain kullanımında Avrupa ile birlikte Amerika’da da belirgin artışların yaşandığı saptanmıştır. Kuzey Amerika’da 2016 yılında kokain kullanımına bağlı ölüm sayısının 10.000’den fazla olduğu bildirilmiş ve 2013 yılına ait kokain kullanımına bağlı ölüm sayısının iki katı olarak kayda alınmıştır. 2013-2016 yılları arasında ise metamfetamin maddesi kullanımı artarak, eroin maddesinden sonra en yaygın kullanılan bir psikoaktif madde tehdidi olarak rapor edilmektedir (Çetinöz, 2019: 12).

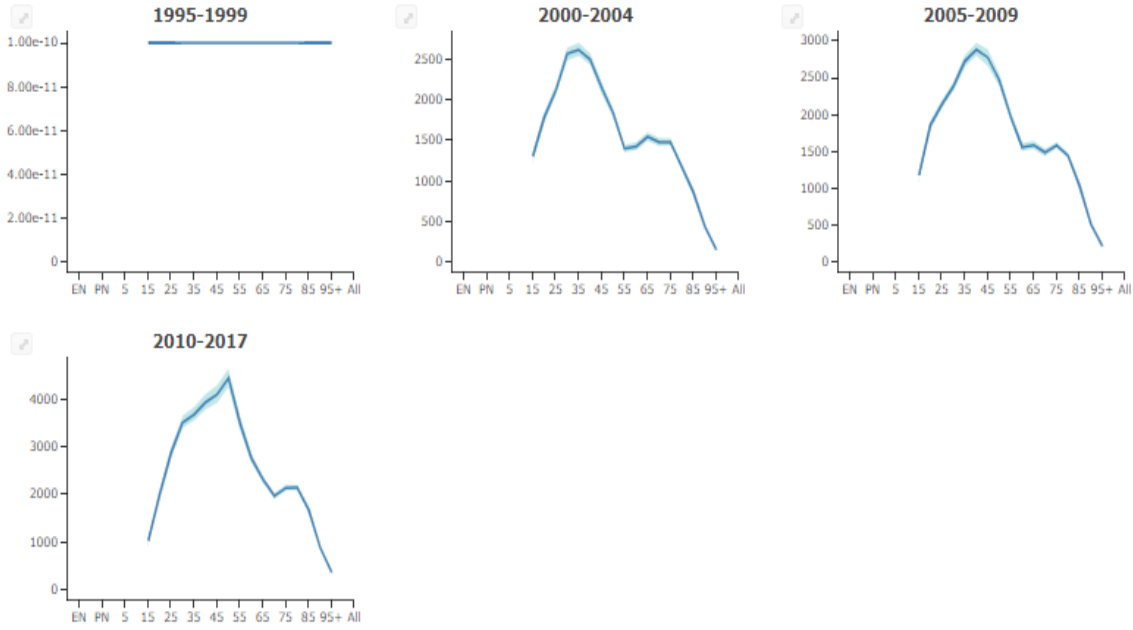
A.B.D., Washington-Seattle’da bulunan “Sağlık Ölçümleri ve Değerlendirme Enstitüsü (IHME)” nün dünyada madde kullanım bozukluklarına bağlı olarak meydana gelen ölümlerin yaş ve cinsiyete göre sınıflandırılmış verilerinden elde edilen grafikler güncel olarak 08 Kasım 2018 tarihinde yüklenmiştir ve çalışmamızda Grafik 2. ve Grafik 3.’de gösterilmiştir:

Grafik 2. Madde Kullanım Bozuklukları Sebebiyle Dünya’da Meydana Gelen Erkek Ölümleri



Kaynak: (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018).

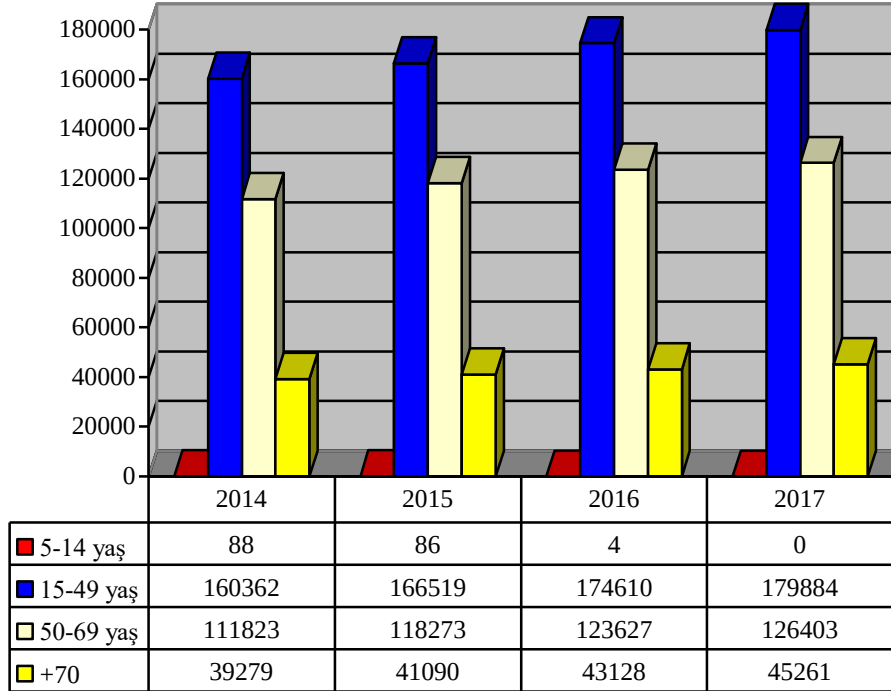
Grafik 3. Madde Kullanım Bozuklukları Sebebiyle Dünya’da Meydana Gelen Bayan Ölümleri



Kaynak: (Institute for Health Metrics and Evaluation, 2018).

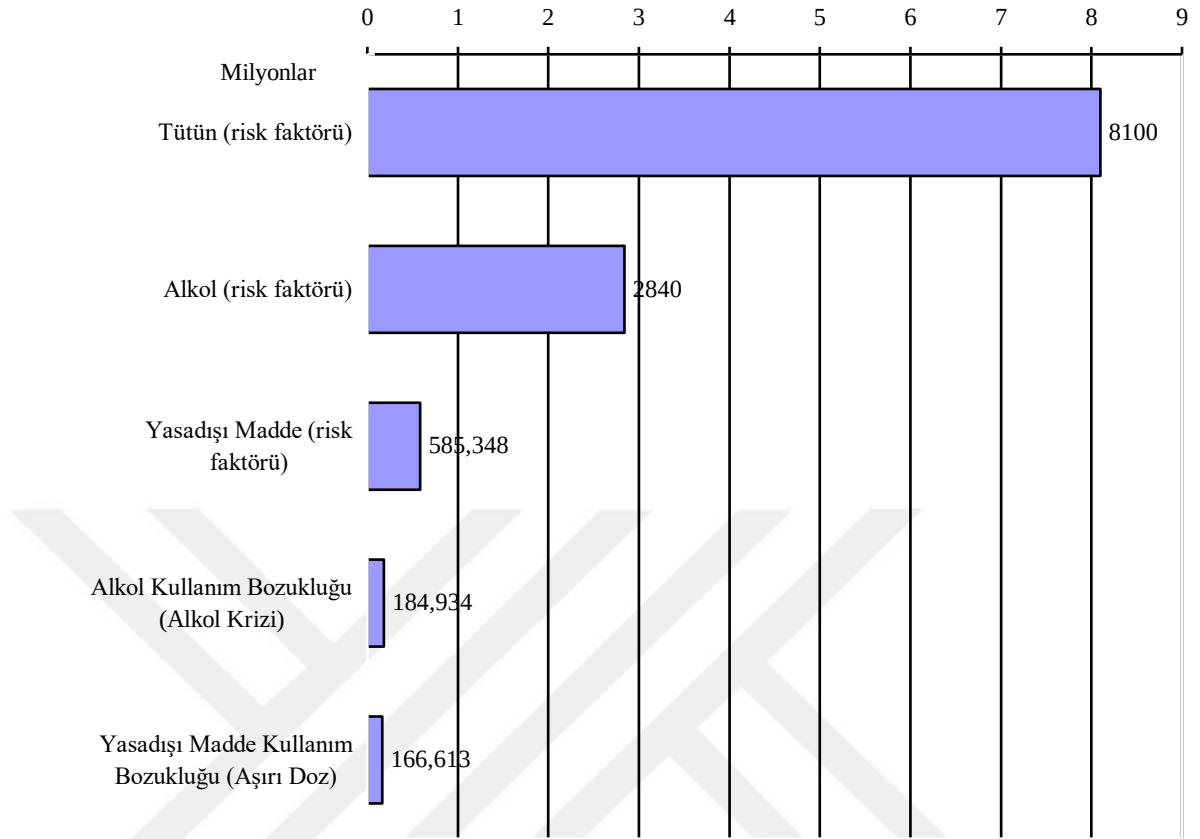
Dünya genelinde madde kullanımı sebebiyle meydana gelen ölüm olaylarının çoğunluğu genç ölümleridir. Farklı kaynaktan elde edilen, aşağıda yer alan grafikte de yine madde kullanım bozukluklarından kaynaklanan ölümlerin yaşa göre dağılımı genel olarak yer almaktadır. Dikkat çeken husus, ölümlerin yarısından fazlasının 50 yaş altında meydana gelen ölümler olmasıdır. (Ritchie ve Roser, 2019).

Grafik 4. Dünya Genelinde Madde Kullanım Bozukluklarına Bağlı Olarak Meydana Gelen Bildirilmiş Ölüm Sayılarının Yıllara Göre Yaş Tasnifi



Kaynak: (Ritchie ve Roser, 2019).

Grafik 5. Dünya Geneline Madde Türlerine Göre Meydana Gelen 2017 Yılına Ait Bildirilmiş Ölüm Sayıları



Kaynak: (Ritchie ve Roser, 2019).

Not: * “Yasadışı Madde” uluslararası anlaşmalar gereği kontrol altına alınan ve yasaklanan opioid, kokain, amfetamin ve esrar türü maddeleri içermektedir.

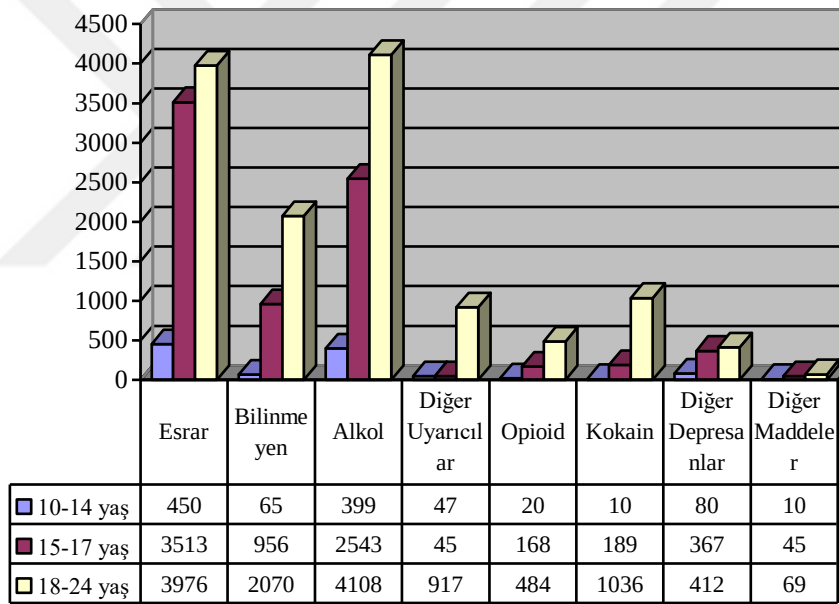
* “Risk Faktörü” bazı rahatsızlık ve kazaların gerçekleşmesine etki eden etmenler olarak, “Kullanım Bozukluğu” ise madde ve alkol aşırı doz kullanımını ve doğrudan ölüm sebebini ifade etmektedir.

2.2. Kanada’da çocuklarda ve gençlerde madde kullanımı

Kanada Sağlık Verileri Enstitüsü (CIHI), 2017 ve 2018 yıllarına ait bilgileri yayınladığı Eylül 2019 raporunda, 10-24 yaş aralığında bulunan gençlerin esrar, alkol, opioid ve diğer madde kullanımı risklerine karşı savunmasız bulunduklarını ve erken yaşta madde kullanımının özellikle 14 yaştan önce madde deneyimlemenin önemli sağlık sorunlarına ve ömür boyu bağımlılığa sebep olacağına dikkat çekmiştir. Hastane kayıtlarından elde edilen verilere dayanarak yapılan analiz çalışmaları neticesinde; çalışma konusu olan 10-24 yaş aralığındaki hastaların %30’u madde kullanımı ve bağımlılık sendromları veya maddeyi terk etme veya azaltma neticesinde ortaya çıkan yoksunluk sendromları sebebiyle, %15 civarı madde kullanımından kaynaklanan psikotik bozukluk ve kronik zihin rahatsızlıkları sebebiyle müşahade altında tedavi gördükleri bildirilmiştir. Rahatsızlıklar eş zamanlı olarak birden fazla sebebe dayandırılabileninden, bahse konu hasta kayıtlarının yaklaşık %41 civarı birincil olarak madde kullanımına bağlı olarak gelişen rahatsızlık olarak kayda alınmıştır. Aynı raporda en yaygın madde kullanımının yine esrar maddesi ve sonrasında alkol kullanımı olduğu bildirilmiş olup, müşahadelerin %69’unun zihinsel sağlık sorunları sebebiyle yapıldığını ve 25 yaş üstü hasta kayıt

oranlarına göre iki kat fazla olduğuna dikkat çekilmiştir. Bu noktada genel olarak zihinsel rahatsızlıklar sebebiyle müşahade altına alınan bayan hastaların %72 oranla madde kullanımına bağlı olarak tedavi gördüğü, erkek hastalarda ise bu oranın %66 olduğu yani, zihinsel rahatsızlıklar sebebiyle müşahade altında bulunan hastalarda madde kullanım ilintisinin bayanlarda daha yüksek olduğu göze çarpmaktadır. Detayında, mod ve duygu durum vakalarında bayan hastaların erkek hastalara oranla daha fazla kayıt edildiği, şizofreni ve diğer psikotik bozukluklarda ise erkek hastaların bayan hastalara oranla daha yoğunlukla kayıt edildiği görülmüştür. 10-24 yaş aralığı hasta grubunun çoğunlukla düşük gelirli ve kırsal bölgelerde yaşayan hastalar olduğu tespit edilmiştir. Yapılan analiz çalışmaları en düşük gelir seviyesine sahip bölgelerdeki zihinsel rahatsız gençlerin sayısının, en yüksek gelir seviyesine sahip bölgelerdeki zihinsel rahatsız genç sayısının iki katı kadar olduğu sonucunu ortaya çıkarmıştır. Ayrıca 15 ve üzeri yaşta bulunan zihinsel rahatsızların tedavi masraflarını karşılayamadıkları için sağlık kuruluşlarında tedavi edilemediği rapor edilmiştir. (Canadian Institute for Health Information (CIHI), 2019).

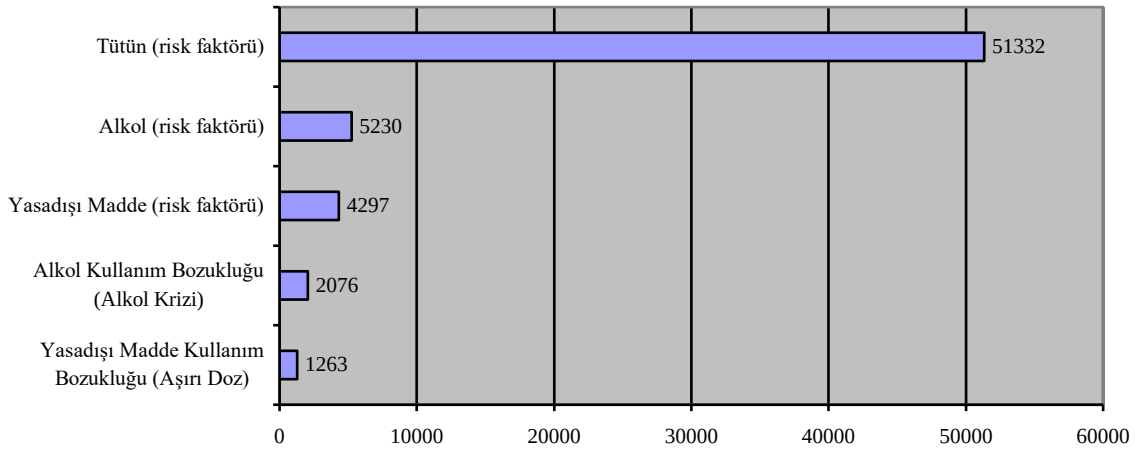
Grafik 6. Kanada’da Gençlerin 2017-2018 Yıllarına Ait Hastane Kayıt Oranları (100.000 Ölçeğinde)



Kaynak: (Canadian Institute for Health Information (CIHI), 2019).

Oxford Üniversitesi’nin Küresel Değişim Veri Tabanı Laboratuvarı çalışmalarında, 2017 yılına ait verilere göre Kanada’da madde ve alkol kullanımına bağlı risk faktörü ve doğrudan ölüm sayıları aşağıdaki grafikte verilmiştir:

Grafik 7. Kanada’da 2017 Yılına Ait Alkol ve Madde Kullanımına Bağlı Gerçekleşen Ölüm Sayıları



Kaynak: (Ritchie ve Roser, 2019).

Not: * “Yasadışı Madde” uluslararası anlaşmalar gereği kontrol altına alınan ve yasaklanan opioid, kokain, amfetamin ve esrar türü maddeleri içermektedir.

* “Risk Faktörü” bazı rahatsızlık ve kazaların gerçekleşmesine etki eden etmenler olarak, “Kullanım Bozukluğu” ise madde ve alkol aşırı doz kullanımını ve doğrudan ölüm sebebini ifade etmektedir.

16 Aralık 2019 tarihi itibarıyla Kanada’da yenilebilir kenevir ürünlerinin satışı hukuken serbest bırakılmıştır. 17 Ekim 2018 tarihi itibarıyla Kanada’da kenevir bitki ürünleri (baharat) ve kenevir yağı zaten lisansı bulunan dükkanlarda satılmaktaydı. 17 Ekim 2019 tarihi itibarıyla yürürlüğe giren yeni mevzuatlar çerçevesinde ilave edilen üç sınıf yeni ürün çeşidi, satışa arz edilmeden önce Kanada Sağlık kuruluşuna bildirimde bulunulması ve sonra 60 gün onay için bekleme süresi şart koşulduğundan, ancak 16 Aralık 2019’da satışlar başlayabilmiştir. Söz konusu yeni üç sınıf kenevir ürünü, yenilebilir veya içilebilir kenevir gıdaları, ağızda eriyen türü de dahil olmak üzere yutulabilir ve teneffüs edilebilir formlar ve harici kullanıma uygun krem ve merhem formları olarak yer almaktadır. Yeni yasada, uygulama aşamasında halk sağlığını ve özellikle gençleri korumak ve özendirmemek adına ambalajlanması, satışa sunum şekli ve içeriği hakkında bazı önlemler alınmaya çalışılmıştır. Buna göre gıda olarak sunulan kenevir ürünleri kapsül veya birim başına azami 10 miligram THC madde içerebilecek ve tatlandırıcı, şeker veya renklendirici içermeyecektir. Gıda haricindeki kenevir ürünleri ise paket başına azami 1000 mg THC maddesi içerebilecek ve tüm paketlerde yeni mevzuatla “Kenevir ürünü yeme veya içmenin etkisi 4 saate kadar sürebilir” şeklinde eklenen ibarenin de bulunduğu yasal uyarı bulunacaktır (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2020).

2.3. Avrupa Birliği ülkelerinde madde kullanımı

Avrupa Birliği ülkelerinde genel olarak 2017 yılı içerisinde psikoaktif madde kullandığı tespit edilen yetişkin sayısının 40 milyon civarında, genç yetişkin sayısının ise 25 milyon civarı olduğu bildirilmektedir (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA), 2019). Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA)’nin çalışmaları neticesinde yayınlanan 2019 yılına ait Avrupa Madde Raporu’nda, Hollanda ve Belçika başta olmak üzere özellikle 2016 yılında sayıları yaklaşık iki kat artan yasadışı MDMA (ecstasy) laboratuvarlarına dikkat çekilmektedir.

Sentetik madde üretiminin artmasıyla Avrupa’da bazı ülkelerde yeni-yeni metamfetamin kullanımı baş göstermeye başlamış ve artışlar görülmüştür. Bununla birlikte 15-24 yaş aralığında bulunan Avrupalı gençlerin yaklaşık %20’inin esrar maddesi kullandığı ve bu yaş grubuna ait en yaygın tedavi başvurularının esrar maddesi kullanımından kaynaklanan rahatsızlıklar olduğu tespit edilmiş ve esrar maddesinin bu kıtada da en yaygın kullanılan uyuşturucu madde olarak öne çıktığı görülmüştür. Madde bazında yapılan analiz sonuçlarına göre ise sırasıyla; **Esrar Kullanımı:** 15-64 yaş aralığında geçen yıl 24.7 milyon kişi yani Avrupa Birliği nüfusunun aynı yaş aralığındaki %7.4 kişisi esrar kullanmış ve şimdiye kadar kayıt altına alınan sayı 91.2 milyon kişiyi yani A.B.’nde %27.4’ü bulmuştur. 15-34 yaş aralığında geçen yıl esrar kullanan kayıtlı kişi sayısı ise 17.5 milyon kişi yani birliğin aynı yaş grubundaki nüfusunun %14.4’ü olarak bildirilmiştir. Geçen yıl esrar kullanımı ile ilgili veri gönderen üye ülkeler değerlendirildiğinde ise en düşük %3.5 ve en yüksek %21.8 olarak ülke verileri kayıt edilmiştir. **Kokain Kullanımı:** Aynı şekilde 15-64 yaş aralığındaki geçen yıla ait kullanım miktarı 3.9 milyon kişi sayısı ile %1.2 oran teşkil etmiş ve bu güne kadar elde edilen kayıt toplamı 18 milyon kişi ile %5.4 olarak hesaplanmıştır. 15-34 yaş aralığında geçen yıla ait kullanım sayısı ise 2.6 milyon kişi ile %2.1 oranı elde edilmiştir. Katılımcı ülkelerden gelen asgari ve azami veri oranları ise %0.2 ve %4.7’dir. Avrupa Birliği’nde kokain maddesinin ilk kullanım yaş ortalamması 23 olarak tespit edildiği ve toz formunda bulunan kokain maddesinin taş formunda bulunan türüne göre daha yaygın olduğu bildirilmektedir. **MDMA (Ecstasy) Kullanımı:** 15-64 yaş aralığı geçen yıl kullanım sayısı 2.6 milyon kişi ve kullanım oranı %0.8, toplam kayıtlı kullanıcı sayısı 13.7 milyon kişi ile %4.1 olarak belirlenmiştir. 15-34 yaş aralığında ise, 2.1 milyon kişi ile %1.7 oran tespit edilmiş olup, üye ülkelerden asgari orana sahip olan ülke %0.2, azami oran ise %7.1 olarak intikal etmiştir. **Amfetamin Kullanımı:** 15-64 yaş aralığında geçen yıla ait kullanım sayısı 1.7 milyon kişi ile %0.5 oran hesaplanmış ve aynı yaş grubuna ait toplam kayıt sayısı 12.4 milyon kişi ile %3.7 oran bulunmuştur. 15-34 yaş aralığında ise 1.2 milyon kişi ile %1 oran hesaplanmış ve genel olarak amfetamin kullanımı bildiren ülkelerden gelen en az oran %0, en çok oran ise %3.9 olarak saptanmıştır. **Opioid Kullanım:** Opioid kullanımı ile ilgili olarak yaklaşık 1.3 milyon kişinin riskli kullanıcı sayısı olarak tespit edildiği bildirilmektedir. 2017 yılında 654.000 kişinin opioid bağımlılığı sebebiyle substitüsyon yani ikame tedavisi aldığı ve Avrupa Birliği’nde madde kullanımı sebebiyle yapılan tedavi müracaatlarının %35’nin opioid kullanımı ile ilgili olduğu tespit edilmiştir. Aynı şekilde madde doz aşımı sebebiyle hayati tehlike olarak kayıt edilen vakaların %85’inin opioid kullanımı ile alakalı olduğu raporda yer almaktadır (Çetinöz, 2019: 86; Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA), 2019).

2017 yılında Avrupa Birliği ülkelerinde, madde kullanımı sebebiyle 973.000 kişi uzman tedavi merkezlerinde, 64.000 kişi hastanede müşahade altında veya hastane refakatinde olmak kaydı ile farklı ortamlarda ve 81.000 kişi de hapishanelerde tedavi gördüğüne dair kayıt edilmişlerdir. Yukarıda verilen oranlar doğrultusunda en yaygın madde kullanım tedavisi ikame tedavisi şeklinde opioid bağımlılarına verilmektedir. Daha sonra gelen en

yaygın bağımlı tedavileri ise, esrar kullanıcıları ve kokain kullanıcıları olarak bildirilmektedir (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2019).

Tablo 5. Avrupa Ülkelerinde Verilere Göre 15-24 Yaş Aralığında Yasadışı Madde Kullanım Yaygınlığı

ÜLKE	YIL	ÖRNEK KİŞİ SAYISI	ERKEK	BAYAN	TOPLAM
Avusturya	2015	855	21,2	17,7	19,5
Belçika	2013	684	14,2	12,7	12,7
Bulgaristan	2016	600	26,3	11,8	19,2
Hırvatistan	2015	888	26,3	14,1	20,4
Kıbrıs	2016	719	6,3	3,4	4,9
Çekya	2017	191	30,1	17,7	23,5
Danimarka	2017	1628	27,3	16,7	21,1
Estonya	2008	243	27,5	13,7	20,7
Finlandiya	2014	688	18,4	13,2	15,8
Fransa	2017	2277	35,4	20,4	28
Almanya	2015	2385	24,4	15,9	20,3
Yunanistan	2015	196	1,9	4,4	3,1
Macaristan	2015	637	13,6	3,4	8,3
İrlanda	2015		25,4	12	18,7
İtalya	2017	1399	28,3	18,8	23,7
Letonya	2015	1314	22,3	8,1	15,4
Litvanya	2016	1127	12,6	3,5	8,2
Lüksemburg					
Malta					
Hollanda	2017	1061	28,4	18,5	23,5
Norveç					
Polonya	2014	197	13	4,9	9,6
Portekiz	2016	1678	9,7	4,6	7,2
Romanya	2016	1310	9,9	6,2	8,1
Slovakya	2015	1171	19,3	7,4	14,4
Slovenya	2012		17,8	12,8	15,5
İspanya	2017	4180	27,6	14	20,9
İsveç	2017	988	15,8	14,4	15,1
Türkiye					
Birleşik	2017	2263	23,9	15,4	19,8

Kaynak: (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2019).

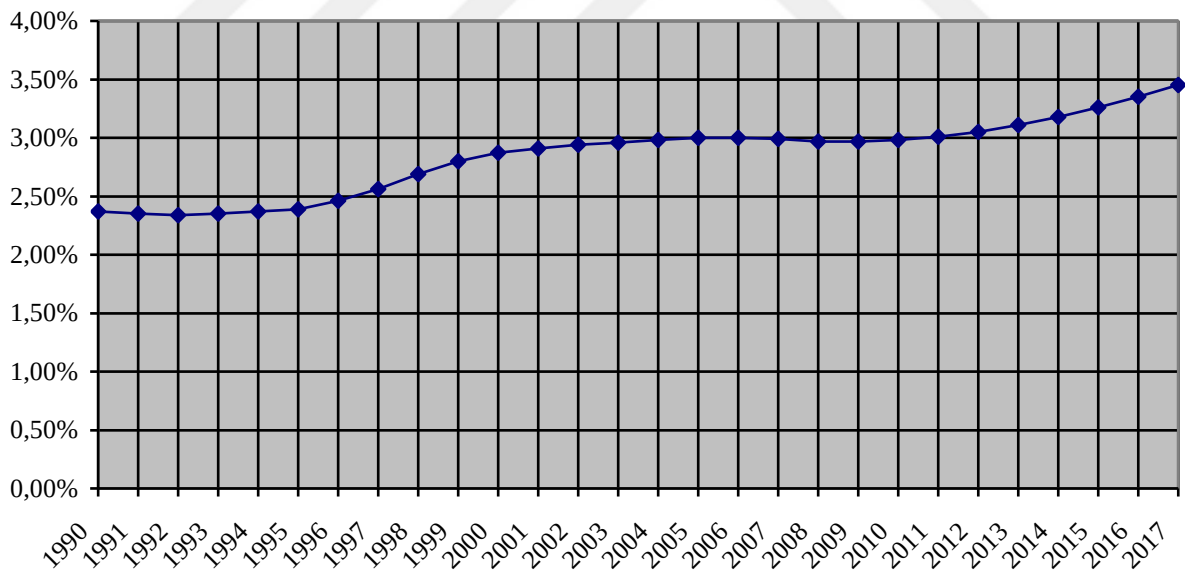
Avrupa Birliği ülkelerinde madde kullanımına bağlı önlenebilir erken ölüm vakaları araştırması sonuçları bahse konu 2019 yılına ait Avrupa Madde Raporu'nda da şu şekilde açıklanmaktadır: 2017 yılında bir veya daha fazla yasadışı madde sebebiyle 8200 ölüm vakası rapor edilmiştir. Bu sayı Norveç ve Türkiye'nin de dahil edilmesi durumunda 9400'e ulaşmaktadır. %80'ini erkeklerin oluşturduğu erken ölüm olaylarında, ölenlerin çoğunlukla 30'lu ve 40'lı yaşlarda bulunan insanlar olduğu dikkat çekmektedir. Her Avrupa ülkesi için geçerli olmasa da, bir genelleme ile madde kullanımına bağlı ölüm olaylarının %80 ila %90'ı opioid ve çoğunlukla eroin kullanımından kaynaklanmaktadır. Bazı Avrupa ülkelerindeki ölüm olaylarında yoğun olarak ikame tedavisinde kullanılan opioidler (reçete edilebilir) otopsi incelemelerinde tespit edilmiştir. Oksikodon

(Oxycodone) ve Tramadol gibi ilaçların da ölüm sebebi olarak rapor edilgi görülmüştür. Opioidlerle ilgili son olarak, hafife alınan Fentanil (Fentanyl) ve analoglarına bağı ölüm vakalarında patlamalar rapor edilmiştir. Stimulan ve Benzodiazepinlerle ilgili olarak meydana gelen ölüm vakalarında, doz aşımı sebebiyle görülen ölümlerin çoğunlukla birden fazla madde kullanımına bağı zehirlenmelerden kaynaklandığı görülmektedir. Bazı ülkelerde kokain enjeksiyonuna bağı ölümlerde artış bildirilirken, genel olarak Avrupa Birliği ülkelerinde kokain kullanımına bağı ölüm sayılarında yaşanan artış dikkat çekmektedir. 2017 yılında Türkiye’de madde kullanımına bağı ölüm olaylarının çoğu sentetik kannabinoidler sebebiyle gerçekleşmiştir. Bazı ülkelerde sahte ilaçlar ve yeni benzodiazepinler madde kullanımına bağı ölüm olaylarında önemli rol oynamaktadırlar. Birleşik Krallık, İskoçya’da madde kullanımına bağı ölümlerde benzodiazepinler özellikle önem arz etmektedir. 2017 yılında İskoçya’da Etizolam gibi yeni çıkan türleri ile birlikte benzodiazepinler, madde kullanımına bağı ölüm vakalarının yarısından fazlasını teşkil etmektedirler (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2019).

2.4. Amerika Birleşik Devletleri’nde madde kullanımı

A.B.D.’nde Madde Kullanım Bozukluğu bulunan hasta tanımının yapılabilmesi için, Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD)’na uygun olarak söz konusu kişilerin en az bir ay süreyle, bağımlılık için tespit edilen bulguların en az üç tanesine haiz olmaları gerekmektedir. Bu kriterlerde yapılan araştırmalarda madde kullanım bozukluğu veya bağımlılığı bulunan kişi sayısının genel nüfusa oranları, yıllara göre aşağıdaki gibidir:

Grafik 8. Amerika Birleşik Devletleri’nde Yıllara Göre Madde Kullanım Bozukluğu Yaşayan Nüfusun Genel Nüfusa Oranı



Kaynak: (Ritchie ve Roser, 2019).

2017 yılında A.B.D.’nde yasadışı psikoaktif maddeler ve reçete edilebilen opioidler de dahil olmak üzere maddenin kullanım bozukluğu yani aşırı doz ölüm vakaları 70.200’den fazla olarak rapor edilmektedir. Aynı kategorideki ölüm vakalarının son on yıl içerisinde ikiye katlanmak suretiyle bu sayıya ulaşıldığı bildirilmektedir. Madde Bağımlılığı Ulusal Enstitüsü (NIH) tarafından, Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (CDCP)’den elde

ettiği istatistik verilerine dayanarak, 1999 yılında 16.849 olan madde kullanımına bağlı aşırı doz ölüm sayısının 2007 yılında 36.010 olarak kaydedildiği, 2017 yılında bu sayının 70.237'e ulaştığı bildirmiştir. %66'sı erkeklerden müteşekkil olan söz konusu ölüm sayılarında en keskin yükselişin diğer sentetik maddeler olarak sınıflandırılan fentanil (fentanly) ve fentanil analoglarında yaşandığı, bu ölümlerin 28.400'den fazla olduğu rapor edilmiştir. Madde çeşitlerine göre yapılan sınıflandırma verilerinde ise 2017 yılına ait ölüm sayısı; diğer sentetik narkotikler grubunda (metadon hariç ve çoğunlukla fentanil olmak üzere) 28.466, reçete edilebilen opioidlerde 17.029, Eroin grubu 15.482, Kokain ölümlerinde 13.942, Benzodiazepin grubunda 11.5137, Metamfetamin maddesinin de dahil olduğu Psiko-stimulanlar grubunda 10.333 ve anti-depresan grubunda 5.269 aşırı doz ölümü gerçekleşmiştir (National Institute on Drug Abuse, 2019).

Bahse konu ölüm sayılarının 15-24 yaş aralığında gerçekleşme verileri, madde çeşidi ve cinsiyet dağılımına göre aşağıda Tablo 6.'da gösterilmiştir.

Tablo 6. Amerika Birleşik Devletleri'nde Yıllara Göre 15-24 Yaş Aralığında Madde Kullanımına Bağlı Aşırı Doz Ölüm Sayıları

YILLAR	1999	2007	2017
Toplam Aşırı Doz Ölümleri	1.240	3.550	5.455
Kadın	346	883	1.663
Erkek	894	2.667	3.792
Herhangi Bir Opioid	620	2.175	4.094
Kadın	141	491	1.209
Erkek	479	1.684	2.885
Reçeteli Opioidler	228	1.536	1.050
Kadın	61	353	322
Erkek	167	1.183	728
Reçeteli Opioidler ve Diğer Sentetik Narkotikler	6	41	364
Kadın	1	12	122
Erkek	5	29	242
Diğer Sentetik Narkotikler (fentanil)	33	175	2.655
Kadın	5	47	778
Erkek	28	128	1.877
Eroin	198	359	1.454
Kadın	38	61	423
Erkek	160	298	1.031
Eroin ve Diğer Sentetik Narkotikler	3	2	701
Kadın			199
Erkek	3	2	502
Kokain	267	563	924
Kadın	60	119	291
Erkek	207	444	633
Kokain ve Herhangi Bir Opioid	147	365	792
Kadın	34	81	259
Erkek	113	284	533
Kokain ve Diğer Sentetik Narkotikler	3	23	564
Kadın		7	188
Erkek	3	16	376
Kötüye Kullanım Potansiyeli Olan Psikostimulanlar (metamfetamin)	67	142	780
Kadın	26	51	281
Erkek	41	91	499
Kötüye Kullanım Potansiyeli ve Herhangi Bir Opioid İçeren Psikostimulanlar	22	67	516
Kadın	8	19	198
Erkek	14	48	318
Benzodiazepines	53	515	1.031

Kadın	12	145	298
Erkek	41	370	733
Benzodiazepinler ve Herhangi Bir Opioid	37	452	942
Kadın	6	128	275
Erkek	31	324	667
Benzodiazepinler ve Diğer Sentetik Narkotikler	5	38	509
Kadın		13	153
Erkek	5	25	356
Antidepressants	59	150	231
Kadın	27	66	111
Erkek	32	84	120
Antidepresanlar ve Herhangi Bir Opioid	13	88	125
Kadın	3	33	51
Erkek	10	55	74
Antidepresanlar ve Diğer Sentetik Narkotikler	5	4	71
Kadın	1	2	26
Erkek	4	2	45

Kaynak: (National Institute on Drug Abuse, 2019).

Ulusal Bağımlılık Enstitüsü ve Ulusal Sağlık Enstitüleri tarafından desteklenen ve 1975 yılı itibariyle özellikle çocuklar ve genç yetişkinler bağlamında araştırmalar yürüten ve “Geleceği Gözlemlemek” (Monitoring the Future (MTF)) isminde raporlar yayımlayan Michigan Üniversitesi Sosyal Araştırma Enstitüsü Ocak 2019 tarihinde bir rapor yayınlamıştır. 8., 10. ve 12. sınıf öğrencileri üzerinde ulusal boyutta yaptığı sosyal araştırmalara 392 okula kayıtlı bulunan 14.800 adet 8. sınıf öğrencisi, 15.100 adet 10. sınıf ve 14.500 adet 12. sınıf öğrencisi olmak üzere toplam 44.500 adet öğrenci hazırlanan ankete dahil edilmiştir. Bahse konu çalışmadan elde edilen rapordan şu çıkarımların yapılması mümkündür: 20. yüzyıl sonlarında A.B.D.’nde ergenlerin yasadışı psikoaktif madde kullanım oranları A.B.D. ve uluslararası standartlarda sıradışı bir artış gözlemlenmiştir. MTF’nin ilk çalışmalara başladığı 1975 yılında, lise mezuniyetine kadar olan süreç içerisinde yer alan gençlerin yaklaşık %55’inin yasadışı psikoaktif madde kullandığı tespit edilmiştir. 1981 yılında bu oran %66’ya çıkmış ve 1992 yılında en düşük seviyeye yani %41 oran görülmüştür. 1999 yılında tekrar yükselme eğilimi görülmüş ve %55 oran tespit edilmiş, müteakiben 2009 yılında %47 ve 2011 yılından sonra da %48 ile %50 arasında seyretmiştir (Johnston, ve diğerleri, 2019).

MTF’nin 2018 yılında yapılan araştırma neticesinde A.B.D.’nde 44 yıldır hiçbir madde kullanımında görülmeyen ani bir artışla aciliyet arz eden en önemli konunun “vaping” olarak tabir edilen buhar teneffüs etme yani bizde bilinen adıyla **elektronik sigara** ile içilen psikoaktif madde kullanımına işaret edilmiştir. Özellikle gençler tarafından çok rağbet gören ve yeni bir eğilim olarak ortaya çıkan kullanım yöntemi ile ilgili olarak ilk kez 2017 yılı itibariyle özel olarak sorular hazırlanmış ve araştırma yöntemlerinin geliştirilmesine devam edildiği bildirilmektedir. Yeni bir kullanım metodu olarak pilli bir güçkaynağı vasıtasıyla ısıtılan sıvı veya çoğunlukla bitkisel maddenin psikoaktif kimyasallarının buharlaştırılarak ayrıştırılması ve nefes yoluyla içine çekilmesine dayanan elektronik sigara yönteminin diğer psikoaktif madde kullanımını da dramatik bir şekilde artırdığı gözlemlenmiştir. Buna göre, 2018 yılında elektronik sigara yöntemiyle kullanılan nikotin maddesi artış oranları 8., 10. Ve 12. sınıflarda sırasıyla %3.4, %8.9 ve %10.9 olarak kaydedilmiştir olup, bu oranların yine aynı sırayla %11, %25 ve %30’a

yükselmesine sebep olmuştur. Aynı yöntemle kullanılan esrar maddesi de çok yaygın hale gelmiş ve 2018 yılına ait artış oranları yine 8., 10. ve 12. sınıflarda sırasıyla %1.3, %4.2 ve %3.6 olark tespit edilerek genel oranların aynı sırayla %4.4, %12.4 ve %13.1 seviyelerine ulaşmasını sağlamıştır. Elektronik sigara içilen diğer çeşitli aromatik sıvılar da oranların artarak aynı sırayla %15, %25 ve %26 oranlarına ulaştığı bildirilmektedir. (Johnston, ve diğerleri, 2019).

Söz konusu Enstitü'nün güncel araştırmaları neticesinde verilere bağlı olarak A.B.D.'nde 8., 10. ve 12. sınıf öğrencileri arasında psikoaktif madde kullanım oranları Tablo 7.'de gösterilmiştir:

Tablo 7. Michigan Üniversitesi Sosyal Araştırma Enstitüsü Yıllık Madde Kullanım Eğilimleri

	8. sınıf			10. sınıf			12. sınıf		
	2018	2018	2019	2018	2018	2019	2018	2018	2019
	-	ulaşıl	ulaşıl	-	ulaşıl	ulaşıl	-	ulaşıl	ulaşıl
	2019	an	an	2019	an	an	2019	an	an
	artış	genel	genel	artış	genel	genel	artış	genel	genel
	oranı	oran	oran	oranı	oran	oran	oranı	oran	oran
Herhangi Yasadışı Madde	%1.5	%13.4	%14.8	%1.1	%29.9	%31.0	%-0.8	%38.8	%38.0
Esrar/Kubar	%1.3	%10.5	%11.8	%1.4	%27.5	%28.8	%-0.2	%35.9	%35.7
Sentetik Esrar	%1.1	%1.6	%2.7	%-0.3	%2.9	%2.6	%-0.2	%3.5	%3.3
Elektronik Sigarada Esrar	%2.6	%4.4	%7.0	%7.0	%12.4	%19.4	%7.7	%13.1	%20.8
İnhalanlar	%0.1	%4.6	%4.7	%0.4	%2.4	%2.8	%0.3	%1.6	%1.9
LSD	%0.0	%0.9	%0.9	%0.3	%2.0	%2.3	%0.4	%3.2	%3.6
Kokain	%-0.1	%0.8	%0.7	%-0.1	%1.5	%1.5	%-0.1	%2.3	%2.2
Crack	%0.0	%0.4	%0.4	%0.0	%0.6	%0.6	%0.1	%0.9	%1.0
Amfetamin	%0.4	%3.7	%4.1	%-0.4	%5.7	%5.2	%-1.0	%5.5	%4.5
Metamfetamin	%0.0	%0.4	%0.5	%0.0	%0.4	%0.5	%-0.1	%0.5	%0.5
Kristal Metamfetamin							%0.1	%0.6	%0.6
Eroin	%0.0	%0.3	%0.3	%0.1	%0.2	%0.3	%0.0	%0.4	%0.4
Trankilizanlar	%0.4	%2.0	%2.4	%-0.4	%3.9	%3.4	%-0.5	%3.9	%3.4
Sedatifler (Barbitüratlar)							%-0.2	%2.7	%2.5
MDMA (ecstasy)	%0.1	%1.1	%1.1	%0.3	%1.4	%1.7	%0.0	%2.2	%2.2
Elektronik Sigara	%2.5	%17.6	%20.1	%3.4	%32.3	%35.7	%3.3	%37.3	%40.6

Kaynak: (Johnston, ve diğerleri, 2019).

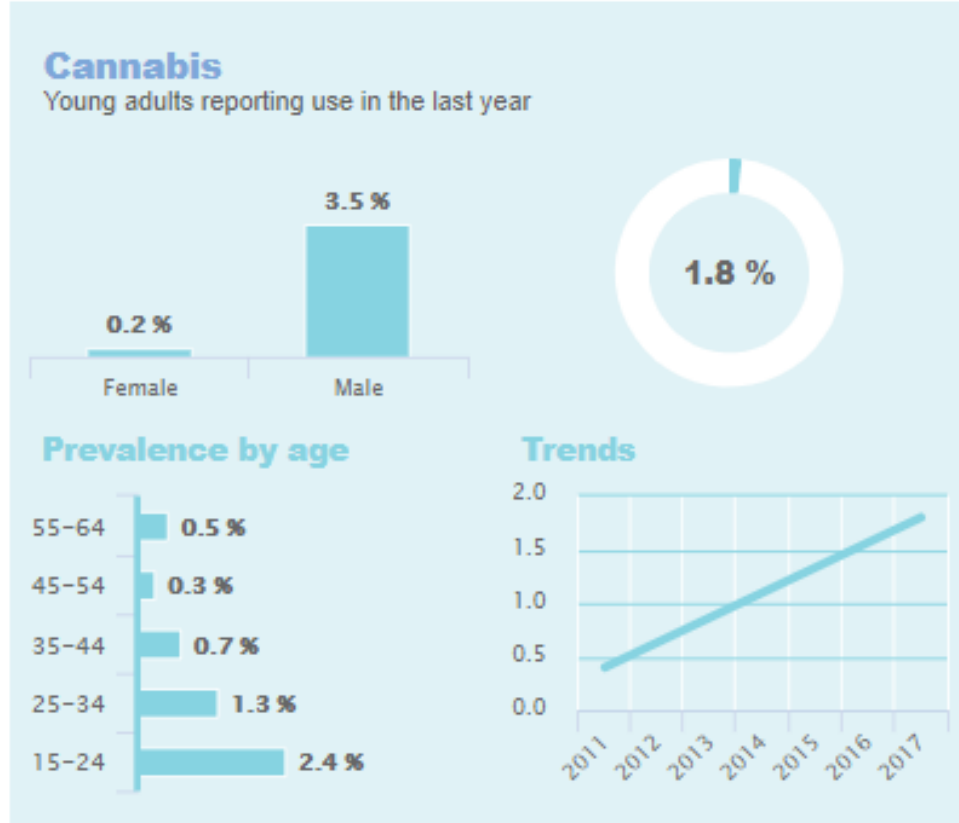
Yapılan araştırmalar genç yetişkinlerde 20'li yaşlar itibariyle psikoaktif madde kullanım oranının yaştan ilerlemesine bağlı olarak arttığını göstermiştir. 2018 yılına ait elde edilen veriler göstermiştir ki, yasadışı madde kullanım oranları üniversite öğrencilerinde %45, tüm 19-28 yaş aralığındaki genç yetişkinlerde %43, 12. sınıf öğrencilerinde %12, 10. sınıf öğrencilerinde %10 ve 8. sınıf öğrencilerinde %6 olarak bulunmuştur (Schulenberg, ve diğerleri, 2019).

2.5. Türkiye’de madde kullanımı

Emniyet Genel Müdürlüğü, Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı tarafından hazırlanan “Türkiye’de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması” 2018 yılı araştırma raporundan elde edilen veriler, son bir yıl içerisinde en az bir defa esrar kullanan kişi sayısının ülke nüfusumuzun yaklaşık %1.1 oranına tekabül ettiği şeklinde yorumlanmaktadır. Bununla birlikte yaş tasnifini de içeren daha detaylı bir ulusal rapor henüz yayınlanmamıştır (T.C. İçişleri Bakanlığı, E.G.M., Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, 2018; Çetinöz, 2019: 10). Ancak Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nden elde edilen verilere dayanılarak 2019 yılında yayınlanan “Türkiye Uyuşturucu Raporu” nda; hayatında en az bir kez madde kullanan kişilerin yaş grubu dağılımlarının şu şekilde olduğu bildirilmiştir: 15-24 yaş grubu %35.4, 25-34 yaş grubunun %30, 35-44 yaş grubu %18.3, 45-54 yaş grubu %7.8 ve 55-64 yaş grubu %8.5. Bu noktada dikkat çeken husus %64 oranla en yoğun madde kullanım oranının 15-34 yaş grubuna ait olduğudur. İlk kez madde deneyimleme yaş ortalaması ise 19 olarak hesap edilmiştir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019). Aynı rapora göre ülkemizde hayatında en az bir kere madde deneyimleyen kişilerin eğitim seviyelerine göre dağılımlarının, %20 ilkokul mezunu, %18.3 ortaokul mezunu, %29.9 lise mezunu şeklindedir. En yoğun kullanımın lise mezunları grubunda olduğu görülmekle beraber halen lise öğrencisi olan kişilerde kullanım oranının %4.5 ve üniversite öğrencilerinde bu oranın %9.7 olduğu bildirilmektedir. Araştırmaya dahil edilen kişiler arasındaki eğitim durumlarına göre dağılımları; okur-yazar olmayanlarda %3.4, ilkokul mezunlarında %20, ortaokul mezunlarında %18.3, lise öğrencilerinde %4.5, normal lise mezunlarında %23.2, meslek lisesi mezunlarında %3.2, açıköğretim lisans mezunlarında %1.6, örgün öğretim lisans mezunlarında %8.9 ve lisansüstü ve doktora mezunlarında toplam %0.5 olarak tespit edilmiştir. İlk kez madde kullanım yaş ortalaması 19 olarak saptanmış olup en yoğun kullanım yaş aralığı ise 15-34 yaş aralığında görülmektedir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019).

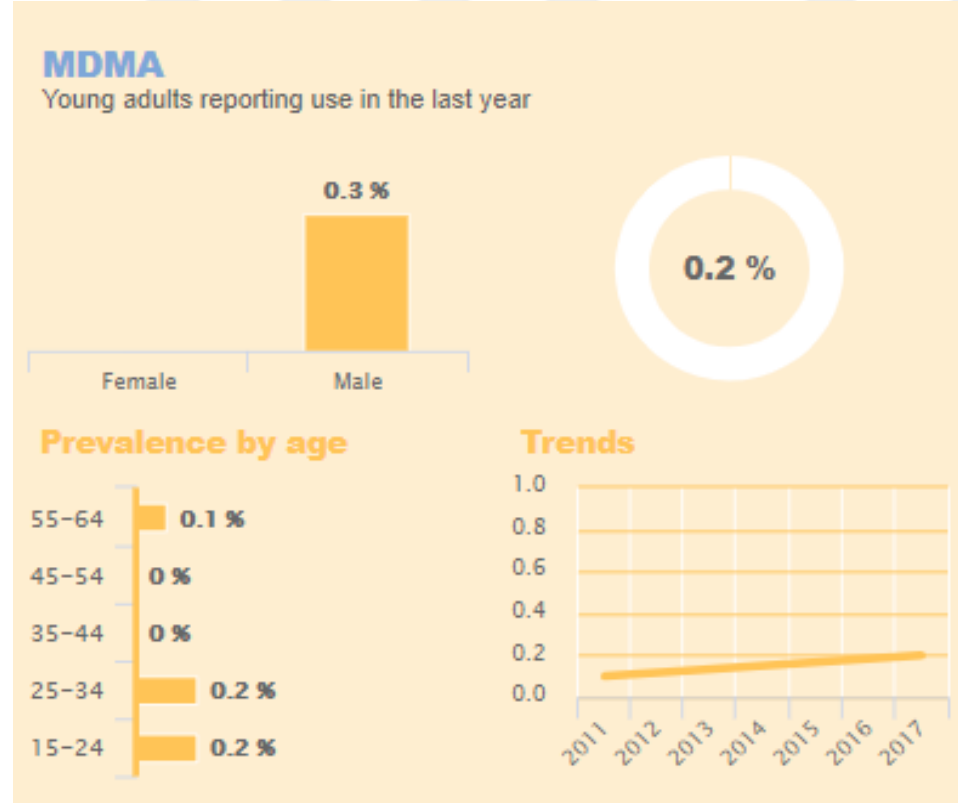
Avrupa Birliği Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi’ne sunulan verilere göre ülkemizde 15-64 yaş aralığındaki nüfus sayımız 54.237.586 olarak kayıt edilmiş, 2017 verilerine bağlı olarak 15-34 yaş aralığında bulunan nüfusumuzun %1.8’inin esrar kullandığı, aynı yaş grubuna ait erkeklerin %3.5’i ve bayanların %0.2’sinin esrar kullanıcısı olduğu bildirilmiştir. Bahse konu kullanıcıların yaş aralıklarına göre tasnifi ise; %2.4’ü 15-24 yaş aralığında, %1.3’ü 25-34 yaş aralığında, %0.7’si 35-44 yaş aralığında, %0.3’ü 45-54 yaş aralığında ve %0.5’i 55-64 yaş aralığında şeklindedir. 15-34 yaş aralığındaki nüfusumuzun esrar kullanım oranları ise 2011 yılında %0.4 iken bu oran 2017 yılı için %1.8 olarak tespit edilmiştir. Esrar maddesi ilk kullanım yaş ortalaması 18 ve ilk tedaviye başvuru yaş ortalaması ise 27 olarak gözlemlenmiştir (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA), 2019).

Grafik 9. Türkiye’de Yıllara Göre 15-34 Yaş Aralığının Esrar Maddesi Kullanım Oranları



Kaynak: (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2019).

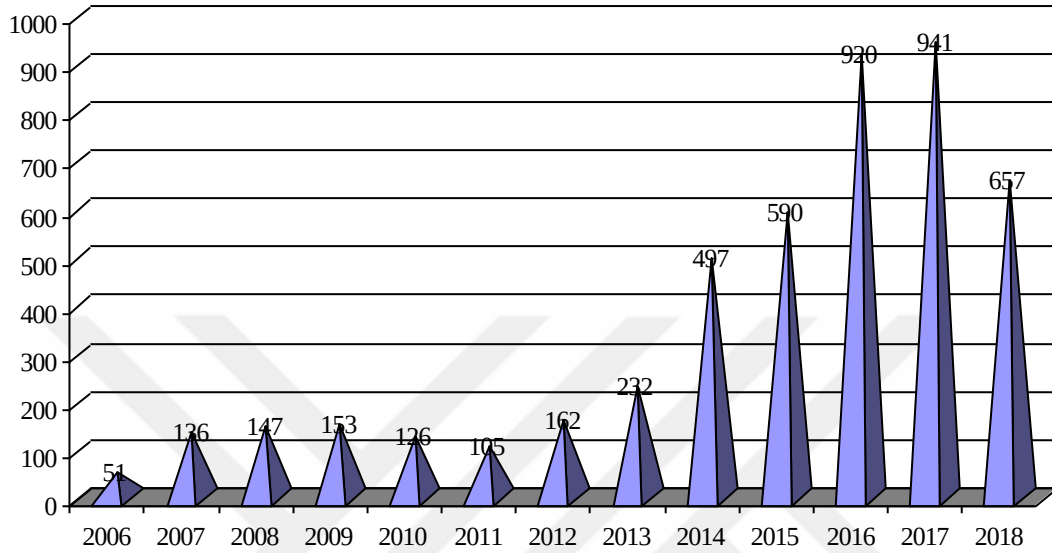
Grafik 10. Türkiye’de Yıllara Göre 15-34 Yaş Aralığının MDMA (ekstasy) Kullanım Oranları



Kaynak: (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2019).

Psikoaktif madde kullanımına bağlı olarak 2017 yılı içerisinde sağlık kuruluşlarına yapılan müracaatların %6'sı esrar kullanımı sebebiyle, yine %6'sı amfetamin kullanımı, %4 kokain, %58'i eroin ve %25'i diğer psikoaktif madde tedavisi olarak tespit edilmiştir (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA), 2019). Aşırı doz sebebiyle ölüm sayıları ise Grafik 11.'de gösterilmiştir:

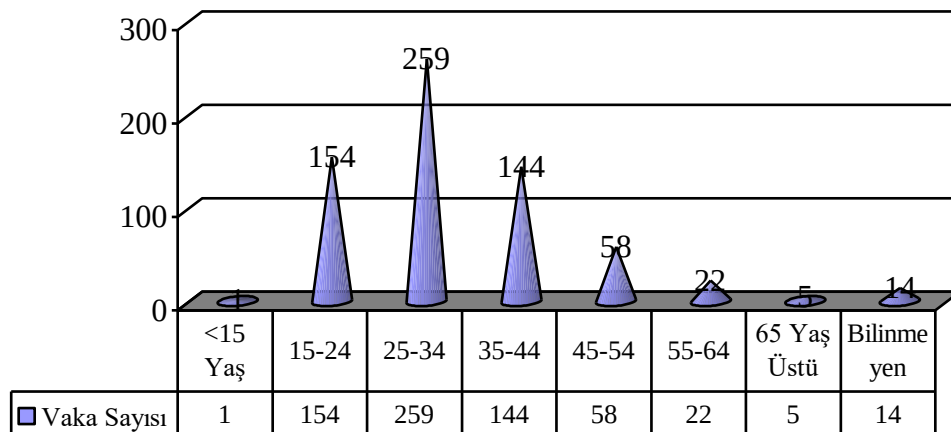
Grafik 11. Türkiye’de Yıllara Göre Aşırı Doz Madde Kullanımına Bağlı Gerçekleşen Ölüm Sayıları



Kaynak: (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA), 2019; Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019).

Psikoaktif madde kullanımına bağlı 2018 yılında meydana gelen 657 ölüm sayısının 636'sının erkek (%96.8) ve 21'i kadın %3.2) olarak kayda geçmiştir. Bu oran 2017 yılına ait ölüm sayılarında %96.6 ya %3.4 olarak tespit edilmiştir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019).

Grafik 12. 2018 yılında Aşırı Doz Madde Kullanımına Bağlı Gerçekleşen Ölümlerin Yaş Grupları



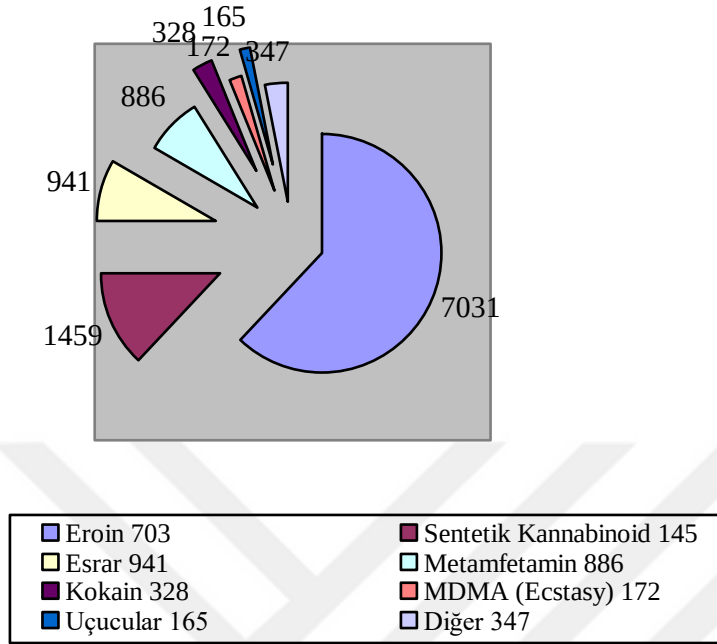
Kaynak: (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019).

Avrupa Birliği ülkeleri ile kıyasla ülkemizde madde kullanımı yaygınlığı düşük seviyede değerlendirilmektedir. Madde çeşitlerine göre en yaygın kullanılan madde türleri sırasıyla esrar, MDMA (ecstasy) ve kokain şeklinde bildirilmiştir. En yüksek kullanım oranı 15-34 yaş aralığı olarak tespit edilmiştir. 14 ila 19 yaş aralığında bulunan öğrencilerde tütün, alkol ve madde kullanımına ilişkin raporlar ise, 15 yaşındaki öğrencilerin yaklaşık %1'i, 14-19 yaş aralığında ise bu oranın %1.5'i yaşam boyu en az bir kez yasadışı psikoaktif madde kullandığı şeklinde, en son 2011'de yapılan bir çalışmaya göre bildirilmiştir (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA), 2019).

Dikkat çeken önemli noktalardan birisi de son yıllarda ülkemizi önemli ölçüde tehdit eden sentetik kannabinoid (bonzai v.b.) kullanımının ölüm oranlarına etkisidir. 2018 yılında meydana gelen madde kullanımına bağı 657 ölüm vakasının 301 tanesi yani %45.8'i sentetik kannabinoid madde kullanımından kaynaklanmıştır. Bu oran 2017 yılı verilerinde %59.9 olarak tespit edilmiştir. Daha sonra sırasıyla MDMA (ecstasy), afyon ve türevleri (opiooidler), kokain, esrar, amfetamin ve benzodiazepinler gelmektedir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019).

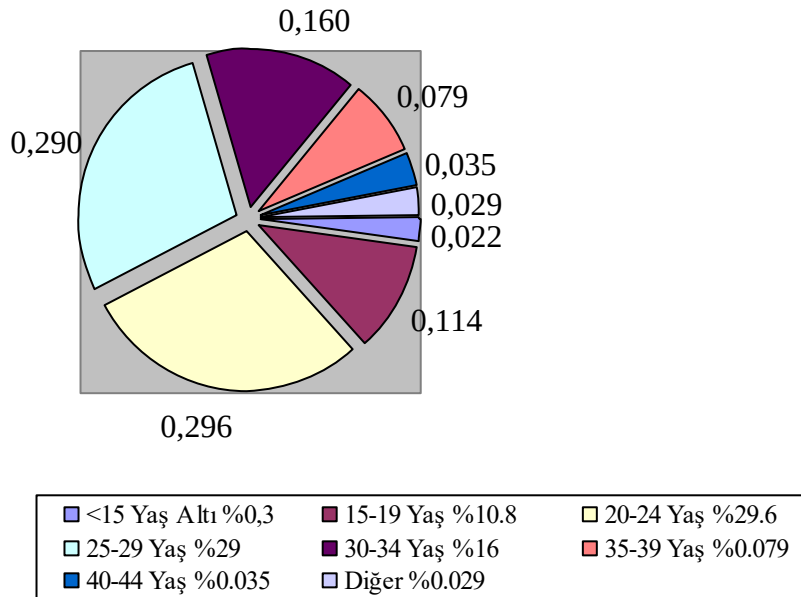
Madde kullanımına bağı tedavi uygulamaları, ülkemizde üniversitelerimiz bünyesindeki Tıp Fakülteleri, Sağlık Bakanlığı'na bağı devlet hastanelerimiz ve Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile irtibatlı üniversite hastaneleri ve özel hastaneler tarafından verilmektedir. Madde kullanımına bağı rahatsızlıklar ayaktan tedavi ve yatarak tedavi olmak üzere iki şekilde tedavi yöntemiyle ilgilenilmektedir. Kurumsal veriler çerçevesinde madde kullanımı sebebiyle tedavi merkezlerimize ayaktan tedavi için müracaat edenlerin sayısı yıllara göre; 2016 yılında 226.869, 2017 yılında 211.126 ve 2018 yılında 251.593 olarak tespit edilmiştir. Yatarak tedavi görenler ise; 2016 yılında 11.232, 2017 yılında 11.633 ve 2018 yılında 11.329 olarak kayıt altına alınmış, 2018 yılında madde kullanımı sebebiyle tedavi merkezlerine müracaat edenlerin %54.3'ünün daha önceden tedavi görmüş olan hastalar, %45.7'sinin de ilk kez tedaviye müracaat eden hastalardan oluştuğu bildirilmiştir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019). Tedavi görenlerin cinsiyet dağılımı ile ilgili veriler ve oranlar her yıl birbirine yakın çıkmaktadır ve 2018 yılında tedavi gören hastaların %95.5'i (10.815 hasta) erkek ve %4.5'i (514 hasta) bayan olarak saptanmıştır. Tedavi müracaatlarının hangi madde ile ilgili olduğu yani madde tasnifi ve tedavi görenlerin yaş dağılımları Grafik 13. ve Grafik 14.'de gösterilmiştir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019).

Grafik 13. 2018 Yılında Türkiye’de Madde Kullanımına Bağlı Tedavi Gören Hastaların Kullandıkları Psikoaktif Maddelere Göre Dağılımı



Kaynak: (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019).

Grafik 14. 2018 Yılında Türkiye’de Madde Kullanımına Bağlı Tedavi Gören Hastaların Yaş Dağılımı



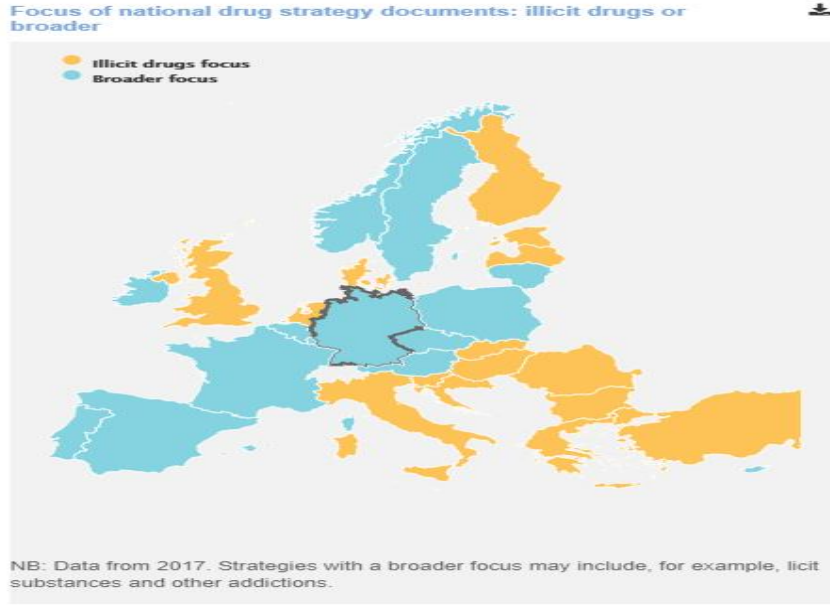
Kaynak: (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019).

Yukarıda yaş dağılımları verilen hastarın ilk kullanım yaş aralıkları ise yoğunlukla 15-24 yaş aralığında meydana gelmiş olup, %9.7'si 15 yaş altında ilk kez madde kullandığını, %36.1'i 15-19 yaş aralığında, %30.1'i 20-24 yaş aralığında, %13.1'i 25-29 yaş aralığında, %6.7'si 30-34 yaş aralığında, %2.7'si 35-39 yaş aralığında, %1.1'i 40-44 yaş aralığında ve %0.6'sı diğer yaşlarda ilk kez psikoaktif madde deneyimledikleri tespit edilmiştir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019).

2.6. Sosyal politika bağlamında küresel mücadele ve dünya ülkelerinden mücadele örnekleri

Spoth ve diğerleri; geçmişte gençlerin davranışlarında herhangi bir etkisi olmayan veya kayda değer bir katkıda bulunamayan, psikoaktif maddelerin zararları hakkında bilgi içeren basımların dağıtılmakta olduğundan, şimdi ise bilimin çok başka bir hikaye anlattığından bahsetmektedir. Ailelerin, okulların ve toplulukların birlikte çalışmasıyla bilimsel bulgulara dayanan önleyici yöntemler, çocukların ve gençlerin, özellikle dışlanmış ve yoksulluk içerisindeki çocukların sağlıklı ve güvenli bir şekilde büyümelerini ve öyle kalmalarını emin kılabilmektedir. Önleyici tedbirlere harcanan her bir doların, gelecekte sağlık, sosyal ve suç ilgili maliyetlerin en az on katını tasarruf olarak kazandıracağı görüşü savunulmuştur (Spoth, Clair, Shin, ve Redmond, 2006). A.B.D.'nde yapılan bir araştırmada, erken okul döneminde madde kullanımını önlemeye yönelik uygulanan çalışmaların, öğrenci başına 9.837 dolar ülke ekonomisine geri dönüş olarak kaydedildiği bildirilmiştir (Toumbourou, ve diğerleri, 2007: 1395). Her ülkenin devlet anlayışına bağlı olarak yani sosyal devlet veya refah devleti olarak politikaların uygulanabilirliğine göre, psikoaktif madde kullanımı ile toplumsal mücadeleleri şekillenmekte ve başarı oranı buna göre gerçekleşebilmektedir. Bu noktada, Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, psikoaktif madde kullanımı ile mücadele kapsamında ülkeleri, ulusal stratejilerinin yasadışı maddelere odaklı veya daha geniş çerçevede mücadeleye odaklı bulunmalarına göre sınıflandırmaktadır (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2019).

Şekil 5. Ulusal Madde Strateji Belgelerinde Ülkelerin Yasadışı Madde veya Daha Geniş Kapsamlı Mücadeleye Odaklanmalarına Göre Sınıflandırması



Kaynak: (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2019).

Günümüzde madde kullanımı ve bağımlılığı ile topyekün mücadele, devletin, sağlık, sosyal, hukuk ve eğitim alanında faaliyet gösteren tüm ilgili kurumları ile birlikte yürürlüğe koyduğu, ayrıca sivil toplum kuruluşları, aileler ve sosyal çevrenin de katkısını dahil etmek üzere organize ettiği, önleme, zarar azaltımı, tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarını ve bu konuda yapılan uluslararası işbirliğini içermektedir.

2.6.1. Madde bağımlılığını önleme sistemi

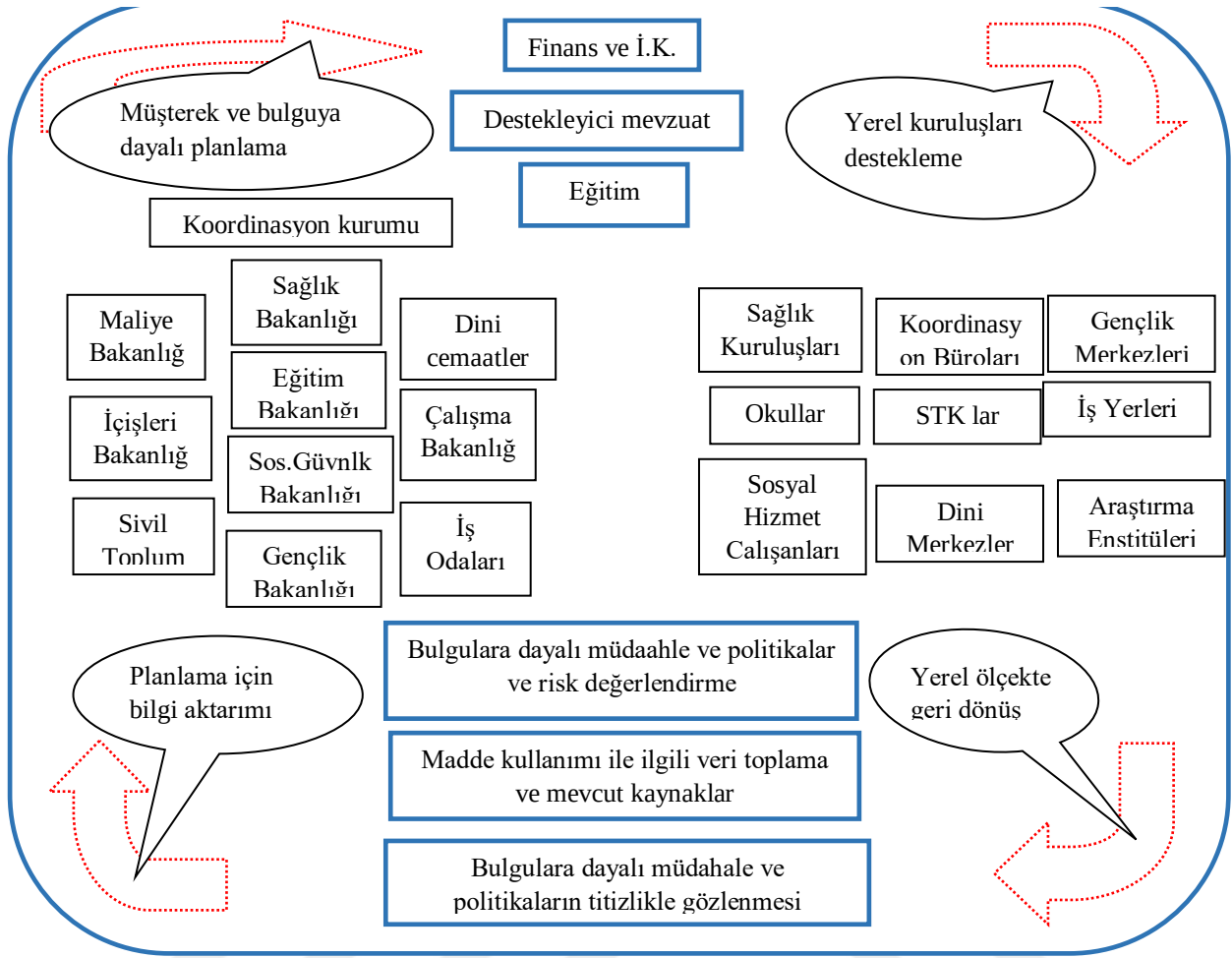
Ülkeden ülkeye farklılık arz eden sosyal politika uygulamalarının çeşitliliğine rağmen, bazı uluslararası örgütlerce, bir toplumda madde bağımlılığı ile mücadelenin özellikle önleyici tedbirlerin en etkili uygulama yöntemleri bilimsel çalışmalar neticesinde ortaya konmuş ve üye ülkelerce ulusal mücadelede rehber olarak ele alınması beklenilmektedir. Birleşmiş Milletler örgütü küresel temsiliyet kabiliyetine haiz 85 araştırmacı, politika üretici, uygulayıcı, sivil toplum örgütleri ve uluslararası organizasyonların sağladıkları uzman kişilerce, özellikle çocukların ve gençlerin ilgili uluslararası konvansiyonlar gözetilerek madde kullanımını önlemek üzere hazırlanmış “Uluslararası Standartlar” bilimsel çalışma belgesini UNODC vasıtasıyla 2012 yılında yayınlamıştır. Söz konusu belge, ülkelerin, çocuklar, gençler, aileler ve topluluklar için madde kullanımını önleme konusunda program ve proje geliştirmelerinde rehber niteliği taşımaktadır ve belgede değerlendirme kriterleri yer almaktadır. Bununla birlikte bahse konu belgenin sadece madde kullanımına başlanmasına ve kullanımın yaygınlaşmasına yönelik önleme tedbirlerini kapsadığı ifade edilmekle birlikte, aslında tek başına hiçbir programın uygulanmasının yeterli olamayacağı ve mücadelenin ilgili yerel ve ulusal kurum ve kuruluşlarca bağımlılık tedavisi, sağlık ve sosyal olumsuz sonuçların önlenmesi, madde tedariğinin azaltılması, rehabilitasyonun etkili uygulanması ve denetim ve yargı mekanizmalarının etkili hale getirilmesinin de önemine vurgu yapılmıştır (UNODC,

2012). Madde kullanımı ile mücadelede küresel olarak geline süreç içerisinde, yasadışı psikoaktif madde kullanımı devletler tarafından önceleri ağırlıklı olarak ceza yasaları vasıtasıyla genel kolluk önleyici hizmetleri ve adli hizmetler yoluyla engellemeye çalışmış, istatistiksel verilerin artma eğiliminin devam ettiğinin görülmesi üzerine, özellikle Avrupa Birliği ülkelerinde zarar azaltımı amacıyla vergi ve fiyat ayarlaması cihetine gidilmiştir. Ancak konu başlığı altında da değindiğimiz gibi madde ile mücadelenin önleme ve zarar azaltımı uygulamalarının yetersizliği de belirlenince, mücadelede sac ayağının üçüncü unsurunu oluşturan tedavi ve rehabilitasyon konusuna eğilim ve çalışmalar artarak etkili tedavi yöntemleri halen geliştirilmeye çalışılmaktadır (Hart ve Ksir, 2017). Bununla birlikte sağlık ve tedavi uygulamalarının kullanıcıları veya hastaları sosyal olarak da iyileştirdiği bildirilmektedir

Birleşmiş Milletler'in Uluslararası Standartlar belgesinde önleyici müdahaleler ve politikalar dört ana başlık altında açıklanmıştır: İlki, hamilelik ve erken çocukluk döneminde hamile kadının madde kullanım bozukluğunu hedefleyen müdahaleler, ebeveyn ve bebek ziyaretleri ve erken çocukluk eğitiminden oluşmaktadır. İkinci önleme safhası, çocukluk dönemindeki evlat sahibi ailelerde ebeveynlik becerileri programı, kişisel ve sosyal beceri eğitimi, okulda sınıf çevresi geliştirme programları ve çocuğu okulda tutma politikalarından oluşmaktadır. Üçüncü başlık, erken dönem ergenlikte eğitime dayalı kişisel ve sosyal gelişim ve sosyal hayata nüfuz kapasitesi, okul politikaları ve kültür, kişisel psikolojik mağduriyetler ve yönlendirme uygulamalarından oluşmaktadır. Son bölümde ise, genç ve yetişkinlik çağında bilgilendirme müdahaleleri, iş yerinde önleme programları, tütün ve alkol politikaları, sosyal temelli çok bileşenli insiyatifler, medya ve eğlence ortamları ele alınmaktadır (UNODC, 2012).

Netice itibariyle Uluslararası Standartlar belgesinde yer alan değerlendirme cetvelinin kurum ve kuruluşlarca uygulama döngüsü Şekil 6.'de gösterilmiştir:

Şekil 6. Birleşmiş Milletler Uluslararası Standartlar Belgesi'ne Göre Madde Bağımlılığı Önleme Sistemi



Kaynak: (UNODC, 2012).

Avrupa Birliği, 2005-2008 ve 2009-2012 yıllarını kapsayan dönemler için yürürlüğe koyduğu Avrupa Madde Uygulama Planları neticesinde, bazı üye ülkelerce her ne kadar kendilerine özgü içerik bakımından farklı eylem planları bulunsa da, tüm ülkelerce uygulanabilirliği bulunan madde kullanımının önlenmesine yönelik bir örnek yöntem planı hazırlamanın gereğini duymuştur. Bunun üzerine Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi eliyle 2011 yılında basımı yapılan ve diğer uluslararası organizasyonlar ve katılımcı ülkelerin destekleri ile yapılan bilimsel çalışmalar sonucu “Avrupa Madde Önleme Kalite Standartları” isminde bir rehber yayınlamıştır. Bu belgede de aynı şekilde, şimdiye kadar gençlerin psikoaktif maddelerin zararları hakkında özellikle kitle iletişim araçları vasıtasıyla bilgilendirmenin, madde kullanan gençlerin davranışları üzerinde herhangi bir değişiklik meydana getirdiğine dair herhangi bir kanıt bulunmadığının altı çizilmektedir. Gerçekte önleme çalışmalarının, gençlere kişilik özelliklerini, yaşam koşullarını, akranları ile etkileşimlerini, sosyal normlara olan yaklaşım ve davranışlarını ayarlamaları ve geliştirmeleri konusunda yardımcı olmak ve refah seviyelerini artırmaktan ibaret olduğu bildirilmektedir. Bu amaçla belli başlıklar altında belirlenen safhalar, hedef kitlenin belirlenmesi ve ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilmesi, kaynakların değerlendirilmesi, programın şekillendirilmesi, müdahalenin tasarlanması, yönetim ve kaynak aktarımı, uygulama ve gözlemleme, son değerlendirme ve bilgi geri dönüşü ve programın geliştirilmesi gibi aşamaları içermektedir (EMCDDA,

2011). Avrupa Madde Önlleme Kalite Standartları Rehberi'nde yer alan önleme standartları farklı sahalara ve tespit edilen hedef gruplara göre farklı yaklaşım önerileri şeklinde tasarlanmıştır. **Evrensel önleme – topluma müdahale**, olarak tabir edilen uygulama programları, tüm toplumu kapsayacak ve hepsinin de eşit risk değerine sahip olduğu varsayımı ile çoğunlukla bilgilendirmeye ve farkındalık uyandırmaya yönelik faaliyetlerdir. Okul temelli önleme standartları ise evrensel önleme standartlarının bir çeşidi olarak okulları hedef alan bilinçlendirme faaliyetleri ve bulguya dayalı daha yoğun ve dar alanları hedefleyen programlardır. Bulguya dayalı program içerisinde hedeflenen, risk değeri yüksek seviyede bulunan öğrencilerin iletişim kabiliyetlerinin geliştirilmesi, sosyal ve kişisel olarak sorunlarla, stresle ve bunalımla mücadele yetisinin artırılması ve madde ile ilgili yanlış algıların düzeltilmesi yer almaktadır. Diğer bir evrensel önleme standardı türü ise, aile toplantıları ve etkinlikler vasıtasıyla çoğunlukla ailelere rehberlik hizmetine dayanan, aile temelli önleme programlarıdır (Petrie, Bunn, ve Byrne, 2007). **Seçici önleme – kırılgan gruplara müdahale**, toplumun geneline nazaran ortalamanın üzerinde madde kullanma riski taşıyan küçük grupları hedeflemektedir. Bu tür gruplar genellikle dışlanmışlık hissi yaşayan veya dışlanan çocuk ve gençlerden, okullarına liyakat göstermeyen öğrencilerden ve suça sürüklenen çocuklardan veya suça karışmış gençlerden oluşmaktadır. Bu konuda avantaj sağlayan husus, söz konusu grubu oluşturan kişilerin zaten bir şekilde bir sağlık veya adli kurumlarda kayıtlarının bulunması ve programa dahil edilmeleri bakımından tespit kolaylığının sağlanmasıdır. Buna rağmen, evsizler, dezavantajlı bazı gruplar, sigortasız ve işsizler, çocuk ve genç madde kullanıcılarının teşkil ettiği genç hassas grupların risk durumlarının tespiti ve programa katılımları zorlukla gerçekleştirilmektedir. **Belirlenen (Münferit) önleme – kırılgan kişilere müdahale**, klinik tespitler hariç olmak üzere, gelecekte madde kullanım riski bulunduğu tespit edilen kişilere uygulanan münferit programlardır. Tespitin yapılmasında kişinin asosyal davranışları, psikiyatrik bozukluk, okul başarısızlıkları veya madde kullanımına bağlı belirtilerin görülmesi değerlendirmeye alınmaktadır. Çocuklarda da yine dikkat eksikliği, hiperaktivite ve konsantrasyon bozukluğu ve aile , okul ve çevreden kopma gibi bulgular yüksek risk değerleri olarak kabul edilmektedir. Bu programda hedef şahsın sadece ilk madde kullanımını deneyimlemesinin önlenmesi amacıyla değil, madde kullanmış olan hedeflerin de hızlı bir şekilde tolerans geliştirip bağımlılık derecelerinin yükselmesini yavaşlatmaya, kullanım sıklığını azaltmaya veya enjeksiyon yönteminde olduğu gibi madde kullanımından kaynaklanan başkaca zararların önlenmesine yönelik uygulamalar da amaçlanmaktadır (EMCDDA, 2011).

Bu uygulama, sağlık, sosyal ve gençlik servislerinin toplumsal grupların da katılımı ile, hedeflerin çocukluk dönemleri itibariyle işbirliği ve bilgi alış-verişi içerisinde çalışmalarını gerektirmektedir. Almanya ve İrlanda gibi ebeveynlere danışmanlık, eş zamanlı sağlık hizmetleri, psikoterapi ve psikososyal destek ve okul-öncesi ve müteakip eğitim kurumları ile irtibatlı çalışma sistemini kurumsal olarak hayata geçirmiş ülkelerin haricinde, bu koordinasyonu etkili bir biçimde uygulamak ülkeler için pek kolay görünmemektedir. Avrupa Birliği ülkelerinden toplamda sadece altı tanesi program dahilinde dikkat eksikliği, hiperaktivite ve davranış bozukluğu bulunan çocuklara

müdahalelerin yapıldığı ve on ülke tarafından madde kullanımına yeni başlayan kişilere erken müdahale ve danışmanlık hizmetinin verildiği bildirilmektedir (EMCDDA, 2011).

Genel olarak münferit önleme uygulamaları evrensel önleme ve seçici önleme programlarına göre daha iyi şekilde tasarlanmış, uygulanabilir ve değerlendirilebilir olmaktadır ve yüksek derecede etkili oldukları gözlemlenmektedir (EMCDDA, 2011). Örneğin, Hollanda sigara ve esrar kullanımına bağlı olarak aşırı davranışlar sergileyen 8-13 yaş aralığındaki çocuklara münferit önleme standartları uygulanmasının, geleneksel tedavi yöntemi ile kıyaslandığında daha müspet sonuçlar alındığını rapor etmiştir (Zonnevylle-Bender, Matthys, van de Wiel, ve Lochman, 2007). Münferit önleme programı sadece davranış bozukluğu ve gelecekte madde kullanma eğilimi için emareler gösteren çocukları değil, aynı zamanda davranış bozukluğu görülen çocukların yönetimi hakkında eğitim vermek üzere ebeveynleri de hedefleyerek uygulanabilmektedir. İsveç'te belediyelerin yaklaşık %30'unda 'Ebeveynler için Rehber' anlamını içeren 'Komet för föräldrar' isminde, asosyal ve akranları ile sağlıklı iletişim kurmakta zorluk yaşayan çocuklar için bahse konu metod uygulanmış, programa katılan ailelerden 159 ailenin ebeveynlik konusunda kayda değer gelişme kaydederek, %60'ı erke ve %40'ı kız olmak üzere, çocuklarında bulunan davranış bozukluklarının önemli ölçüde azaldığı kaydedilmiştir (Kling, Forster, Sundell, ve Melin, 2010). Seçici önleme ve münferit önleme standartlarının her ikisinin de erken gelişim çağındaki dezavantajlara bağlı madde kullanımında ve madde kullanımına bağlı sağlık ve sosyal sonuçların ortaya çıkmamasında hafifletici etkisini olduğu bilinmektedir. Bazı araştırmalar, eğitim-öğretim ortamını geliştirmeyi ve sosyal dışlanmayı zılatmayı amaçlayan erken okul çağı müdahalelerinin, müfredat bakımından psikoaktif madde kullanımı konusunu içermese dahi, daha sonraki çağlarda madde kullanım eğilimini de azalttığını savunmaktadır (Toumbourou, ve diğerleri, 2007: 1396). **Çevresel önleme stratejileri – sosyal sınıflara ve sistemlere müdahale**, insanların madde kullanmaya karar verdikleri veya seçim yaptıkları kültürel, sosyal, fiziksel ve ekonomik çevreyi veya şartları değiştirmeyi amaçlamaktadır. Bu bakış açısında, kişi madde kullanmaya kendi özgür iradesi ile karar vermemektedir. Daha ziyade, içinde yaşadığı çevrenin fiziki ve sosyal şartlarından oluşan birçok faktörün etkisinde kaldığı için madde kullanımına yönelmektedir. İçinde yaşadıkları toplumda neyin kabul gördüğü ve kendisinden nelerin beklenildiği, ulusal mevzuat ve düzenlemeler ve vergiler, ödemeler, maruz kaldıkları toplumsal mesajlar ve alkol, tütün ve yasadışı maddelere erişim kolaylıkları, insanların yasadışı madde kullanımına etki etmektedir. Bu sebeple çevresel önleme stratejileri çok da istenilmeyen ama oldukça etkili önleme stratejileridir. Vergi, kamusal yasaklar, yaş sınırlamaları ve tütün yasakları bu tür önlemlere örnek olarak gösterilebilir. Okul çevresel şartlarında uygulanan çevresel önleme stratejileri, çoğunlukla öğrencilerin, görevlilerin ve ziyaretçilerin okul sınırları içerisinde tütün ve alkol kullanmalarına yönelik olarak, okul idari mevzuatları aracılığıyla sağlanmaktadır. Avrupa Birliği ülkelerinin hemen hepsi, okullarda sigara yasağı uyguladıklarını, büyük bir bölümü de madde kullanımı konusunda tam veya yaygın hükümleri uyguladıklarını rapor etmişlerdir. Bu tür çevresel önleme müdahaleleri gençlerin madde kullanımı konusundaki iradelerine etki edebilmektedir (Toumbourou, ve diğerleri, 2007: 1395). Bu önlemler okul binalarının yapısal olarak ve okuldaki

faaliyetlerin fiziksel olarak tasarımıyla zorlayıcı olmayan önlemler şeklinde de uygulanabilmektedir (EMCDDA, 2011).

2.6.2. Madde kullanımında zarar azaltımı yöntemi

Zarar azaltımı konusunda da Avrupa'da 2011 yılı itibariyle farklı ülkelerde konferanslar düzenlenmektedir. 2011 yılında Marsilya'da, 2014 yılında Basel'de ve Amsterdam'da ve 2018 yılında Bükreş'te düzenlenen konferansların beşincisinin 04-06 Kasım 2020 tarihlerinde Prag'da yapılması planlanmaktadır ve Avrupa Zarar Azaltımı Ağı Korelasyonu ile Avrasya Zarar Azaltımı Birliği ve Çek Sananim Kuruluşu işbirliği içerisinde, Madde Kullanan İnsanlar Avrupa Ağı, Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Ofisi ve Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi gibi önemli katılımcıların katkılarıyla gerçekleşmesi beklenmektedir (European Harm Reduction Network, 2020). Madde kullanımı ile mücadelede 'Zarar Azaltımı', Avrupa ülkelerinin neredeyse tamamında, önleme, tedavi ve rehabilitasyon kadar önemli bir sac ayağı olduğu kabul görmektedir. Madde kullanımı ile mücadele politikasının vazgeçilmez bir unsuru olarak görülen zarar azaltımı yöntemi, uyuşturucu kullanan insanları zarardan ve uyuşturucu kullanımının istenmeyen sonuçlarından korumak için etkili bir mücadele şekli olduğu kanıtlanmıştır denilerek bütünsel yaklaşım yaygın olarak uygulanmaktadır. Zarar azaltımı, madde kullanan bireyin refahını ve madde politikasının sosyal ve sağlık yönlerini çift taraflı olarak dikkate almaktadır. Şöyle ki; bireyin hukuki suçluluğu ve damgalanmışlığı ile birlikte, sosyal içermeyi gözetmesi örnek olarak verilebilir. Zarar azaltımı, bir ülkede yeterli kaynak ve kapasite aktarımı ile birlikte, sağlık ve sosyal sistemlerinin tam entegrasyonunu gerektirmektedir. Ayrıca zarar azaltımı politikalarının oluşturulmasında sivil toplum kuruluşları ile toplum üyeleri ve temsilcilerinin de dahil edilmesini gerektirmektedir. Bu konuda yapılan konferanslar, zarar azaltımı, tedavi, önleme, ecza, araştırma, kanun uygulama yani kolluk hizmeti ve politikacılar gibi profesyonelleri ve nihayetinde ve önemi vurgulanarak madde kullanıcıları ve toplum organizasyonlarını hedef almaktadır (HA-REACT, 2019).

Avrupa Komisyonu, Avrupa Birliği Katılım Öncesi Mali Yardım Aracı IPA (*Instrument for Pre-accession Assistance*)'nın desteği ve REITOX (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı Enformasyon Ağı) iş birliği içerisinde, 2016 yılında kurulan 'Avrupa Zarar Azaltımı Ağı Korelasyonu' (Correlation – European Harm Reduction Network (C-EHRN)) eliyle başlattığı zarar azaltımı uygulamaları neticesinde, söz konusu Korelasyon ilk kez 2019 Eylül ayında belirli madde politikalarını ve uygulamaları kapsayan bir rapor yayınlamıştır. Her yıl yayınlanması planlanan söz konusu raporun, Avrupa'daki zarar azaltımı uygulamalarını geliştireceği ve güçlendireceği düşünülmekte, katılımcı ve ortak ülkelerin de bölgesel ve ulusal ölçekte uygulamaları hayata geçirmeleri temenni edilmektedir (Tammi, ve diğerleri, 2020). Yerel düzeyde STK'ların, madde kullanımında aşırı doz vakaları ve müdahaleleri hususunda verilerin toplanması ve raporların güncellenmesi hususunda önemine vurgu yapan raporda, sadece beş ülkenin doz aşımı önleme stratejileri ve eylem planlarını sunduğu bildirilmiştir. Avrupa'daki aşırı doz vakalarına yeterince müdahil olabilmek için daha fazla gelişime ihtiyaç duyulduğu tespit edilmekle birlikte, opioid ve başkaca psikoaktif madde aşırı doz ölümlerinin, Madde

Kullanım Odaları (*Drug Consumption Room (DCR)*), toplumsal yaşamda Eve Götürülebilir Naloxone¹³ (*Take-Home Naloxone (THN)*) ve cezaevi tahliyelerinde mahkumlara Naloxone dağıtımı gibi bir dizi önlemlerle azaltılabileceği kanıtlanmıştır denmektedir (Tammi, ve diğerleri, 2020). Bahsedilen zarar azaltımı önlemlerinin ise üç başlık altında uygulanması öngörülmektedir ki bunlar; yukarıda bahsedilen madde kullanım odaları (DCR) ve eve götürülebilir Naloxone gibi yöntemlerle **ölümcül doz aşımının düşürülmesi**, opioid ikame tedavisi (*Opioid Substitution Therapy (OST)*) ve cezaevlerinde ve tedavi merkezlerinde aşırı doz risk değerlendirme ve farkındalığın oluşturulması gibi yöntemlerle **aşırı doz risklerinin azaltılması** ve madde kullanan şahısların cesaretlendirilmesi suretiyle ve prosedürlerin kolaylaştırılmasıyla sağlık kuruluşlarına erişim engellerinin kaldırılması ve halk sağlığının desteklenmesi gibi geniş müdahale kümeleri ile **kırılğanlıkların azaltılması** şeklindedir (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2017).

Avrupa Komisyonu’nun bu noktada güncel olarak zarar azaltımı ile ilgili yeni stratejiler ürettiği ve üye ülkeler ile katılımcı ülkeler tarafından uygulanması hususunda tavsiyelerde bulunduğu görülmektedir. Son zamanlarda Avrupa ülkelerinde artış gösteren aşırı doz vakaları üzerine, Avrupa Zarar Azaltımı Ağı Korelasyonu’nu ilk kez üye ülkelerden özel olarak bu konuda detaylı veri talep etmiştir. Yapılan yoklamaya göre 34 Avrupa ülkesinden 20 tanesi ulusal madde stratejilerinde veya ulusal eylem planlarında zarar azaltımı kapsamında aşırı doz önlemeye yer verildiğini belirtmişlerdir. Avrupa ülkelerinin bu konudaki durumları Tablo 8.’de gösterilmiştir.

Tablo 8. Avrupa Devletleri’nin Aşırı Doz Madde Önleme Konusunda Politika Uygulama Durumları

	Aşırı Doz Önleme Ulusal Madde Stratejisi veya Eylem Planında Mevcut	Aşırı Doz Önleme için ayrıca planı mevcut	Aşırı Doz Yönetimi için Ulusal Protokolü var
Arnavutluk	+	-	-
Avusturya	+	-	-
Belçika	-	-	-
Bosna Hersek	-	-	-
Bulgaristan	+	-	Bilgisi yok
Hırvatistan	-	-	Bilgisi yok
Çek Cumhuriyeti	+	-	+

¹³ Naloxone: Narcan, Evzio gibi ticari isimlerle burun spreyi olarak da satışa sunulan Naloxone, 1961 yılında Mozes J. Lewenstein ve Jack Fishman vasıtasıyla Sankyo Şirketi tarafından patenti alınmıştır. Dünya Sağlık Örgütü’nün “çok etkili ve sağlık için gerekli ilaçlar” listesinde bulunan ve ülkelere aşırı doz madde risklerine karşı yaygınlaştırılması ve kullanımı tavsiye edilen ilaçlardandır (Dünya Sağlık Örgütü, 2013). Genellikle enjeksiyon yöntemine uygun ampul veya tüplerde solüsyon olarak bulunur ve etki süresi 30-60 dk. arasındadır. Nazal yol için burun spreyi ve oral yolla alınmak üzere tablet formları da mevcuttur. Merkezi Sinir Sisteminde mu-opioid reseptörlerine (MOR) etki ederek opioid aşırı doz etkisini anında tersine çevirme özelliği vardır ve damar yolu ile 2 dk., kasa enjeksiyonda 5 dk. içerisinde etkisi görülmektedir (Spivak, ve diğerleri, 1997).

Danimarka	+	-	-
Finlandiya	-	-	-
Fransa	+	+	+
Gürcistan	Bilgisi yok	-	+
Almanya	-	-	-
Yunanistan	+	-	-
Macaristan	+	-	-
İrlanda	+	-	Bilgisi yok
İtalya	-	+	-
Lüksemburg	+	-	+
Karadağ	-	-	-
Makedonya, Kuzey	+	-	+
Hollanda	-	+	-
Norveç	+	+	+
Polonya	-	-	-
Portekiz	-	-	-
Romanya	+	-	-
Rusya	-	-	-
İskoçya	+	-	+
Sırbistan	+	-	-
Slovakya	+	-	-
Slovenya	-	-	-
İspanya	+	+	+
İsveç	+	+	-
İsviçre	+	-	-
Ukrayna	+	-	+
Birleşik Krallık	-	-	+

Kaynak: (Tammi, ve diğerleri, 2020: 62).

Dünya Sağlık Örgütü küresel olarak her yıl yaklaşık 69.000 kişinin madde doz aşımından hayatını kaybettiğini bildirmektedir. Bu sayının HIV/AIDS sebebiyle yaşanan ölümlerden sonraki en büyük ikinci sayı olduğu ifade edilmiştir. Bu bağlamda 04 Kasım 2014 tarihinde Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan yeni yönergeler doğrultusunda aşırı dozdan kaynaklanan ölüm sayılarının düşürülmesi hedeflenmiştir. 40 yıldan fazla bir süredir opioid kullanımında görülen doz aşımalarının tedavisinde kullanılan Naloxone ilacının yan etki riskinin de çok düşük olması sebebiyle sağlık kuruluşları haricinde madde kullanıcılarının ailelerine veya zarar azaltımı programları çerçevesinde sosyal çevreye bulundurulması ve uygulanması tavsiye edilmektedir. Yarım saat ile bir saat arasında etki süresi bulunan Naloxone'nun birçok aşırı doz ölümlerinin önüne geçeceği düşünülmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2014).

2.6.2.1. Eve götürülebilir naloxone

Eve götürülebilir Naloxone (THN-*Take-home Naloxone*) Avrupa'da yaygınlaşan bir opioid aşırı doz önleme uygulaması olarak kendini göstermektedir. THN programlarının amacı Naloxone enjeksiyonun tıbbi acil müdahale personelinin intikalinden önce madde kullanıcısına uygulanmak üzere aile fertlerine, yakınlarına gerekli müdahale eğitimlerinin verilmesi ve ilacın hazır bulundurulmasına dayanmaktadır (EMCDDA, 2020). A.B.D. ve Kanada'da Naloxone'a erişim engelleri tamamen kaldırılmakla birlikte halen birçok ülkede mevzuatlardan kaynaklanan reçetesiz satışı veya tıp personeli haricinde uygulanamaması yasal bir engel olarak kabul edilmektedir (Strang, 2019). Farklı ülkelerin sağlık ve mali politikaları, yasal mevzuatları ve konu başında belirttiğimiz gibi sosyal politika uygulama kapasitelerine göre Naloxone ilaç sunumu ve kullandırılması da uygulamada farklılıklar arz etmektedir. Belçika, Bosna-Hersek, Hırvatistan, Yunanistan, Macaristan, Lüksemburg, Polonya ve Rusya Naloxone dağıtımı hususunda bu tür engelleri henüz ortadan kaldırmamış ülkelere örnek gösterilebilmektedir. Yunanistan'da ise Naloxone'nun reçete ile satışı veya sağlık görevlilerince de olsa dışarıda uygulanması kanunen yasaklanmıştır. Sadece müşahade altına alınan hastalara uzman doktorlar tarafından uygulanabilmektedir ve Yunanistan'da birçok kurtarılabılır aşırı doz vakalarının hukuki engeller sebebiyle sokaklarda ölümle sonuçlandığı bildirilmektedir (Tammi, ve diğerleri, 2020: 65). Avrupa ülkelerinden şu anda sadece Fransa ve İtalya'da, ayrıca Ukrayna'da reçetesiz olarak temin edilmesi mümkündür. Sağlık sigortası kapsamında doktor muayenesi olmadan ise Almanya ve Birleşik Krallık Naloxone'nun eczanelerden temin edilmesini mümkün kılmaktadır. Avusturya, Danimarka, Gürcistan, İrlanda ve İspanya'da sadece doktor reçetesi ile temin edilebilmektedir (Tammi, ve diğerleri, 2020: 71).

Yeni yapılan araştırmalarda Avrupa Birliği ülkelerinden, Arnavutluk, Belçika, Fransa, Almanya, İtalya, Lüksemburg, Norveç, İskoçya, İspanya ve İngiltere, Naloxone erişimini kolaylaştırmak üzere plan hazırladıklarını bildirmişlerdir. İtalya ve Belçika ise aynı şekilde planların STK'lar tarafından hazırlanmakta olduğunu bildirmişlerdir (İTARDD (Rete Italiana Riduzione del Danno, 2019). Arnavutluk, Almanya, Lüksemburg ve Birleşik Krallık da hazırlanan planların STK'lar ile koordineli olarak hazırlandığını, Fransa, Norveç, İskoçya ve İspanya ise sadece hükümet nezdinde hazırlanmakta olduğunu bildirmişlerdir. Eve götürülebilir Naloxone uygulaması ve bu konuda her hangi bir planlarının bulunmadığını bildiren ülkeler ise, Bulgaristan, Hırvatistan, Kuzey Makedonya ve Yunanistan olarak kayda girmiştir. Polonya, Portekiz, Rusya ve Sırbistan ile ilgili yapılan girişimlerden ise her hangi başarı elde edilemediği rapor edilmiştir (Birleşik Krallık Sağlık ve Sosyal Hizmetler Departmanı, 2019; Tammi, ve diğerleri, 2020: 75). Türkiye'de söz konusu Naloxone ilacının sadece oral yolla alınır formda tabletleri 2 mg. ve 6 mg.'lık dozlar halinde uzman hekim tarafından kırmızı reçete yazılması halinde temin edilmesi mümkündür. Enjeksiyon yöntemine uygun Naloxone ise ulusal ilaç veri tabanında görülmemektedir (Nilay Kaya, kişisel görüşme, 08 Mart 2020).

Naloxone erişiminin yaygınlaştırılmasına yönelik itirazlar ve çalışmalar da doğru orantılı bir şekilde artmaktadır. Dar alanı hedefleyen uygulamanın neticelerini tespit etmeye

yetecek kadar verinin henüz toplanamadığı ve opioid kullanıcılarına güven vereceği ve opioid kullanımını teşvik edeceği, bağlantılı olarak aşırı doz ölümlerin de beklenilenin aksine artacağı yönünde görüşler bildiren çalışmalar yayınlanmaya devam etmektedir (Rich, Bazazi, Zaller, Fu, ve Rich, 2010).

2.6.2.2. Yasadışı madde kullanım odaları

Zarar azaltımı uygulamalarından bir tanesi de yine C-EHRN'nin veri topladığı "Madde Kullanım Odaları" yönteminin uygulanmaya çalışılmasıdır. Modern anlamda ilk kez 1986 yılında İsviçre'nin Bern kentinde kurulan madde kullanım odaları, HIV/AIDS virüsünün yayılma endişelerinin ve madde kullanımına bağlı ölüm oranlarında artışların yaşandığı, kamusal alanlarda madde kullanımının yaygınlaşmaya başladığı dönemde, detoksifikasyon tedavilerinin, ilaçsız rehabilitasyon veya cezai müeyyidelerin yetersiz kalması neticesinde bir tedbir olarak düşünülererek uygulamaya sokulmuştur. Madde kullanım odaları, o yıllarda ortak şırınga kullanımından kaynaklanan sağlık sorunlarının indirgenmesi ve ikame tedavileri ile ilgili olarak zarar azaltımı amacıyla kurulmuştur. Günümüzde de yine aşırı doz ölüm oranlarını düşürmeye yönelik, kontrollü bir şekilde yasadışı madde kullanımı gerçekleştiren ve bu vesile ile farklı sağlık ve sosyal hizmetleri de hastalara sunmaya gayret eden Madde Kullanım Odaları, birime intikal eden hastalara enjeksiyon yönteminin zararlarını indirmek üzere örneğin eroin enjeksiyonu için gelen hastaya nazal veya teneffüs yolu ile uygulama önerileri ve kampanyaları düzenlemektedir. Kanada-Vancouver, Avustralya-Sidney gibi Avrupa dışındaki bazı ülkeler de dahil olmak üzere dünyada yaklaşık olarak 90 tane faal madde kullanım odası bulunmaktadır. İspanya, Almanya, Hollanda ve İsviçre gibi Avrupa ülkelerinde başarılı bir şekilde uygulanan ve müspet sonuçlar bildirilen madde kullanım odaları, Avrupa'nın Portekiz, Fransa, Büyük Britanya ve Avusturya gibi ülkelerinde de kurulumun gerçekleşmesi amacıyla sivil kampanya örgütlerinin oluşmasına sebep olmuştur (Avrupa Zarar Azaltımı Ağı, 2014).

Tablo 9. Avrupa Ülkeleri'nde 2014 Yılında Bulunan Yasadışı Madde Kullanım Odaları (DCR)

ÜLKE	Madde Kullanım Oda Sayısı
İsviçre	13
Hollanda	30
Almanya	24
İspanya	13
Lüksemburg	1
Norveç	1
Danimarka	5
Yunanistan	1

Kaynak: (Avrupa Zarar Azaltımı Ağı, 2014).

Madde Kullanım Odaları üç farklı modelde işletilmektedir. **Entegre Tesis** olarak tabir edilen ve Almanya-Bonn'da bulunan tesisin örnek olarak gösterildiği en kapsamlı modelde, bağımsız bir yapısal alanda madde kullandırımı yanısıra kan yoluyla bulaşan hastalıkların test edilmesi ve danışmanlık hizmetlerinin verilmesi, enjeksiyon eğitimi, evsizler için psikososyal programlar, diğer bazı tıbbi hizmetler ve istihdam programlarına

erişim gibi birçok hizmetler de sunulmaktadır. Servise ulaşım ve servisten yararlanma, ilgili personel tarafından kontrol edilmekte ve 18 yaş altı veya opiyat ikame tedavisi sürecinde servis kullanımının engellenmesi ve denetlenmesi mümkün kılınmaktadır. Diğer model **Özel Model** olarak adlandırılmaktadır ki, yine Almanya-Frankfurt'da bulunan tesis örnek tesis olarak çoğu kaynakta yer almaktadır. 2012 yılında 100.000'den fazla kullanıcıya hizmet veren Frankfurt Özel Tıp Madde Kullanım Odası Modeli, gece barınağı, danışmanlık hizmeti, istihdam kuruluşlarına erişim ve metadon tedavi programı gibi başkaca birçok alanda faaliyet gösteren bir Sivil Toplum Kuruluşu tarafından yönetilmekte ve belirli kriterlerde kabul ettiği hastalara 30 dakikalık bir süre içerisinde tesis içerisinde güvenli bir şekilde yasadışı madde kullanımını sağlamaktadır. Son olarak uygulama modeli ise, **Mobil DCR**'lerdir. Madde Kullanım Odaları sabit müstakil yapılarda hizmet verme ilkesine dayandırılrsa da, 1970'li yıllar itibarıyla yasadışı madde pazarının geniş ve metruk alanlara yayıldığı Berlin gibi büyük metropollerde daha etkin hizmet vermek üzere karavan veya minibüs tarzı araçlarda da DCR kurulması ihtiyacı hasıl olmuştur. Halihazırda dünyada İspanya-Barselona, Almanya-Berlin ve Danimarka-Kopenhag olmak üzere üç şehirde mobil DCR'ler faaliyet göstermektedir. Son yapılan araştırmalara dayanan tahminler, Barselona'da 7.000 ve Berlin'de 8.000 ila 10.000 arasında yasadışı madde enjeksiyon yöntemini kullanan kişi olduğu yönündedir ve belirli bir bölge madde kullanımı ile ilgili yoğunluk taşımamakta şehrin farklı bölgelerinde dağınık şekilde kullanım eğilimleri bulunmaktadır. Prensip olarak her üç model de hasta kabulü ve hizmet nitelikleri konusunda aynı kriterleri gözetmektedir ve farklı olan husus sadece mobil DCR'lerin üç kabinlik kapasiteyle daha düşük verimde çalışıyor olması ama hastalara ulaşım konusunda daha avantajlı ve dolayısıyla etkin olmasıdır (Grunwald, 2013; Roberts, Klein, ve Trace, 2004; Porschadel, Hoeger, Schnitzler, ve Schreckenber, 2002; Avrupa Zarar Azaltımı Ağı, 2014).

Avrupa ülkelerinden toplamda 17 tanesi Madde Kullanım Odaları uygulaması ile ilgili geliştirme veya uygulamaya yeni başlama hususunda müzakerelerin devam ettiğini bildirmişlerdir (Tammi, ve diğerleri, 2020: 78). Macaristan, 2014 yılında yerel yönetimlerin, madde kullanım oranlarının indirgenmesi için kolluk marifetine güvenilmesi gerektiği savına karşı "8'de Oda" sloganı ile Mavi Nokta (*Blue Point NGO*) sivil toplum kuruluşu tarafından yürütülen Madde Kullanım Odalarını ulusal gündemine taşıyan kampanyalara sahne olmuştur (Sarosi, 2014). Slovenya'da ise aynı şekilde Mayıs 2017'de kamusal açık alanlarda madde kullanımı sorunlarına karşı Madde Kullanım Odaları kurulması yönünde Izzvi Odprte Scene Sahne'sinde bir kampanya gerçekleştirilmiş olup halen bir sonuç elde edilememiştir. İtalya-Torino'da 2018 yılında uzman bir çalışma grubu Madde Kullanım Odaları ile ilgili olarak bir deney protokolü talep etmiş ve henüz talepleri karşılık görmemiştir. İskoçya'da devrilen hükümet Madde Kullanım Odalarını desteklemekteydi ancak hukuki organlar tarafından konunun Birleşik Krallık tasarrufunda olduğuna hükmedilmiş ve henüz Birleşik Krallık tarafından müspet yönde bir onay elde edilememiştir (Tweed ve Rodgers, 2016). Çek Cumhuriyeti'nde de sivil toplum kuruluşları tarafından Madde Kullanım Odalarının en azından pilot uygulama olarak açılması yönünde girişimler ve talepler mevcuttur (Tammi, ve diğerleri, 2020). Almanya'da 'Akzept' isminde nitelik itibarıyla zarar azaltımı konularında bir şemsiye

organizasyon ve Alman AIDS Yardımı anlamını taşıyan ‘Deutsche AIDS Hilfe - DAH’ ismindeki yardım kuruluşu, Almanya’da bulunan tüm eyaletlerde Madde Kullanım Odaları’nın hayata geçirilmesini talep etmişlerdir. Buna rağmen Aralık 2019’a kadar olan süreç içerisinde Madde Kullanım Odaları 16 eyaletten sadece 7’sinde faaliyet göstermektedirler. 2018 yılında Almanya’nın Baden Württemberg eyaleti Madde Kullanım Odaları’nın Karlsruhe şehrinde de 2019 yılı itibarıyla yürürlüğe girmesini yasalaştırmıştır. Bremen eyaleti de aynı şekilde bir yasayı DCR uygulaması için yürürlüğe koymuştur. Finlandiya’da Helsinki şehri Mart 2019’da pilot olarak Madde Kullanım Odaları’nın hayata geçirilmesi için yasama reformu yapılmasına karar vermiştir. İrlanda, 2017 yılında Madde Kullanım Odaları’nın uygulanmasına karar vermiş, gerekli fiziki şartların hazırlık aşamasında olduğu ve 2020 yılının ortalarına doğru tamamlanmasının beklendiği bildirilmiştir. Söz konusu uygulamayı ilave hizmet binaları, mobil hizmet araçları ve ülke geneline yaygın hale getirme yönünde geliştiren başlıca diğer ülkeler ise, Belçika, Danimarka, Lüksemburg, Portekiz, İsviçre, Ukrayna ve Fransa olarak sayılabilmektedir. Yunanistan’da ise ‘OKANA’ ismi ile faaliyet gösteren Narkotiklere Karşı Organizma ismindeki kuruluş, Ekim 2013’te uygulamaya koyduğu Madde Kullanım Odalarını yasal dayanak olmadığı gerekçesi ile dokuz ay sonra fesh etmiş ve yakında tekrar açılacağını bildirmiştir. Hollanda ise, geleneksel Madde Kullanım Odaları’nın alkol tüketimini de dahil etmek gibi, kullandırılan maddelerin çeşitliliğinin artırılması bakımından ve odaların yalnız olarak veya gruplar halinde paylaşılan sosyal alanlar haline dönüştürülmesi gibi gelişim modelleri üzerine çalışmaktadır (Tammi, ve diğerleri, 2020: 79).

Zarar azaltımı yöntemlerinden bilhassa Madde Kullanım Odaları yönteminin uygulanabilirliği ülkelerin özellikle ceza yasaları ile önemli ölçüde bağlantılı olduğu ve gerekli yasal düzenlemelerin öncelikle yapılması gerektiği görülmektedir. Madde Kullanım Odalarını uygulayan Avrupa ülkelerinden 14 tanesi ancak gerekli mevzuat değişikliklerinin yapıldığını ve kamu sağlığı ve ulusal madde stratejileri kapsamında yasalara uygun olarak faaliyetlerin yürütüldüğünü bildirmektedir. Gerekli mevzuat değişikliklerini yapmayan ülkelerin uygulamalarındaki en büyük sorun ise, mevcut ceza kanunlarında yasadışı madde kullanımı için yer temin edilmesine karşılık gelen cezai müeyyidelerin bulunmasıdır. Bu konuda muhatap ülkelerin yasal durumları Tablo 10.’de gösterilmiştir:

Tablo 10. Avrupa Ülkelerinde Madde Kullanım Odaları İçin Yasal Dayanaklar

Avrupa Ülkeleri	DCR Uygulama için gerekli yasal dayanağı olup-olmadığı	Gözlemler
Avusturya	-	
Belçika	+	Sadece tıbbi deney uygulaması olarak. Mevcut DCR’ler pilot uygulama
Bosna Hersek	-	
Bulgaristan	-	Ceza kanunu, pilot uygulamaları da sonlandırabilecek şekilde, yasadışı madde kullanımı için mükerrer yer teminini cezalandıran hükümler içermektedir.

Hırvatistan	-	Ceza kanunu, kişisel kullanım için bile olsa yasadışı madde bulundurmaya cezalandırmakta ve görevlileri madde bulunduranları ihbar etme yükümlülüğünü yüklemektedir.
Çek Cumhuriyeti	-	Her hangi bir yasal çerçeve bulunmamaktadır. DCR ile ilgili yasal hükümler yoruma açık bırakılmıştır. Polis yorumu, DCR teklif edilmesini cezai müeyyidelere tabi olduğu yönündedir. Yeterli mevzuat bulunmamaktadır.
Danimarka	+	
Finlandiya	-	Helsinki şehri, devletin DCR kurması konusunda teklif sunduğunu bildirmiştir.
Fransa	+	Sadece tıbbi deney olarak yasal dayanak mevcuttur. 2016 Kamu Sağlığı Kanunu'na göre DCR'ler 6 yıl boyunca pilot olarak açılabilir. Günümüze kadar Paris ve Strazburg olmak üzere iki yerde kurulmuştur.
Gürcistan	-	
Almanya	+	2000 yılı itibariyle Alman Narkotik Yasası (Betäubungsmittelgesetz BtMG § 10a) belli şartları gözeterek DCR'lere izin vermektedir.
Yunanistan	+	
Macaristan	-	Psikoaktif madde kullanımı ve kullanımının kolaylaştırılması adli bir suçtur. Söz konusu hizmet sağlayıcı ağ henüz yasal olarak açıklığa kavuşmamıştır.
İrlanda	+	2017 yılı itibariyle "Maddenin Kötüye Kullanım Yasası" (Kontrol altında enjeksiyon müstemilatları) yürürlüktedir.
İtalya	?	STK'lar ve insan kaynakları ağı bakış açısıyla mevcut yasalar kontrollü olarak sağlık hizmetleri profesyonellerinin denetiminde kısıtlı bir şekilde DCR'lara izin vermektedir.
Lüksemburg	+	
Karadağ	-	
Makedonya, Kuzey	-	
Hollanda	+	Belediyeler, kendi alanlarında DCR kurulması konusunda yetkili ve inisiyatif sahibidirler.
Norveç	+	Sadece enjeksiyon yönteminin uygulanmasına izin verilmektedir.
Polonya	-	Henüz uygulama için gerekli siyasi karar oluşmamıştır.
Portekiz	+	21 Haziran 2001 tarih ve 183/2001 sayılı Law Decree yasası ile izin verilmektedir.
Romanya	-	Yasalara göre madde kullanımı için yer temin etmek adli olarak cezalandırılmaktadır. Bununla birlikte, 2013-2020 Ulusal Madde İle Mücadele Stratejisi'nde, madde kullanan kişilere güvenli ortam sağlanması gerektiği belirtilmiştir.
Rusya	-	
İskoçya	+	Birleşik Krallık yasalarına tabidir.
Sırbistan	-	
Slovakya	-	Ulusal Madde Politikaları DCR'lere izin vermemektedir.
Slovenya	+	Ulusal Madde Stratejileri ve Ceza Kanunları uygundur.
İspanya	+	7 tanesi Katalonya ve 1 tanesi Baskue'da bulunana DCR'ler mevcuttur.
İsveç	-	Bugüne kadar mevzuatlar müsaade etmemektedir ama izin verilmesi konusunda geleceğe dönük planlar mevcuttur.
İsviçre	+	
Ukrayna	+	Ülkede bulunan tek DCR projesi, Narkoloji'nin yapısal organı olan Zarar Azaltımı Ofisi'nin bünyesinde uygulanan projedir. Bir hemşire ve iki sosyal hizmet çalışanı tarafından uygulanan proje çalışmaları son derece kurumsal faaliyet göstermektedir ve sosyal sözleşme programı ile yerel bütçe tarafından finanse edilmektedir.
Birleşik Krallık	-	1971 yılında yürürlüğe giren Maddenin Kötüye Kullanımı Yasası İskoç Hükümeti'nin de DCR programı oluşturmaya ve uygulamasına engel teşkil etmektedir.

Kaynak (Tammi, ve diğerleri, 2020: 81).

2.6.2.3. Cezaevlerinde aşırı doz önleme uygulamaları

Doz aşımı riskinin, madde yoksunluk etkisinin yüksek ve uzun süre kullanıma ara verildiği için opioid toleransının düşük olması sebebiyle, cezaevi tahliyelerine müteakip özellikle ilk 48 saat içerisinde azami seviyede olduğu yapılan çalışmalar neticesinde tespit edilmiştir. Cezaevi tahliyesinden sonra artan aşırı doz riski, örneğin Naloxone'nun hazır tutulması gibi doz aşımı önleme uygulamaları önemli bir fırsat olarak değerlendirilmektedir. Fransa, İtalya, Norveç, İskoçya, İspanya ve Birleşik Krallık aşırı doz önleme programlarında, Naloxone ilacı cezaevlerinde de hazır bulundurulmaktadır. Sayılan ülkelerin cezaevlerinde Naloxone enjeksiyonu sadece cezaevi eğitilmiş personeli veya sağlık personeli tarafından tatbik edilebilmektedir. Sadece Fransa, diğer mahkumların da Naloxone enjeksiyonunu yapmalarına izin vermektedir. Avrupa Zarar Azaltımı Ağı Korelasyonu (C-EHRN) araştırmaları, sadece Fransa, İtalya ve İskoçya da dahil olmak üzere Birleşik Krallık ülkeleri, cezaevi tahliye öncesinde Naloxone önleme programı uyguladıklarını bildirmektedir. İtalya'da 2018 yılında üç cezaevinde 3 ila 6 ay arasında deneysel amaçlı tahliye öncesi program uygulanmıştır. Cenova'da Marassi ve Brescia cezaevlerinde sabit tahliye öncesi servisler mevcuttur. İngiltere'de bulunan cezaevlerinin yaklaşık yarısında da yine tahliye öncesi Naloxone servisleri bulunmaktadır. Bununla birlikte gerçekte uygulama pratiklerinin düşük olduğu gözlemlenmiştir (Tammi, ve diğerleri, 2020: 82).

Dünya Sağlık Örgütü, aşırı doz sebebiyle meydana gelen ölümlerin %20'nin cezaevi tahliyeleri ve madde bağımlılık tedavileri hitamında meydana geldiğini saptamıştır. Bu sebeple, hem cezaevi, hem de özellikle bağımlılık tedavilerinin uygulandığı sağlık kuruluşlarında, sadece sağlık personeline ve diğer ilgili görevlilere değil, madde kullanan nüfusa da, tahliye veya taburcu öncesi gerekli eğitimin ve bilgilendirmenin yapılması önem arz etmektedir. C-EHRN araştırmalarına göre, Gürcistan, Macaristan, Rusya, Slovakya ve Ukrayna dışındaki tüm Avrupa Birliği katılımcı ülkelerinin uygulamalarında, cezaevi gözlem araştırmaları ve opioid ikame tedavi hizmetleri mevcuttur. Bu konuda en sistematik çalışmaları yapan Fransa, Hollanda, Norveç ve İskoçya dahil Birleşik Krallık ülkeleri olmakla birlikte, pratikte cezaevi görevlilerinin veya başkaca kamu personelinin ihmalinden kaynaklanan aksaklıkların görüldüğü bildirilmektedir (Tammi, ve diğerleri, 2020: 84).

2.6.2.4. Diğer aşırı doz önleme tedbirleri

Acil çağrı merkezleri vasıtasıyla hizmet veren ambulans, polis, itfaiye gibi ilk müdahale ekiplerinin, sorumluluk bölgelerinde madde kullanımında aşırı doz vakaları hususunda bilgilendirilmeleri ve eğitime dayalı bir önleme yönteminin, zarar azaltımında önemli bir etkiye sahip olduğu değerlendirilmektedir. Opioid haricinde aşırı doz vakalarının en sık yaşandığı maddeler ise Kokain, MDMA, Gama Hidroksibütirat (GHB) ve Sentetik Katinonlar gibi sentetik uyarıcılar şeklinde sıralanmakta ve yukarıda bahsedilen önleme tedbirlerinin bu tür maddeler için de ayrıca uygulanması hususu Avrupa Birliği ve Birleşmiş Milletler gibi uluslararası örgütlerce tavsiye edilmektedir (Tammi, ve diğerleri, 2020).

Avrupa Birliği Zarar Azaltımı Korelasyonu, Avrupa ülkeleri için bilimsel olarak madde kullanımı ile mücadele amacıyla oluşturulan ve tavsiye edilen sosyal politikaların, katılımcı ülkelerin kendilerine özgü yapı ve uygulama çeşitliliğine rağmen, başarılı bir şekilde hayata geçirilebilmesi için, uzman grupların, sivil toplum örgütlerinin de katılımı ile, yasa yapıcı ve uygulayıcı devlet otoritelerinin kararlarını, hedef odaklı yönlendirmeye elverişli şekilde politikaların oluşturulması ve geliştirilmesinin önemine vurgu yapmaktadır (Tammi, ve diğerleri, 2020: 94).

2.6.3. Madde bağımlılığında tedavi ve rehabilitasyon

Madde bağımlılığı tekrarlayan kronik bir sağlık problemi olmakla birlikte tedavi edilmesi mümkün olan bir rahatsızlıktır. Ancak tedavi, kullanılan psikoaktif maddenin ve tedavide kullanılan ilaçların çeşitlerine, kullanıcının tedavi olmaya yönelik istek ve iradesi ile birlikte psikolojik, fizyolojik ve sosyal kişilik özelliklerine, kullanım yoğunluğu ve bağımlılığın şiddetine ve erken teşhis durumuna, ayrıca çevresel ve toplumsal faktörler ile aile ve sosyal destek imkanları ve istihdam gibi birçok değişkene bağlıdır. Bununla birlikte birçok ülke psikoaktif madde arz ve talebini düşürmeye yönelik stratejileri benimsemişlerdir (Mohamed ve Marican, 2018). Madde bağımlılığı tedavisi, fizyolojik olarak kullanıcının beyinde ve vücudunda psikoaktif madde kullanımından kaynaklanan hasarların onarılması ve toksik maddelerin temizlenmesi (detoksifikasyon) amacıyla hastanın genellikle bir sağlık kuruluşunda müşahade altına alınmasıyla yapılan işlemler bütünüdür. Rehabilitasyon ise, madde kullanımından kaynaklanan kişisel psikolojik bozulmaların ve ‘Relaps’ olarak tabir edilen, fiziksel ve psikolojik sebeplerle kararlılığın zayıflaması ve bozulması suretiyle psikoaktif maddenin, tedaviden sonra tekrar kullanımının ve ruhsal çöküntünün önlenmesine dayalı bir dizi sağlık ve psikolojik uygulamalardan ibarettir (Karataşoğlu, 2013). Madde bağımlılığının tedavisinde kullanılan belli yöntemler bulunmaktadır. Farmokolojik müdahaleler bağımlılık döngüsünün iki farklı evresinde başlatılan **Detoksifikasyon ve İdame** uygulamaları olarak kendini göstermektedir ki, madde kullanımının aniden kesilmesinden ve uygun ilaçlarla vücutta istenmeyen toksinlerin temizlenmesi süreci içerisinde ortaya çıkan çekilme veya yoksunluk krizlerinin hafifletilmesi için yapılan farmokolojik müdahalelerdir (Hart, Ksir, ve Ray, Drugs, Society and Human Behaviour, 2009). **İlaç Destekli Tedavi** yöntemi ise, hastanın durumuna göre, kullanılan psikoaktif maddenin olumsuz etkilerine karşı savaşmak ve bloke etmek amacıyla, maddenin ‘Antagonist’ i yani karşıt etkili ilacı verilir veya ‘Substitution’ olarak tabir edilen ikame tedavisi yani kullanılan psikoaktif maddenin oluşturduğu etkiyi taklit edebilen başkaca ilaçlar verilerek kriz aşılr. **Antabuse (Disulfiram) Tedavisi**, genellikle psikososyal destek tedavileri ile birlikte uygulanan ve çoğunlukla alkol bağımlılığında tercih edilen bir yöntemdir. Madde bağımlısı kişi ‘Antabuse’ (disulfiram), Naltrexone veya Acamprosate adı verilen ilaçları kullandıktan sonra nüks yani ‘relapse’ olarak tabir edilen psikoaktif madde kullanımına geri dönüş gerçekleşirse, hasta kendini kötü hissetmekte ve bağımlısı olduğu madde veya alkolden psikolojik olarak da uzaklaşması hedeflenmektedir (Hart ve Ksir, Drugs, Society ve Human Behavior, 2017). **Psikososyal Destek Tedavileri**, ise ilaçsız tedaviler olarak bilinmekle birlikte, ilaçlı tedavilere destek niteliğinde de uygulanmaları mümkündür.

Münferit veya grup psikoterapisi, Aile ve evlilik terapileri, Nüks (relapse) önleme, Destekleyici-Dışavurum Psikoterapisi, Münferit ilaç danışmanlığı, Motivasyon geliştirme terapisi, ergenler için davranış terapileri, MDFT (*Multidimensional Family Therapy for Adolescents*) olarak tabir edilen, ergenler için çok boyutlu aile terapileri, MST (*Multisystemic Therapy*) yani çok sistemli terapi, Nikotin ikamesi ve bileşik davranış terapisi, toplum destekli yaklaşım terapisi ve Matriks model şeklinde önemli uygulamaları mevcuttur (Malhotra, Basu, ve Gupta, 2005).

2.6.4. Sosyal politika uygulama örnekleri

Ülkelerin madde kullanımı ile mücadeleleri ile ilgili olarak, bilimsel çalışmalar neticesinde küresel boyutta ortaya çıkan çözüm önerileri ve uygulama planlarına, her ülkenin adaptasyonu farklı süreçleri gerektirmekte ve her ülke kendine özgü engelleri aşmak durumunda kalmaktadır. Konumuzun başında da değindiğimiz gibi, ülkelerin sosyal refah devleti anlayışını uygulayabildikleri ölçüde, uluslararası normlara entegrasyonları mümkün olabilmektedir. Kalıpsal olarak, psikoaktif madde kullanımı ve bağımlılıkla mücadelede uygulanan sosyal politikalar, önleme, zarar azaltımı ve tedavi-rehabilitasyon başlıkları altında sayılmakla birlikte, aslında belirtilen politikaları uygulama amacında olan bir devlet için, tüm kurumları ile özellikle sağlık, sosyal, güvenlik, adalet, ekonomik, finansal ve eğitim kurumlarının, merkezi ve yerel düzeyde birbirleri ile ve sivil toplum kuruluşları ve toplum temsilcileri ile koordineli olarak çalışabilecek, ayrıca bu koordinasyonu uluslararası kuruluşlara yansıtabilecek kapasitede mükemmel bir sistemi gerektirmektedir. Bu sebeptendir ki, Birleşmiş Milletler, Avrupa Birliği gibi uluslararası kuruluşların tespit ve tavsiye ettiği uygulamaların, katılımcı ülkelerin standartları ve farklılıkları da gözetilmek suretiyle asgari ortak nokta tespiti ve safhalar halinde yayınlanması ve üye ülkelerden ilgili verilerin talep edilmesi, hatta bazı durumlarda üye ülkelerin yapılarına yönelik farklı standartların oluşturulması daha adaletli olacaktır. Konumuzla alakalı olarak da, öngörülen sosyal politikaların uygulamalarında, merkezi yönetim sistemlerinin benimsendiği ülkeler ile federatif sistemleri benimseyen ülkelerin etkinlikleri ve koordinasyon yöntemleri farklılık arz edebilmektedir. Ayrıca, küresel standartlarda hazırlanan anket ve değerlendirmeler neticesinde, katılımcı ülkelere cevaben yapılan ulusal veri geri bildirimleri de, ilgili konuların değerlendirilmesinde hatalara sebep olabileceği düşünülmektedir. Farazi olarak bir örnek vermek gerekirse, bir uluslararası örgütün, dünyanın her hangi bir bölgesinde belli sayıdaki ülkelerde oldukça yaygın olarak tüketilen her hangi bir doğal psikoaktif madde ile ilgili olarak, tüm üye ülkeleri teyakkuza geçmeye davet etmesi ve tavsiyelerde bulunması veya verilen küresel boyutta değerlendirilmesi gibi.

2.6.4.1. Almanya örneği

Federal sistemle yönetilen Almanya'da psikoaktif madde kullanımı ile mücadelede yerel yönetimlere daha fazla sorumluluk düşmekte ve başka sistemlerle yönetilen ülkelerin yerel yönetimlerine göre daha etkin nüfuza sahip olabilmektedirler. Almanya'da psikoaktif madde kullanımı ile mücadelede, güncel olarak 2012 yılında oluşturulan Ulusal Madde ve Bağımlılık Strateji Politikası esas teşkil etmekle beraber, sorumluluk federal

hükümet, eyaletler ve belediyeler arasında paylaşılmaktadır. Alman anayasasına göre, federal hükümetin nakotik madde kanunu, ceza kanunu ve sosyal hizmet kanunlarını yasama yetkisi bulunmaktadır. Narkotik maddeler ile ilgili Federal Devlet Komiseri Ofisi, Alman Federal Sağlık ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'na bağlanmıştır ve federal devletin madde ve bağımlılık politikalarını koordine etmektedir. Bu federal politikaların takibi, değerlendirilmesi ve gerekli tavsiye müdahalelerinin yapılması ise, Madde ve Bağımlılık Ulusal Kurulu'na aittir. Madde ve bağımlılık ulusal yasaların yürütülmesi esasen eyaletlerin sorumluluğunda olup, fiilen uygulama ve özellikle finansman, farklı öncelikleri bulunsa da, ortak amaçlar doğrultusunda hareket etme durumunda kalan eyaletler ve belediyelere aittir. Gençlerin maddeden uzak tutulması için gereken eğitim, sosyal ve sportif faaliyet alanlarının tesis edilmesi, faaliyete sokulması ve takibi bu tür faaliyetlere örnek olarak gösterilebilmektedir (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2019).

Almanya'nın sağlık sistemi, yalnızca Avrupa Birliği değil, dünyadaki tüm sağlık sistemleri içerisinde en güçlüsü ve en iyilerinden birisi olarak kabul edilmektedir. İskandinav ülkelerinin sağlık sistemleri de en iyilerden olma özelliği taşısa da, nüfus büyüklükleri karşılaştırıldığında, 82 milyon nüfusa mükemmel sağlık hizmeti sunan alman sağlık sisteminin daha başarılı addedilmesi yanlış olmayacaktır. 'Land' tabir edilen federal düzeyde ve 'Länder' tabir edilen eyalet düzeyinde bakanlıklar, sağlık birimleri ve kamu görevlilerinin yer aldığı Alman sağlık sisteminde, esas sağlık hizmetinin sunulmasından sorumlu olan hekim birliklerinin, talep doğrultusunda sağlık harcamaları ağırlıklı olarak oluşturulan hastalık fonundan finanse edilmektedir. Özerk olarak faaliyet gösteren ulusal ve bölgesel birlikler, sigorta primlerinden oluşan fonlarını, sağlık tesisi, sağlık personeli gibi imkanları ülkenin en ücra yerlerine bile aynı standartlarda gelişmiş sağlık tesisleri ve nitelikli sağlık personeli temin edebilmektedirler. Devletin sağlık hizmetleri işletmeye yönelik doğrudan bir fonksiyonu bulunmamaktadır. Bahse konu özerk kuruluşlar ve sigorta kurumları, sağlık fonlarını, doğrudan kendilerine intikal eden kazanç esasına dayalı sigorta primlerinden elde etmektedirler. Bu sayede Almanya'da üniversite hastaneleri ile birlikte iki binden fazla hastane bulunmaktadır (Tontuş, 2015).

Almanya'da ağırlıklı olarak toplumsal sağlık eğitimi ve bilgilendirme faaliyetlerinden oluşan koruyucu sağlık hizmetleri, Federal Devlet Sağlık Bakanlığı'na bağlı Devlet Sağlık Eğitim Merkezi BZgA (*Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung*) tarafından verilmektedir. Eğitim hizmetlerinin verilmesinden Sağlık Bakanlığı ve eyalet ve belediye düzeyindeki en yüksek sağlık makamları sorumludur. Aynı şekilde okullarda verilen sağlık eğitimlerinden de, Eğitim Bakanlığı ve eyaletlerin Eğitim Senatoları sorumlu olup, bazı eyaletlerde Sağlık Eğitim ve Çalışma Merkezleri kurulmuştur (Tontuş, 2015). Bu kapsamda psikoaktif madde konusu ile ilgili adli işlem görmüş gençler, alt kültür grupları, göçmenler gibi hassas gruplara yönelik, okul ve aile temelli koruyucu hizmet faaliyetleri, medya araçlarının kullanımı gibi faaliyetlerle, ulusal madde eylem planı doğrultusunda önleme hizmetleri verilmeye çalışılmaktadır (Suçin, 2008).

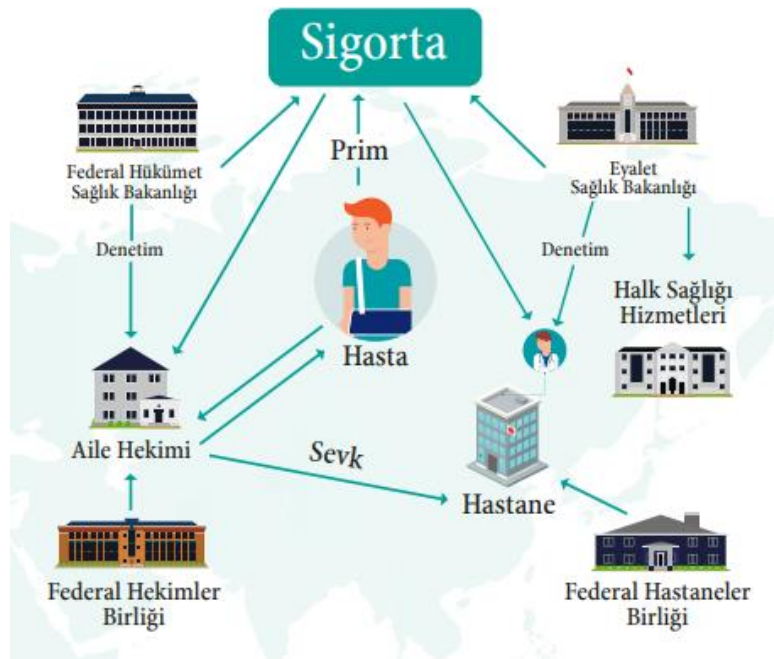
Tedavi hususunda ise, ilk basamak sağlık kuruluşu normal olarak aile sağlık merkezleri olup, ikinci basamağı uzman doktorların özel olarak işlettikleri muayenehaneler ve

üçüncü basamak sağlık kuruluşlarında, gelir-gider dengelerini bağımsız olarak kendileri yöneten belediye, vakıf, özel ve üniversite hastaneleri teşkil etmektedir. Bu sevk sırasını gözetmeden yapılan münferit müracaatlarda veya tavsiye edilen normal prosedürün haricinde ilave tetkik veya işlem talep eden hasta, yapılan işlemin ücretini cebinden karşılamak durumunda kalmaktadır. Ayakta tedaviler aile sağlık merkezleri ve onların gerek görmesi durumunda sevk ettikleri uzman doktor özel muayenehanelerinde gerçekleşmekte olup, hastaneler mümkün oldukça sadece müşahade altına alınması gereken hastaları kabul etmektedir. Hastalar, 18 yaşından küçükler hariç olmak üzere, aldıkları sağlık hizmetlerine katkı payı ödemek zorundadırlar ki, bunun da bir limiti bulunmaktadır. Yıllık brüt gelirinin %2'sinden fazla sağlık katkı payı ödeyen hastalar, müracaat etmeleri durumunda yılın kalan zamanında alacakları sağlık hizmetlerine katkı payı ödememektedirler. Bu oran, ağır kronik rahatsızlığı sebebiyle uzun süre tedaviye muhtaç olan hastalar için %1 olarak saptanmıştır (Tontuş, 2015). Psikoaktif madde kullanımı ile alakalı olarak tatbik edilen ikame tedavisi de ayakta tedavi kapsamında yapılmaktadır. Zarar azaltımı hizmeti kapsamında faaliyet gösteren yaklaşık 400 adet sağlık kuruluşu bulunmaktadır ve zarar azaltımı haricinde başkaca sağlık hizmetleri de veren bu kuruluşlar çoğunlukla ayakta tedavi hizmeti veren kuruluşlardır. Müşahade altında madde bağımlılığı tedavileri ise, uzmanlaşmış psikososyal ve psikolojik terapi ve tedavi merkezleri ile hastanelerin ilgili kliniklerinde gerçekleşmektedir (Suçin, 2008).

Verilen hizmet sayısına göre ücret alan sağlık kuruluşlarının ödemeleri, EBM (*Gesetzlichen Krankenversicherung*) tabir edilen zorunlu yasal sağlık sigortalı hastalara göre ve GOÄ (*Privaten Krankenversicherung*) tabir edilen özel sağlık sigortalı hastalara göre iki farklı ücret cetveline istinaden primlerin toplandığı sağlık fonlarınca yapılmaktadır. İlk cetvelde yer alan tedavi uygulamaları, tetkikler ve diğer detaylar daha dar hizmetlerden müteşekkil olup, özel sigortalı hastaların doktor seçme, daha fazla tetkik yaptırma gibi avantajları bulunmaktadır. Özel sağlık sigorta şirketleri ile sağlık kuruluşlarının verilen hizmetlerin zenginleştirilmesine ve ücret tarifelerine dayanan karşılıklı çıkar amaçlı sözleşmeler yapılmaktadır (Tontuş, 2015).

Her türlü tedavi sağlık harcamalarının ağırlıklı olarak sigorta şirketlerine yüklendiği Alman Sağlık Sigorta sisteminde, ülke nüfusunun yaklaşık %90'ı zorunlu yasal sigorta güvencesinde bulunmaktadır. Ücretlilerin gelirlerinin yaklaşık %15,5'ine tekabül eden ayrıca işverenlerinin de katılımlarının bulunduğu sigorta primleri karşılığında, sigortalının prim ödeyemeyecek durumda bulunan çocukları ve yakınları da güvence kapsamındadır. Yani kişiye bağlı sigorta güvencesi ile korunmaları, vatandaşların hastalıktan veya hastalık sebebiyle sağlık maliyetlerinden mağdur olmayacaklarını garanti etmektedir. Bunun haricinde, belirli standartların üzerinde gelire sahip kişiler, şartlarda ve imkanlarda çok daha fazla esnekliğe sahip özel sağlık sigortasını yaptırabilmektedirler (Tontuş, 2015; Rüggeberg, 2018).

Şekil 7. Almanya Sağlık ve Sigorta Sistemi



Kaynak: (Tontuş, 2015).

Almanya’da madde kullanımı ile ilgili yasal düzenlemeler ise söz konusu maddenin miktarı, nevi ve kişinin maddeye olan muhatplığının derecesine göre belirlenen müeyyidelerle düzenlenmektedir. Normal olarak psikoaktif madde bulundurmak cezayı gerektirirken, bağımlı bir içicinin kendi tüketimi için bulundurduğu cüz-i miktar madde yakalamaları kovuşturmayaya tabi olmamaktadır. Bununla birlikte, kovuşturma neticesinde mahkumiyet alan bir bağımlı için öngörülen tedavi programının kabul edilmesi durumunda, cezanın tatbiki ertelenmekte ve programın neticesine göre hüküm uygulanmakta veya düşürülmektedir. Bu konuda Alman vatandaşlığı bulunmayan göçmenlerin, sınırdışı edilme korkuları sebebiyle sağlık kuruluşlarına müracaat etmemelerinden kaynaklanan suç oranlarının artışını engellemeye yönelik güncel çalışmalar mevcuttur (Narimani, 2017; Suçin, 2008). İkame tedavisi için kullanılan psikoaktif maddelerin yazıldığı reçetenin ve hastanın bilgilerinin Federal Madde ve Tıbbi Cihazlar Merkezi’ne bildirilmesi zorunluluğu, reçeteyi yazan hekime aittir. Kullanım haricinde yasadışı madde imali, tarımı ve kaçakçılığı yapmanın cezası 15 yıl hapse kadar varabilmektedir (Suçin, 2008).

2.6.4.2. Fransa örneği

Fransa’da madde ile mücadelede bakanlıklar seviyesinde koordinasyonu sağlamakla yükümlü 1982 yılında kurulan MILDT (*Mission Interministérielle de Lutte Contre la Drogue et la Toxicomanie*) adı verilen ‘Bakanlıklar Arası Madde ve Madde Bağımlılığı ile Mücadele Misyonu’, merkezi olarak faaliyette bulunmakla birlikte, yerel düzeyde oldukça bağımsız hareket edebilen önleme aktörleri tarafından desteklenmektedir. MILDT, 11 Mart 2014 tarihi itibarıyla 2014-322 sayılı kararname doğrultusunda MILDECA (*Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives*) ismini alarak faaliyet alanı genişletilmiştir. Vakıf niteliğindeki kurum,

Başbakana karşı sorumlulukla bakanlararası kurumsal koordinasyonu sağlamakla yükümlüdür. Madde konusu ile alakalı veya alakasız tüm bağımlılıklarla savaşıran kuruluş, yerel düzeyde vilayet temsilciliklikleri tarafından faaliyetlerini yürütmektedir. Ulus ötesi faaliyetlerde ise, Avrupa İşleri Genel Sekreterliği ve Dışişleri Bakanlığı ile yakın işbirliği içerisinde, madde ve bağımlılıkla ilgili Fransız Devleti'nin pozisyonlarının genişletilmesinde ve küresel ve entegre yaklaşımlarının desteklenmesinde önemli rol oynamaktadır. Madde ve bağımlılık ile alakalı kamu politikaları genel olarak şu alanları kapsamaktadır: Araştırma gözlem, Önleme, Sağlık ve Entegrasyon, Kolluk Kuvvetleri, İnsan Ticaretine Karşı Mücadele ve Uluslararası İşbirliği. MILDECA ayrıca kamu yararı gruplarında iki tanesini finanse etmektedir. OFDT (*Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies*) ismindeki tüketim ürünlerini ve tüketim eğilimlerini izleyen ve alanından ulusal ve uluslararası yayımlar yayınlayan Fransız Madde ve Madde Bağımlılığı Gözlemevi (OFDT-Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2020), diğeri de; 1992 yılında kurulan CIFAD (*Centre International de Formation à Distance*) ismindeki kamu çıkarına faaliyet gösteren Madde ile Mücadele Eğitim Merkezi'dir. Bu merkez Venezuela kuzeyinde bulunan Martinik'de Fort-de-France bölgesi ve Karayipler'deki eğitim temsilcilerinden sorumludur (Global Health Data Exchange, 2020). MILDECA, devlet bütçesinden tahsisli olup, bakanlıklar arası koordinasyonun sağlanmasında teşvik için harcamalar yapmaktadır. Ayrıca suç varlıkları ve suç gelirlerinden beslenen Madde Rekabet Fonu'nu yönetmektedir. Yasadışı madde ticaretinden ele geçirilen ve insan ticareti suçlularının mal ve finans varlıklarının yasalar doğrultusunda devlet tarafından müsadere edilmesi ile bu fona değer aktarımı yapılmaktadır (Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives - MILDECA, 2018; Fransa Cumhuriyeti Resmi Gazetesi, 2014).

19 Aralık 2018 tarihinde onaylanan Fransa Bağımlılıkla Mücadele Ulusal Eylem Planı'nda, madde kullanım oranlarının Avrupa'nın en yüksekleri arasında bulunduğuna dikkat çekilerek, vatandaşların özellikle küçük yaşta ve gençlerin korunmasına yönelik eylem planlarını altı ana başlık halinde sıralamaktadır:

- Erken yaşlarda madde kullanımının önlenmesi
- Bağımlı vakalarına daha iyi yaklaşımların tesis edilmesi
- İnsan ticareti ile mücadelenin etkinliğinin artırılması
- Bilgilendirme faaliyetlerinin daha etkin hale getirilmesi
- Uluslararası işbirliğinin güçlendirilmesi
- Kamu eylemi için bölgesel koşulların daha iyi hazırlanması

Yukarıda sayılan ana maddelerin hayata geçirilmesinde, 19 adet öncelikli konu ve 200'den fazla önerinin, ilgili bakanlıklar ve kurumlarının, yerel yönetimler, belediyeler ve birlikleri, profesyoneller, uzmanlar, ekonomik temsilciler ve toplumsal sosyal eylem merkezlerinin katkıları ile değerlendirildiği bildirilmektedir (Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives, 2019).

2018-2022 Fransa Madde ile Mücadele Ulusal Eylem Planı'nda, zarar azaltımı uygulamalarının sadece şırınga değişim programları vasıtasıyla enfeksiyon önleme tedbirleri¹⁴ ile kısıtlı kalmayıp, aşır doz ölümlerin de önüne geçmek için gerekli bir dizi terbirlerin geliştirilmesi gereğine vurgu yapmaktadır. Madde kullanım riskini ve zararlarını azaltılmak üzere, Sosyal Güvenlik Sistemi tarafından finanse edilen uzmanlaşmış madde tedavi merkezleri ve zarar azaltma tesisleri ağı (CAARUD - Les Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues)'lerin çalışmalarının desteklenmesi gereğine vurgu yapılmıştır. Zarar azaltımı uygulamalarında madde kullanıcılarına, nazal kullanım kitleri ve folyo gibi hijyen kaygılı malzeme dağıtımlarının da arttığının bildirildiği eylem planında, 2016 yılında kabul edilen Sağlık Reform Yasası hitamında Paris-Strasbourg'da iki adet Madde Kullanım Odalarının altı yıllığına deneysel olarak kullanıma açıldığını ve altı yıl sonra yani 2022 yılında toplum sağlığı açısından değerlendirmelerin yapılacağı bildirilmiştir. 2016 yılı Temmuz ayı itibariyle yine, Naloxone ilacının nazal yolla alınan versiyonu yarın burun spreyi formunun, hastane merkezleri ve eve götürülebilir Naloxone uygulamasının kabul edildiği, Ocak 2018 itibariyle dağıtım için Madde Kullanıcıları İçin Zarar Azaltma Kabul ve Destek Merkezleri'ne (CAARUD)-(*Centre d'accueil et d'accompagnement à la Réduction des Risques des Usagers de Drogues*) temin edildiği bildirilmiştir. Programın öncelikli olarak cezaevinden tahliye olan kullanıcılar ve opioid tedavisi gören taburcu hastalar için uygulanacağı açıklanmıştır. Ayrıca HIV, hepatit ve riskli madde bağımlılarının gerekli tedavilerden daha etkin yararlanmalarını sağlamak için, tedavi giderlerinin Ulusal Sağlık Sigortası Fonu'ndan karşılanması yönünde tedaviye erişim imkanı genişletilmiştir (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2020).

Fransa'da madde bağımlılığı ile mücadeleye STK desteği olarak ise CSAPA (*Les Centres de Soins, d'accompagnement et de Prévention en Addictologie*) ismiyle faaliyet gösteren, sağlık sigortası tarafından ve dernekler veya kamu sağlık kuruluşları tarafından finanse edilen ve desteklenen örgütler örnek gösterilebilir. CSAPA'lar bağımlılık bakım, destek ve önleme merkezleri olarak, kullanıcıların ve çevrelerinin muvafakiyetleri ile tıbbi, psikolojik, sosyal ve eğitim desteği sağlayarak, madde kullanımının erken tanımlanmasını ve tıbbi teşhisi, madde kullanımını önlemeyi, bakım hizmetlerini, sosyal haklara erişim ve sosyal entegrasyonu amaçlamaktadırlar. CSAPA faaliyetlerini, Evde Tedavi Merkezleri (CTR), Terapötik Topluluklar (CT), adli infaza alternatif olarak sunulan entegrasyon programları için geçici ikamet sunan Acil Durum ve Geçiş Kabul Merkezleri (CAUT), münferit barınma sunan Terapötik Daireler (AT), aile entegrasyonu ve aile ilişkilerinin yeniden tesisi için tüm aileye tahsis edilen terapi konutları ve AIDS, hepatit, kanser gibi travmatik süreçleri yaşayan hastalar için Terapötik Koordinasyon Daireleri (ACT) aracılığıyla sürdürmektedir (Fransa Bağımlılık Federasyonu, 2020).

Fransa'da 2003 yılı itibariyle Sosyal Güvenlik Sistemi tarafından finanse edilen bölgesel ve yerel kuruluşlar, madde kullanımı ile ilgili olarak tedavi hizmetlerini yürütmektedirler.

¹⁴ Fransa'da son yapılan araştırmalara göre, yılda 12 milyon şırınganın madde kullanıcılarına dağıtıldığı tahmin edilmektedir (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2020).

Hastanelerin de kapsama dahil olduğu Uzmanlaşmış Tedavi Sistemi ve Genel Sağlık Sistemi (GP) şeklinde iki kategoride madde tedavisi ile m¼cadele edilmektedir. Bazı şiddetli olmayan vakaların, Zarar Azaltım Merkezleri tarafından da m¼dahale edildiği g¼r¼lmektedir. Mahkumlara bağımlılık tedavisi çoğunlukla hastanelerde verilmektedir. Yaklaşık 100 adet ilçe y¼netimi sorumluluk alanlarında en az bir tane uzmanlaşmış tedavi merkezi ve önleme merkezi (CSAPA) bulunmaktadır. CSAPA'lar hem ayakta hem de yatan hasta farmakolojik ve psikososyal bakım hizmetleri sağlamakta olup, cezaevi mahkumlarına da bakım hizmeti veren ve ücretsiz hizmet sağlayan Sivil Toplum Kuruluşlarıdır. Bunun yanında ayrıca 'drug-free' olarak tabir edilen dokuz adet STK tedavi topluluğu ve genç madde kullanıcılarına ayakta tedavi hizmeti, erken m¼dahale ve psikolojik destek veren yaklaşık 540 adet STK, Fransa'da faaliyet g¼stermektedir (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2020).

Son olarak Fransa'da madde kullanımı ile ilgili yasal d¼zenlemelerin genel olarak şu şekilde uygulandığı g¼r¼lmektedir: Öncelikle yasa dışı madde bulundurma cezai müeyyide gerektirmektedir. Hakim kişisel kullanım için madde bulunduran sanığa tedavi öngörme yetkisine sahipse de, kişisel kullanım için bile olsa, maddenin nevine veya bulundurma amacına bakılmaksızın adli cezası bir yıla kadar hapis ve 3800 Euro para cezası ile cezalandırılması öngörülmektedir. Verilen hapis cezası kişinin rızasına göre adli para cezasına veya kamu yararına çalışma cezasına çevrilebilmektedir. Suçun 5 yıl içerisinde tekerr¼r etmesi halinde, cezanın iki katı tatbik edilmektedir. 09 Mayıs 2008 itibariyle yür¼rl¼ęe giren bir mevzuata göre, eğer madde kullanan kişi 13 yaşından büyükse, ücretini kendisinin karşılayacağı Zorunlu Madde Bilgilendirme Kursu'na katılma şartı ile sadece uyarılarak salıverilmektedir. Kaçakçılık ve madde ticareti gibi suçlarda ise 5 yıla kadar hapis ve adli para cezası veya on yıla kadar hapis cezası öngör¼l¼rken, ağırlaştırıcı ciddi sebeplerin bulunduğu vakalarda öm¼r boyu hapis ve 7.600.000 Euro para cezası da verilebilmektedir. Piyasaya yeni çıkan psikoaktif maddelerin ceza yasasında tanımlanmasında Sosyal İşler ve Sağlık Bakanlığı'nın takibi ve kararları etkili olmaktadır (Suçın, 2008; Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2020).

2.6.4.3. Birleşik Krallık örneği

Birleşik Krallık'ta devlet adına psikoaktif madde ile ulusal m¼cadeleyi koordine etme ve uygulama görevi İçişleri Bakanlığı'na ait olup, başkanlığını bizzat İçişleri Bakanı'nın yaptığı Madde Stratejisi Kurulu tarafından da desteklenmektedir. Maddeye olan telbin azaltılması, arzın d¼ř¼r¼lmesi, etkin tedavi mekânizmalarının tesis edilmesi ve küresel eylem olmak üzere d¼rt temel başlık altında organize edilen faaliyetlerin ortak amaçları, özellikle yasadışı ve diğer psikoaktif maddelerin kötüye kullanımını azaltmak ve bağımlı insan oranını asgari seviyeye indirmek şeklinde belirlenmiştir. Belirlenen stratejileri hedefleyen politikalardan ise sağlık, eğitim, barınma ve sosyal bakım alanlarına yönelik oluşturulan politikalar sadece İngiltere'de uygulamaya yönelik, kolluk hizmetleri ve adalet sistemine yönelik oluşturulan politikalar İngiltere ve Galler'de uygulanmak üzere, çalışma ve emeklilik departmanının uygulamasına sunulan politikalar ise İngiltere, İskoçya ve Galler'de uygulanmak üzere oluşturulmaktadır. Madde ve madde bağımlılığı

ile mücadelede izlenen ulusal stratejiler noktasında İngiltere, diğer Avrupa ülkelerinden bu yönüyle ayrılmaktadır. Kuzey İrlanda, İskoçya ve Galler ülkelerine bazı güçler devredilerek kendi ulusal stratejilerini ve eylem planlarını hazırlamaktadırlar. 2008 yılında, Galler ülkesinin “Zarar Azaltımı İçin Birlikte Çalışma: Galler için Maddenin Kötüye Kullanım Stratejisi 2008-2018” isimli stratejisi ve İskoçya’nın “İyileşme Yolu: İskoçya’nın Madde Sorunu ile Mücadelesine Yeni Bir Yaklaşım” isimli ulusal stratejileri kabul edilmiştir. 2018 yılında da, İskoçya ve Kuzey İrlanda ülkeleri ulusal eylem planlarını güncellemişlerdir. Bu noktada Birleşik Krallıkta uygulamada olan birden fazla madde ile mücadele strateji ve eylem planlarından bahsetmek mümkündür. Ancak genel olarak değerlendirildiğinde, bahse konu stratejiler, özel olarak psikoaktif maddeleri hedeflemekten ziyade, madde kullanım eğilimlerini azaltmaya yönelik önleme planlarına ağırlık verdiklerini söylemek mümkündür. Önleme planları, erken yaşlar itibarıyla yaşam boyu maddeden koruma programları, aile desteği, madde eğitimi ve uzman desteği gibi unsurların hayata geçirilmesinden oluşmaktadır ve Birleşik Krallık madde stratejisinin esasını teşkil etmektedirler. Önleyici müdahale programları, tüm topluma uygulanmak üzere evrensel müdahale yöntemleri, kırılgan topluluklara uygulanmak üzere seçici müdahale yöntemleri ve risk değeri yüksek bulunan kırılgan kişilere uygulanmak üzere münferit müdahale yöntemlerin şeklinde planlanmaktadır. Önleyici faaliyetlere birçok sivil toplum kuruluşları da katılmakla birlikte özellikle sanal ortamda gençleri bilgilendirmek üzere aktif bilgi kaynakları mevcuttur. İngiltere’de “Talk to Frank”, İskoçya’da “Know the Score” ve Galler’de “DAN 24/7” isimli web siteleri, aktif olarak madde ve madde kullanımı hakkında yanlış bilinenleri ve gerçek etki ve sonuçlarını anlatan bilgilendirme yayınları yapmaktadırlar (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2020; Public Health England, 2018).

Birleşik Krallık yıllık 4.000’e doğru seyreden aşırı doz ölüm vakalarının yaşandığı bir ülke olarak, zarar azaltım yöntemlerine azami derecede önem vermektedir. Aşırı doz ölümlerin önüne geçebilmek için Naloxone dağıtım programları İngiltere’de, İskoçya’da, Galler’de ve Kuzey İrlanda’da yaygın bir şekilde uygulanmaktadır. Yapılan araştırmalarda 2017 yılında Galler ve İskoçya’da 12.000’den fazla Naloxone kitinin dağıtımının yapıldığı ve 56.000 kitin sağlık kuruluşlarında sirküle edildiği tespit edilmiştir. Eve götürülebilir Naloxone, madde kullanıcıları ve ailelerine farkındalık eğitimi gibi zarar azaltıcı yöntemlerin uygulandığı Birleşik Krallık’ta, madde kullanım odaları yasalara aykırı bulunduğu hayata geçirilmemiş ve siyasi düzeyde güncel olarak tartışmaları devam etmektedir (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2020; BBC, 2020). Birleşik Krallık’ta enjeksiyon yöntemiyle madde kullanan şahısların yaklaşık %75’inin ise, HBV adı verilen hepatite karşı programlarından faydalandıkları tespit edilmiştir.

Madde bağımlılığı ile ilgili tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, Birleşik Krallık’ta birçok hizmet sağlayıcının sağlık sistemine entegre olması ve koordine edilmesiyle etkin bir şekilde yürütülmektedir. Birleşik Krallık’ta sağlık sistemi, Ulusal Sağlık Sistemi NHS – (*National Health Services*) ve Özel Sağlık Hizmetleri’nden müteşekkildir. Ulusal sağlık sistemin ağırlıklı olarak toplanan vergilerle finanse edilen ve yıllık bütçesinin son

verilerlerle 95.6 milyar Sterlin olarak belirtildiği, yaklaşık 66 milyon kişiye birçoğu ücretsiz olmak üzere verilen sağlık hizmetleri ile devlet güvencisini temsil eden bir sistemdir. Hastaların Alman sisteminde olduğu gibi öncelikle birinci basamak pratisyen veya aile hekimlerine müracaat etmeleri neticesinde gerekli görülen durumlarda uzman doktorlara sevkleri yapılmaktadır ve sevk hitamında normal şartlarda azami 18 hafta içerisinde kendilerine hizmet verilmeleri öngörülmüştür. Özel sağlık hizmetleri ise, gelirlerini ağırlıklı olarak işverenlerin yaptırdığı BUPA, Axa, PPP, Aviva, PruHealth gibi özel sigorta şirket ödemelerinden elde eden sağlık kuruluşlarıdır. Birleşik Krallık'ta halkın yaklaşık %10.8'inin özel sigortası bulunduğu bunların yaklaşık %78'inin iş verenler tarafından yaptırıldığı tespit edilmiştir (Tontuş, 2015). Madde konusu ile ilgili sağlık hizmetleri İngiltere'de yerel siyasi otoriteler, İskoçya'da yerel sağlık kuruluşları, Galler'de toplum sağlığı kuruluşları ve Kuzey İrlanda'da Madde ve Alkol Koordinasyon Kurulları tarafından yürütülmekte ve her biri İngiltere Halk Sağlığı, Kuzey İrlanda Toplum Sağlığı Kuruluşu, gönüllü kuruluşlar ve emniyet teşkilatı gibi üçüncü kuruluşlardan tavsiye ve katkı almaktadırlar. Bununla birlikte madde tedavi hizmeti sağlamaya yönelik, hayır kurumlarının da hizmet sözleşmesi ile faaliyetleri bulunmaktadır. Birleşik Krallık'ta tedavi hizmet yöntemleri, ayakta ya da yatarak farmakolojik tedavi hizmetleri, münferit veya topluluklara göre psikososyal terapiler, günlük programlar, yarı ve tam zamanlı rehabilitasyon uygulamalı barınma olanakları, relapse yani nüksün önlenmesi programları, hepatit aşısı programları, uzman tedavi merkezleri, cezaevinde mahkumlara tedavi uygulama programları gibi yöntemler olarak uygulanmaktadır (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2020).

Birleşik Krallık adalet sisteminde 1971 tarihli Maddenin Kötüye Kullanım Yasası esas teşkil etmektedir ve kontrol altında tutulması gereken psikoaktif maddeleri A,B,C şeklinde sınıflandırmıştır. Bu yasaya göre madde kullanımı suç teşkil etmemekte olup, her üç sınıf maddelerin bulundurulmalarının ait oldukları kategorilere göre değişen şiddette cezai müeyyideye tabidir. Bulundurma amacının kullanım veya tedarik etme durumuna ve ağırlaştırıcı ve hafifletici sebepler değerlendirilerek yargılama Ceza Mahkemeleri'nde veya Ceza Mahkemeleri'ni aşan nispette vahim davalar Kraliyet Mahkemeleri'ne sevk edilerek burada muhakemeler gerçekleşmektedir. A sınıfı maddeler kokain, eroin gibi opioidleri bulundurmak 6 aydan 7 yıla kadar hapis ve adli para cezası, B sınıfı esrar ve amfetamin grubu maddeleri bulundurmak 3 aydan 5 yıla kadar hapis ve adli para cezası, C sınıfı benzodiazepin gibi maddeleri bulundurmak ise 3 aydan 2 yıla kadar hapis ve adli para cezası gerektiren suçlardır. Bununla birlikte 1994 tarihli Madde Ticareti Kanunu'na göre ticaret suçları A sınıfı maddeler için, 2000 yılı itibariyle yürürlüğe giren 'Ceza Mahkemeleri'nin Gücü Yasası' ile 7 yıldan az olmamak üzere, Birleşik Krallık'ta 25 yıl olarak tespit edilen ömür boyu hapis cezası, B ve C sınıfı maddelerin ticaretine yönelik ise yine 7 yıldan az olmamak üzere 14 yıla kadar hapis cezaları uygulanmaktadır. Ceza yasalarına henüz tabi olmamış yeni çıkan psikoaktif madde kullanımı vakalarına en acil adli müdahalelerin yapılması için 2011 yılında 'Polis Reform ve Sosyal Sorumluluk Yasası' yürürlüğe girerek, psikoaktif etkisi için tüketildiği tespit edilen yeni maddelerle ilgili olarak gerekli adli işlemi yapmak üzere kolluk

kuvvetlerin yetki verilmiştir (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2020; McSweeney, Turnbull, ve Hough, 2008).

2.6.4.4. Amerika Birleşik Devletleri örneği

A.B.D.'nde Başkan Yönetim Ofisi bünyesinde faaliyet gösteren 'Office of National Drug Control Policy - ONDCP' isminde Ulusal Madde Kontrol Politikaları Ofisi, A.B.D.'nin madde ile alakalı ulusal ve uluslararası politikalarının uygulanmasında, değerlendirilmesinde ve madde kullanımının ve sonuçlarının düşürülmesi için gerekli gelişmelerin takip edilmesi ve koordine edilmesinde esas sorumluluğu yüklenmiştir. 1988 yılında kurulan ONDCP, Federal Hükümetin kamu sağlığı ve kamu güvenliği faaliyetleri vasıtasıyla madde kullanımının azaltılmasını amaçlayan Ulusal Madde Stratejisinin geliştirilmesi, sahada faaliyet gösteren kolluk hizmetleri, sivil toplum kuruluşları ve diğer üçüncü aktörlerin finanse ve koordine edilmesi ve 16 federal hükümet ve ilgili departmanlarının yasadışı madde arz ve talep konularındaki eylemlerinin ve bütçelerinin koordine edilmesi gibi başlıca misyonu bulunmaktadır. 2016 yılında 27.6 milyar dolar yıllık bütçe ayrılan ofis, suça akıllı yaklaşım ve kanıta dayalı madde politikaları prensibini teşvik etmek suretiyle A.B.D.'nde madde kullanımının ve olumsuz sonuçlarının düşürülmesini, sağlıklı birey ve güvenli toplumu hedeflemektedir (Executive Office of the President of the United States, 2020).

A.B.D.'nde sağlık sistemi, federal, eyalet ve yerel seviyede olmak üzere üç kademede işletilmektedir. Bununla birlikte, 327 milyonu aşkın nüfusa sahip bir ülke olarak, nüfusun yaklaşık %15'inin temel sağlık hizmetleri için bile herhangi bir sağlık sigortalarının bulunmadığı yapılan araştırmalarla tespit edilmiştir (Tontuş, 2015). Ancak madde ile mücadele kapsamında faaliyet gösteren sivil toplum kuruluşları, kamu sağlık, eğitim, bilişim ve güvenlik teşkilatları ve başkaca birlik ve topluluklar tarafından hedef odaklı olarak oluşturulan 700'den fazla madde ile mücadele programları hibe ve destek programları çerçevesinde devlet tarafından desteklenmek suretiyle sahada aktif hale getirilmektedir. Önleme, zarar azaltımı, tedavi ve rehabilitasyon yöntemleri kapsamında bilgilendirme programları, okul, aile ve sosyal çevreye farkındalık eğitimleri gibi faaliyetleri yürüten ve koordineli olarak gerekli müdahalelerde bulunan kuruluş ve programlardan bazıları:

- 1983 yılında kurulan, madde, alkol ve şiddetten uzak tutmak üzere eğitim teşkilatlarına entegre olan D.A.R.E. (*Drug Abuse Resistance Education*) kuruluşu (Drug Abuse Resistance Education (D.A.R.E.), 2020),
- 1985 yılında kurulan 'Drug-Free Kids' (DFK) ismiyle ailelere madde kullanan veya kullanım şüpheleri bulunan çocukları konusunda farkındalık için faaliyet gösteren Maddeden Bağımsız Çocuk kuruluşu (Drug-Free Kids, 2020),
- 1998 yılı itibarıyla 'Drug Free Communities' (DFC) ismiyle, CADCA (Community Anti-Drug Coalitions of America) yani Amerika Madde Karşıtı Toplulukları Koalisyonu altında faaliyet gösteren, ülke genelindeki her türlü topluluğa ve ailelere nüfuz ederek, özellikle gençlerin farklı şekillerde psikoaktif maddeye olan taleplerinin düşürülmesini

hedefleyen Maddeden Bağımsız Topluluklar kuruluğu (Community Anti-Drug Coalitions of America (CADCA), 2020),

- A.B.D. Sağlık ve İnsani Hizmetler Departmanı bünyesinde faaliyet gösteren 1992 yılında kurulmuş olan ‘Madde Kullanımı ve Zihinsel Rahatsızlıklar İdaresi’ (Substance Abuse and Mental Health Services Administration) SAMHSA ismindeki, birçok kuruluğu finanse eden ve destekleyen kamu departmanı (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2020),
- SAMHSA altında faaliyet gösteren ‘İyileşmeye Erişim Servisi’ (Access to Recovery) ARS adındaki son dönemlerde daha etkin ve resmi bir şekilde klinik tedavilerde rol alan ve hastaları moral, etik ve ahlak ekseninde psikolojik terapilerle destekleyen kuruluşlar (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2017),
- SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) adında Tarama, Kısmi Ön Müdahale ve Tedaviye Sevk kuruluğu örnek olarak gösterilebilir. SBIRT bir Tıp Enstitüsü tarafından tavsiye edilmesi neticesinde, madde kullanımını da içeren sağlığı tehdit eden davranışların toplum, temelli tarama yöntemi ile tespit, zorunlu müdahalenin yapılması ve gerektiğinde ileri safha tedaviye sevk işlemlerini gerçekleştirmek üzere kurulmuştur (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), 2020).

Amerka Birleşik Devletleri Fedal Hükümeti, alkol ve tütün hariç olmak üzere psikoaktif madde üretimini, dağıtımını ve eğlence amaçlı kullanım için bulundurulmasını yasaklamakla birlikte tıbbi amaca yönelik kullanımına izin verir ve Birleşik Devletler Başsavcılığı kanalıyla denetim altında bulundurmaktadır. Son dönemde A.B.D. madde ile mücadele politikalarını daha kapsamlı hale getirerek önleme, tedavi ve yaptırım yöntemlerine ağırlık vermiştir. Yasadışı psikoaktif maddelerin temin imkanlarının düşürülmesi ve yasaklanması amacıyla A.B.D., arz azaltımı pratiklerine müracaat etmekte ve bu konuda federal hükümet, bölgesel idarelere vurgu yapmaktadır. 2015 yılında ONDCP tarafından arz azaltım mekanizmasına, tüm ulusun madde ile mücadelesi için ayrılan bütçenin %60’nı ki, kanun uygulamaları için ayrılan toplam devlet bütçesinin yaklaşık %37’ine tekabül etmektedir, arz azaltım uygulamalarına ayrılmıştır. DEA (*Drug Enforcement Administration*) olarak bilinen federal narkotik suçlarla mücadele kolluk birimi, tüm eyalet ve bölgelerde madde ile mücadele mevzuatlarını uygulama yetkisine haiz olduğu halde, birçok yasadışı madde vukuatları eyalet düzeyindeki kolluk tarafından işlem görmektedir. Bir örnek vermek gerekirse, 2012 yılında DEA’nın doğrudan adli işlem yaptığı toplam şüpheli sayısı 30.476 iken, eyalet ve yerel kolluk görevlilerinin ülke genelinde tevkif ettiği şüpheli sayısı 1.328.457 olarak açıklanmıştır. Bununla birlikte DEA, yerel kolluk güçlerinin işlemlerini, yerel savcılık makamlarına teslim edilinceye kadar takip ve asiste etmektedir. Yerel kolluk kuvvetlerinin işlemleri, ağırlıklı olarak yasadışı madde bulundurma ile ilgili olmakta iken, DEA’nın tutuklamaları daha çok yasadışı madde ticareti konulu olmakta ve son 25 yıldır çoğunlukla kokain ticareti ile ilgili işlem yapılmaktadır. Federal kapasitede faaliyet yürüten DEA’nın pratikleri, yasadışı madde konusu ile ilgili değişen eğilimlere uygun olarak güncellenen politikalarla

etikleşim içerisinde uygulama sonuçları elde etmektedir ve ulusal boyutta oluşturulan ve yürürlüğe sokulan mücadele politikalarının adeta uygulamadaki yansımaları ifade etmektedir ve A.B.D. savcılarının verilerine göre, vaka sayılarının yeni politikaların hayata geçirilmesi ile son dönemlerde düştüğü bildirilmektedir. Buna rağmen yapılan istatistik çalışmaları, A.B.D.'nde işlenen ikinci en büyük suç oranının yasadışı madde konusuyla alakalı olduğunu göstermektedir (Sacco, 2014).

Duruma göre değişmekle birlikte, psikoaktif madde bulundurmak, satmak, imal etmek ve yasal madde olsa bile nakledilmesi cezai yaptırımlar gerektirebilmektedir. Bahse konu adli yaptırımlar, gözaltına alınma veya federal hapisanelere atılma, ağır adli para cezaları, şartlı tahliye ve denetimli serbestlik uygulamaları, ev hapsi gibi farklı şekillerde kendini gösteren hürriyeti kısıtlayıcı adli uygulamalar ve iş bulma, eğitim bursları, oy kullanma hakkı, silah edinme hakkı veya silahlı kuvvetlere giriş gibi konularda engel teşkil eden sabıka kaydı şeklinde ortaya çıkmaktadır (Just Think Twice (JTT), 2020). A.B.D.'de yasadışı madde suçları ile ilgili adli cezaların nevi ve şiddeti, maddenin türüne, miktarına, failin eylemine ve adli sicil kaydına göre değişiklik gösterebilmektedir. Mükerrer suçlar için cezalarda aratırım yapılmaktadır (Drug Enforcement Administration (DEA), 2020). Kanun uygulamalarında her madde eşit ölçüde cezalandırılmamaktadır ve DEA tarafından tıbbi etkileri ve risklerine göre tespit edilen bir psikoaktif madde sınıflandırması uygulanmaktadır. Federal seviyede cezaların tesbitinde önemli rol oynayan bahse konu sınıflandırma, eyaletler seviyesindeki adli yargılamalarda farklı şekillerde değerlendirilebilmektedir. Adli yargı sistemine sunulan sınıflandırma şu şekildedir: **1. Sınıf Psikoaktif Maddeler:** Tıbbi kullanımı tanınmıyan ama kötüye kullanım ve bağımlılık potansiyeli yüksek olan psikoaktif maddeler. Bunlar: Eroin, LSD, Marihuanna (esrar), Peyote ve MDMA (ecstasy). **2. Sınıf Psikoaktif Maddeler:** Tıbbi olarak da kullanımı mevcut ancak yine de bağımlılık ve kötüye kullanım potansiyeli yüksek olan maddelerdir. Bunlar: Kokain, ağrı kesici opioidler (Vicodin, OxyContin ve Metadone gibi), Matamfetamin, Reçeteli stimulanlar (uyarıcılar) (Adderall ve Ritalin gibi). **3. Sınıf Psikoaktif Maddeler:** Kötüye kullanım ve bağımlılık potansiyelleri 2. Sınıf maddelere nazaran düşük olan psikoaktif maddeler. Bunlar: Kodeinli Tylenol, Ketamin ve Steroidler. **4. Sınıf Psikoaktif Maddeler:** Düşük seviyede kötüye kullanım ve bağımlılık derecesine sahip ilaçlar. Bunlar: Soma, Birçok benzodiazepinler (Xanax ve Ativan gibi), Tradamol. **5. Sınıf Psikoaktif Maddeler:** Risk seviyesi en düşük psikoaktif maddeler. Bunlar: Lyrica, Düşük seviyede Kodein içeren öksürük şuruplarıdır (Patterson, 2019).

Adli ceza uygulamaları federal seviyede, basit bulundurma için yani kişinin kendi kullanımı için bulundurduğu psikoaktif madde sebebiyle (olayın niteliğine göre değişmekle beraber) genel olarak üst sınırı bir yıl hapis cezası ile cezalandırılmaktadır ve kabahat nevinden suç olarak işlem yapılmaktadır. Bununla birlikte federal yasalara göre en az 1.000 Amerikan doları ile adli para cezası da ilave edilebilmekte veya hakim taktiri ile uzun saatler kamu hizmetinde çalıştırılabilmektedirler. Psikoaktif madde satış suçu ise bulundurmaya göre oldukça ağır cezalarla cezalandırılmaktadır ve eyaletlerin uygulamalarında farklılıklar görülmektedir. Örneğin, Wisconsin'de kontrol altına

alınması gereken psikoaktif maddenin her türlü dağıtımı ve nakil edilmesi 100.000 Amerikan doları adli para cezası ve 40 yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılabilir. Yasadışı madde satma suçunu mükerrer olarak işleyen faile, ilgili adli para ve hapis cezalarının iki katı uygulanabilmektedir. Küçük yaşta çocuğa yasadışı madde satışı ise normal olarak öngörülen hapis cezalarına 5 yıl ilave edilmesini gerektiren ağırlaştırıcı sebep olarak sayılmaktadır. 17 ve daha genç yaşta bir çocuğu psikoaktif madde teslimatı için kullanan kişi “F Sınıfı”¹⁵ ağır cezayı gerektiren bir suç işlemiş sayılır ve çocuğun yaşını bilmemesi mazeret olarak kabul edilmez. Madde ticaretinin ispat yükümlülüğünde olan iddia makamı veya kolluk kuvveti yüklü miktarda para, hassas terazi veya kullanım aparatları gibi delilleri sunabilmeleri gerektirmektedir. Yüklü miktarda psikoaktif madde yakalaması yapılması gerekmez. Bazı eyaletlerde 3 gramdan daha az psikoaktif madde için ticaret suçu işlendiğine karar verilerek F Sınıfı ağır cezaya hükmedebilmektedirler (Patterson, 2019). Yasadışı madde kaçakçılık suçu ise federal bir suçtur ve normal şartlarda yakalanan ilk kez suça karışmış bir sanık, suçlu bulunması durumunda en az beş yıl hapis, ticaret esnasında veya yakalama esnasında her hangi birisi ciddi şekilde yaralanmış ise, cezanın alt sınırı 20 yıl hapis cezasından başlamaktadır ve adli para cezaları 5 milyon Amerikan dolarına kadar çıkabilmektedir. Tekerrü etmesi durumunda ise ömür boyu ağır hapis cezası uygulanmaktadır. Araştırmalara göre cezaevlerinde bulunan yasadışı madde kaçakçılığında ceza almış mahkumların çoğu yüklü miktarda psikoaktif madde yakalatmadıkları halde, kaçakçılık suçunun şartlarına uyan eylemlerinden dolayı hapse girdikleri belirlenmiştir. Örneğin, 1 gram LSD maddesi, yasadışı madde kaçakçılığında ceza almak için yeterli delil teşkil etmektedir (Patterson, 2019).

A.B.D. adalet sisteminde, konusunda uzman adli personel ve diğer ilgili kurumlarla koordineli olarak işleyen “Narkotik Mahkemeleri” faaliyet göstermektedir. Psikoaktif madde suçları ile ilgili olarak yargılanan yetişkinleri, gençleri, çocukları ve madde ve alkol bağımlısı ebeveynleri hedef grubu olarak ele alan Narkotik Mahkemeleri, yargılama neticesinde, gönüllülük esasına dayalı olarak, yargılanan kişiye tedavi ve rehabilitasyon programı alternatif olarak teklif etmektedir. Kabul edilmesi durumunda hükmün açıklanması program neticesine ertelenerek, uygulanan program yakın takibe alınmakta, belirli safhalarda olumsuz neticesi alınması durumunda, örneğin; haftalık kan/idrar testlerinde (+) pozitif sonuç alınması durumunda, tali tazyik hapisleri gibi zorlayıcı hükümler uygulanabilmektedir. Hedef kitlelerin çeşidine göre multidisipliner bir yaklaşımla belirlenen programların işletilmesine karar veren Narkotik Mahkemeleri, hakimler, savcılar, savunma avukatları, infaz kurumu ve denetimli serbestlik kurumu çalışanları, sosyal hizmet çalışanları, sağlık sektörü ve tıp uzmanları ile birlikte görev

¹⁵ A.B.D.’de, Kuzey Carolina eyaleti tarafından uygulamaya sokulan A’dan I’ya kadar 10 farklı alfabetik ve numaralandırılmış ceza kademesi sınıflandırması mevcuttur ve her bir sınıfa tekabül eden puan kotası vardır. Her bir sınıfın yine süre olarak hapis cezası aralığı mevcuttur. Türkiye’deki sürücü belgesi ceza puanına benzer bir puanlama ile geçmiş suç puanları ve işlenen suç puanları çok bileşenli olarak hesap edilerek, sonuçta tespit edilen puanın tekabül ettiği sınıftaki hapis ceza süresi ve şekli tatbik edilir ve ceza sisteminde cezalandırmaya gidilmektedir. A sınıfı cezalar idamı ve ömür boyu hapis cezasını, I sınıfı cezalar 3 aydan 12 aya kadar hapis cezasını vurgulamaktadır (Theoharis, 2020).

yapmaktadırlar. Bununla birlikte kolluk kuvveti, aile, sosyal çevre ve toplumun da yargılama sürecine, programlara ve hatta programdan mezuniyete katılımları tavsiye edilmekte ve desteklenmektedir (U.S. Department of Justice - Office of Justice Programs, 2020).

İlk uygulamanın 1993 yılında Miami’de görüldüğü Narkotik Mahkemeleri, daha sonra tüm ülkeye yayılmıştır. Günümüzde, A.B.D.’de, yaklaşık yarısı yetişkinleri hedef alan 3000’den fazla Narkotik Mahkemeleri görev yapmaktadır. Ulusal Adalet Enstitüsü (NIJ)- (*National Institute of Justice*) tarafından yapılan araştırmalar neticesinde, diğer suç faillerine kıyasla katılımcıların daha az suça karıştıkları (programa katılmayanlarda **%53’e karşı**, programa katılanlar **%40** şeklinde) ve tekrar tutuklanma oranları **%62’ye karşı %52**. Psikoaktif madde kullanma oranları ise **%76’ya karşı %56** ve madde kullanma testlerinde (+) pozitif çıkma oranları **%46’ya karşı %29** olarak tespit edilmiştir. Katılımcıların tedavi masraflarının daha yüksek olduğu ancak, Narkotik Mahkemeleri’nin uygulanan programlar sayesinde, fail başına 5.680 ila 6.208 Amerikan doları arasında tasarruf sağlandığı bildirilmektedir (U.S. Department of Justice - Office of Justice Programs, 2020).

Yetişkin Narkotik Mahkemeleri, sanık veya suçlunun madde kullanım nüksünü (relapse) ve tekrar suç işleme ihtimalini azaltmak üzere, risk ve ihtiyaç değerlendirme analizi, adli etkileşim, izleme ve yönetme, kademeli müeyyide ve teşviklerin uygulanması ve çeşitli rehabilitasyon servisleri gibi bir takım uygulamaları harekete geçirmektedirler. **Genç Narkotik Mahkemeleri** de benzer uygulamaları yürürlüğe sokmakta ve madde kullanım bozukluğu yaşayan çocuk ve gençlerin ihtiyaçlarına göre düzenlenmektedir. Düzenlenen bu programlar, çocuk ve gençlerle birlikte ailelerine de, acil müdahale, tedavi ve aile ve sosyal etkileşim, hiyerarşi gibi konularda danışmalık ve eğitim hizmetlerinin verilmesi, kişisel ve sosyal aktivitelerin artırılması, madde kullanımına sevk eden sorunların tespit edilmesi, maddeden bağımsız ve sağlıklı yaşam sürdürebilmek için yeteneklerin geliştirilmesi, aile yapısı ve yaşantısını destekleyen kapasite artırımı ve hesap verilebilirliğin tüm katılımcılar için teşvik edilmesi gibi uygulamaları sağlamaktadır. **Aile Narkotik Mahkemeleri**, ebeveynlerin psikoaktif madde kullanımından olumsuz etkilenen ailelerin tekrar birleşmesine ve normal bir yapıda varlıklarının sürdürülmesine yönelik hedeflere ulaşabilmek için, madde kullanan ebeveynlerin tedavi ve rehabilitasyonunu hayata geçirmektedir. Bu programlar ile Yetişkin Narkotik Mahkemeleri modeli, psikoaktif madde kullanımının da etkin sebep olarak katıldığı çocuk istismarı ve çocuk ihmali davalarına uygulanarak çocuk refahı gözetilmektedir. Program hedefleri ise, söz konusu ebeveynlerin finansal, duygusal ve kişisel olarak kendi-kendilerine yeterli hale getirilmeleri, günlük yaşamda bir ebeveyn olarak çocuk ile etkili ve düzeyli iletişim ve hizmeti sağlayacak kapasite artırımı ve dolayısıyla ebeveyn olarak karşılaşılan zorlukların üstesinden gelmek ve söz konusu ebeveynlerin çocuklarına doğrudan hizmet sağlanması olarak saptanmaktadır. **Diğer Narkotik Mahkeme** modelleri ise, bazı kabile toplulukları gibi kendine münhasır özel toplulukların davaları, psikoaktif madde etkisi altında trafikte araç kullanmak, şartlı tahliye veya denetimli serbest şahıslarla ilgili vakaları, gazilerin davaları, zihinsel

engellilerin davaları ve müteselsil veya müşterek davalarla ilgili programları uygulamakla yükümlüdürler (U.S. Department of Justice - Office of Justice Programs, 2020; National Association of Drug Court Professionals, 2004).

2.7. Dünya’da en başarılı mücadeleyi veren ülke olarak İzlanda

İzlanda, Atlas Okyanusu’nun kuzeyinde, 350 km. mesafe ile en yakın komşusu Grönland’ın güneydoğusu ve İskandinavya ve Büyük Britanya’nın kuzeybatısında yer alan volkanik bir ada ülkesidir ve çevresinde birçok küçük adalarla çevrilidir. En yakın komşusu kuzey batısında bulunan Grönland’dan sonra doğu ve güneydoğusunda 1050 km. mesafe ile Norveç ve 800 km. mesafe ile İskoçya’ya komşu sayılmaktadır. 103.000 kilometre karelik bir alana sahip olan ülkede yaşayan nüfus sayısı 350.734 kişi olarak belirtilmiştir. Norveçli Vikingler tarafından keşfedilen ülke 20. Yüzyılın başlarına kadar Norveç ve Danimarka egemenliği altındayken, 01 Aralık 1918 yılında, önce Danimarka Krallığı altında özerkliğine ve nihayet 17 Haziran 1944 yılında tam bağımsızlığına kavuşmuştur. Dolayısıyla homojen bir nüfus yapısına sahip olan ülkenin demografik yapısı, yaklaşık %81 Norveçli ve Kelt soyundan, %19’u da yabancılardan oluşmaktadır. Nüfusun yaklaşık %93.9’unun şehirlerde yaşadığı belirtilen İzlanda’da 23 bölge ve 14 bağımsız şehir bulunmakta olup, toplam nüfusun yaklaşık yarısı başkent Reykjavik’te bulunmaktadır. Yerel idare ve belediye sayısı 74 olarak bildirilmiştir. Halk Hristiyanlık inancını benimsemiş olup, %95.6’sı Evangelist, %3.7’si Protestan ve %0.7’si Katolik mezhebine bağlıdır. Kültürel olarak Avrupa ülkesi sayılmakla beraber, İzlanda coğrafi olarak hem Avrupa hem de Kuzey Amerika kıtasında bulunduğu şeklinde değerlendirilmektedir. Avrupa Birliği’ne üye olmayan İzlanda, İsviçre, Norveç ve Lihtenstein ülkeleri ile birlikte EFTA (*European Free Trade Association*) Avrupa Serbest Ticaret Birliği’ne üyedir. Ayrıca EEA (*European Environment Agency*) Avrupa Çevre Ajansı’nın katılımcı ülkelerinden olup, oy kullanmayan Schengen Bölgesi üyesidir (Central Intelligence Agency (CIA), 2020; Wikipedia, 2020; United Nations Commission on Sustainable Development, 1997).

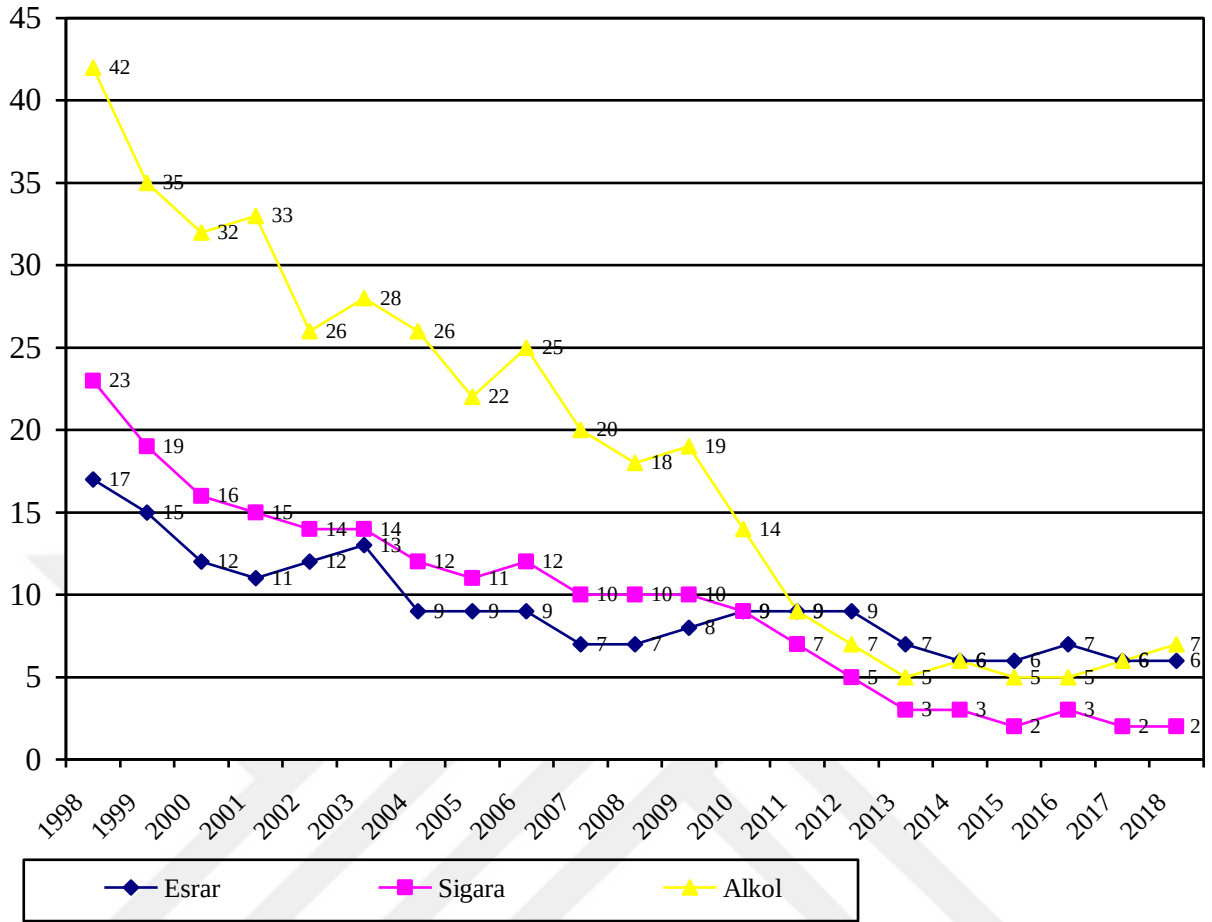
Üniter parlamenter sistemle yönetilen İzlanda Cumhuriyeti’nin psikoaktif madde kullanımı ile ilgili sorunlarına ve mücadele yöntemine geçmeden önce, ülke hakkında genel bilgilerin hatırlatılmasında yarar görülmektedir. Son yapılan araştırmalara göre İzlanda’da erkeklerde 81 yıl ve bayanlarda 85.6 yıl olmak üzere toplam nüfusun ortalama yaşam süresi 83.3 yıl olarak hesaplanmıştır. Ülke nüfusunun yaş dağılımı;

- 0-14 yaş aralığı: %20.31 (36.394 erkek, 34.837 bayan),
- 15-24 yaş aralığı %12.85 (22.748 erkek, 22.317 bayan),
- 25-54 yaş aralığı %39.44 (70.227 erkek, 68.095 bayan),
- 55-64 yaş aralığı %11.94 (20.762 erkek, 21.111 bayan),
- 65 ve üzeri yaş %15.47 (25.546 erkek, 28.697 bayan) şeklinde bulunduğu 2017 yılı verilerinden elde edilmiştir. Yaş ortalaması erkeklerde 36.6, bayanlarda 37.7 ve toplam nüfusta 37.1’dir. Nüfusun büyüme hızı %1.02 olarak değerlendirilmiş, doğum oranı 13.3/1000 iken ölüm oranı 6.6/1000 olarak saptanmıştır. Anne olma yaşı ortalaması 27.4,

doğumda anne ölümü 1000’de 4 ve bebek ölümü 1000’de 2.1 olarak tespit edilmiştir. Ortalama eğitim süresi 19 yıl ve 15-24 yaş aralığındaki işsizlik oranları, erkeklerde %7.9, bayanlarda %7.1 ve toplamda %7.9 olduğu 2017 verilerinden elde edilmiştir. Sağlık hizmetlerine erişim imkanı şehirlerde %98.7 ve kırsalda %100 olmak üzere ülke genelinde %98.8 olarak saptanmıştır. Toplam sağlık harcamaları yüzdesi ise 2016 yılında %8.3 olarak tespit edilmiştir (Central Intelligence Agency (CIA), 2020).

Psikoaktif madde ile mücadelede son 20 yıl içerisinde önemli ölçüde başarı sağlayan ve özellikle gençlerin madde kullanım istatistiklerinde dünyada şimdiye kadar görülmemiş düşüşleri başaran İzlanda, birçok ülkenin dikkatini çekmiş ve başarı öyküsü özellikle son yıllarda yakın takibe alınarak ‘İzlanda Modeli’ adı altında Avustralya, Avrupa ve Afrika kıtalarında 31 ülkede ve 100’den fazla şehirde, ayrıca Şili, Kolombiya, Meksika ve Brezilya’da 50’den fazla şehirde uygulanmaya başlamıştır. A.B.D. de yakın zamanda bölgesel olarak uygulamaya katılmış ve Kanada başta olmak üzere pek çok ülke İzlanda Modelini uygulama hazırlığı içerisindeyler. Bahse konu uygulamalara, ICSRA (*Icelandic Centre for Social Research and Analysis*) isminde “İzlanda Sosyal Araştırmalar ve Analiz Merkezi” bünyesinde faaliyet gösteren, “Gençlik Gezegeni” (*The Planet Youth*) isimli sosyal bilimler uzmanları ve işletme uzmanlarından oluşan profesyonel bir çalışma takımı yardımcı olmaktadır (Reykjavik University, 2020). 20 yıl önce gençlerde alkol ve madde kullanımı konusunda Avrupa ülkelerinin üst sıralarında yer alan İzlanda, hayata geçirdiği politikalar neticesinde tüm dünyanın ilgisini çeken şu çarpıcı verilere ulaşmıştır: 1998 yılında 15-16 yaşlarında bulunan gençlerde son 30 gün içerisinde sarhoş olan gençlerin oranı %42 iken 2016 yılında aynı oran %5’e düşmüştür. Aynı kategoride sigara kullanımı %23’ten %3’e, en yaygın kullanılan psikoaktif maddelerden esrar kullanımı ise %17’den %5’e düşmüştür (Kristjansson, ve diğerleri, 2016).

Grafik 15. İzlanda'da 15-16 Yaş Gençlerinin Yıllara Göre Madde Kullanım Yüzdelik Oranları



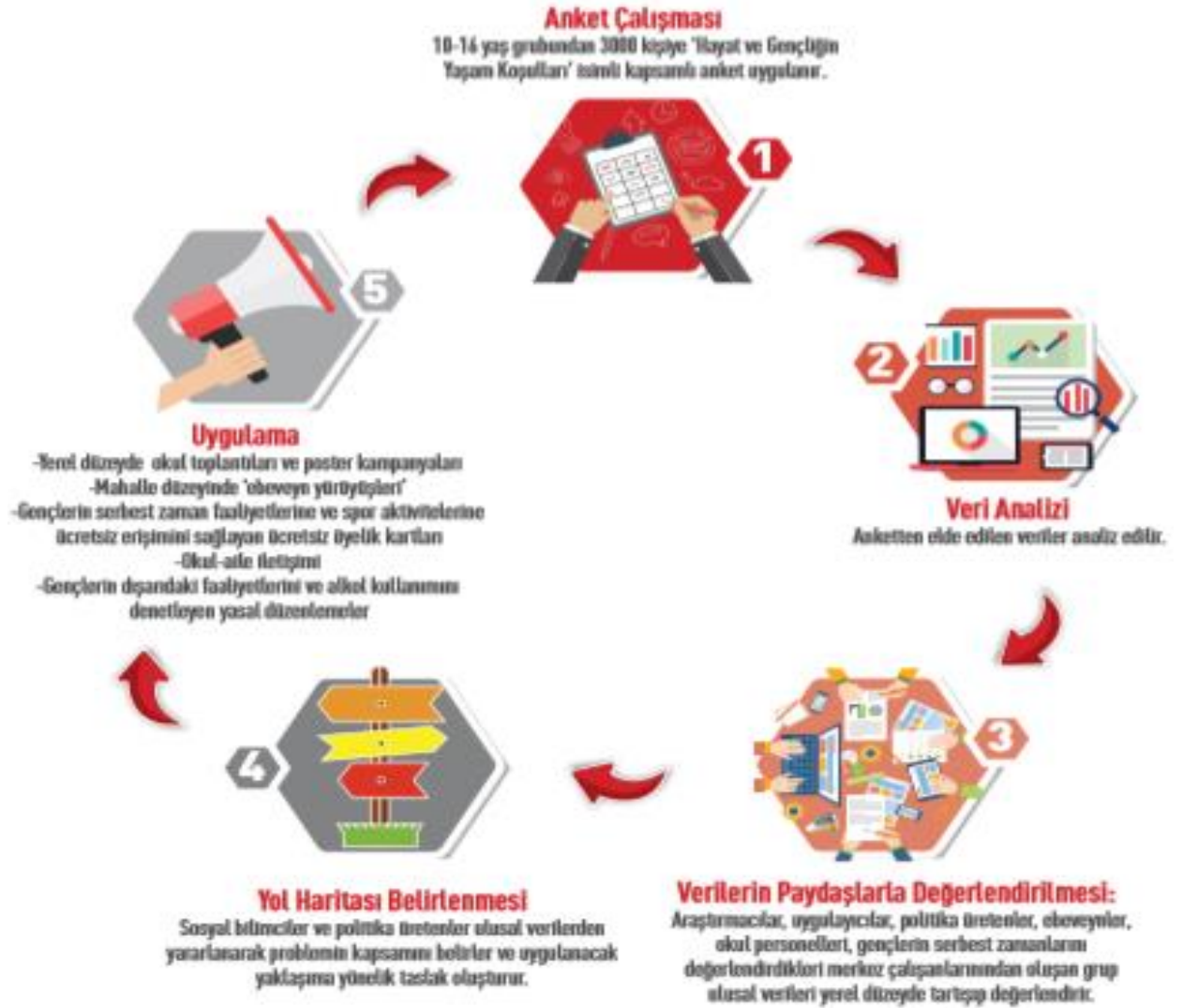
Kaynak: (Sigfusson, 2019).

İzlanda Sosyal Araştırma ve Analiz Merkezi ICSRA (*Icelandic Centre for Social Research and Analysis*) 1999 yılında İzlanda Eğitim ve Kültür Bakanlığı ile ülke genelindeki Belediyelerin işbirliği içerisinde başkentte bulunan Reykjavik Üniversitesi bünyesinde, kar amacı gütmeyen araştırma enstitüsü olarak kurulmuştur. Kuruluşu itibarıyla “İzlanda’da Gençlik” isimli bir program dahilinde, gençlerin ve ailelerinin refahını hedefleyerek, 10 ila 20 yaş arasındaki gençlerle ilgi veri toplama ve bilgi yayma faaliyetlerini yürütmüştür. Bu faaliyetler kapsamında, gençlerin hızla artan alkol tüketimi ve madde kullanımını toplumun dikkatine sunmak ve artan eğilimleri tersine çevirmeyi başarmak üzere bazı tasarılar geliştirilmiştir. Tasarılar üç hedef üzerine inşa edilmiştir. **İlki**, gençlerin sağlık, refah ve davranışlarını etkileyen sosyal etkenlerine ulaşmak ve elde edilen bilgileri yaymak, **ikincisi**, eğitim ve sosyal değişim vasıtasıyla gençlerin sağlık ve refah durumlarını geliştirerek yaşam kalitelerini artırmak ve **son olarak**, özellikle genç akademisyenlerin eğitimi ve çalışması için, farklı alanlardan çok disiplinli akademik işbirliği ortamı kurmak. Hedeflerin ulaşılmasında gözetilen yöntemler, bulguya dayalı çalışma, toplumsal temelli yaklaşım ve araştırma, politika üretme ve uygulama otorite ve unsurları arasında doğrudan iletişimin mümkün olabileceği bir ortam yaratmak şeklinde uygulanmıştır (ICSRA - İzlanda Sosyal Araştırma ve Analiz Merkezi, 2015).

Yaklaşımın geliştirilmesinde, küresel araştırma sonuçlarına olduğu kadar, İzlanda'da gençlerin madde kullanımına itilmesinde, ortam ve şartlara katkı sağlayan münferit ve sosyal etkenlerin tespit edilmesine yönelik faaliyete geçirilen yerel gözlemlere de güvenilmektedir. Literatüre ve ulusal çabalarla elde edilen bilgilere dayalı olarak, gençleri madde kullanımından caydıracak, toplum destekli tümden gelim yaklaşım modeli tasarlanmıştır. Tasarlanan bu yaklaşım modeli, ilgili tüm paydaşların, ilteşim ve bilgi paylaşımını desteklemek, gözlemlemek ve sahada gençlerin gelişimini destekleme fırsatlarına fiilen mahalli katkı sağlamak üzere oluşturulan mekanizmaya katılımlarına vurgu yapmaktadır. Madde kullanan gençlerin, aile, okul ve bir şekilde temas ettikleri sosyal çevrelerin, desteklerinin ve iletişimlerinin güçlendirilmesine dayalı olarak oluşturulan sosyal sermaye için gerekli şartların oluşturulması ve teşvik edilmesi suretiyle, madde kullanma olasılıklarını düşürecek teori odaklı müdahalelerin mümkün olabileceği bu model ile kanıtlanmaktadır. Bahse konu önleme modeli, ulusal düzeyde veri toplamayı, mahalli düzeydeki anlık yansımalarla ilişkilendirerek, anlık tepkilerle sosyal sermayenin artırılmasını öngörmektedir. Mahalli verilere göre geliştirilen çözüm eylemleri, İzlanda kültürüne ve ruhuna uygun müdahalelerden oluşturulmaktadır (ICSRA - İzlanda Sosyal Araştırma ve Analiz Merkezi, 2015).

Eylem planının uygulanmasındaki ilk aşamada, sosyal bilimciler ve politika üreticileri ulusal verilere dayanarak sorunun kapsamını ve uygulamanın ana hatlarını belirlemektedirler. İkinci aşamada, pogramın aktörleri, elde edilen ulusal verileri tartışmak üzere ülke genelinde sahaya inmektedirler ve topluluklarla temasa geçmektedirler. Oldukça kapsamlı grupları içeren bu tartışma platformlarına, politika üreticileri, ebeveynleri, okul personellerini, spor salonu, eğlence ve dinlenme tesis işletmecilerini ve müfredat dışı çalışan gençlik çalışanları, sivil toplum çalışanlarını da içeren topluluk üyelerinin azami ölçüde katılımları sağlanmaktadır. Üçüncü aşama, çevrenin, bölgenin veya beldenin, yapısına, kültürüne, geleneklerine ve imkanlarına göre farklılık gösteren, ulusal verilerle bilgilendirilen ama çok çeşitli şekillerde kendini gösteren yöresel müdahalelerden oluşmaktadır. Dördüncü ve son aşama ise, yerel faaliyetlerin katılımcılar tarafından süreç ve sonuç boyutlu olarak değerlendirilmesi ve yeni ulusal verilere ulaşmak ve politikalar tesis etmek üzere toplanmasından oluşan bütünleştirici bir aşamadan ibarettir (ICSRA - İzlanda Sosyal Araştırma ve Analiz Merkezi, 2015).

Şekil 8. İzlanda Modeli Eylem Planı'nın Uygulama Aşamaları



Kaynak: (Eğitim, Kültür ve Araştırma Genel Müdürlüğü, 2018).

İzlanda Modeli, yöresel özelliklere göre tasarlanan müdahale planları sebebiyle, diğer madde kullanımını önleme modellerinde ayrılmaktadır. Nüfus büyüklüğü ve demografik yapısı sebebiyle gerçekte, uygulanan modelin bir tam döngüsünün bir yıl içerisinde gerçekleşebildiği bildirilmektedir. İzlanda'nın bağımsızlık, işbirliği ve rol üstlenme kapasitesine dayanan modelin eylemleri hızlı ve etkili bir biçimde gerçekleşmektedir. Bununla birlikte bilginin, fikirlerin, eylemlerin ve analizin yatay ve dikey entegrasyonu daha kolay ve doğal olarak gerçekleşmektedir. Netice itibarıyla, madde kullanan gençleri hedefleyen söz konusu mücadele ve önleme modeli, başka birçok sağlık sorunları ile mücadele etmek üzere de kolaylıkla şekillendirilebilecek niteliktedir (ICSRA - İzlanda Sosyal Araştırma ve Analiz Merkezi, 2015).

Modelin uygulanmasını evrensel bir yaklaşımla değerlendirecek olursak, ilgili aktörlerin üzerine düşen uygulamalar aşağıdaki gibi sıralanabilir:

Devletin görevleri:

- Çocukların dışarıda bulunma zamanlarının sınırlandırılması üzerine kısıtlayıcı reform

- Alkol satılan iş yerlerine girebilme yaşının tespit edilmesi
- Alkol satın alma yaşının yukarıya çekilmesi

Yerel Yönetimlerin görevleri:

- Veriye dayalı müdahale
- Ebeveynlere ve diğer paydaşlara bilgi aktarımı, açık hava etkinlikleri düzenlenmesi ve tanıtım faaliyetleri
- Ebeveynlerin kanunlara uygun hareket etmelerini ve bildirimlerini teşvik etmek ve yasal güvence tesis etmek
- Polis ile ortaklaşa önleyici arama faaliyetleri düzenlemek
- Organize spor faaliyetleri ve diğer boş zaman aktivitelerine “Serbest Üyelik Kartı” vasıtasıyla kolay erişimi sağlamak

Okul ve Gençlik Merkezlerinin görevleri:

- Dışarıda bulunma zamanları gözetilerek alkolsüz toplantılar ve etkinlikler düzenlemek
- Ebeveyn ve öğrencilere eğitim
- Ebeveyn gruplarının desteklenmesi (eğitim ve çalışma ortamı sağlanması gibi)

Ebeveynlerin görevleri:

- Gençler için belirlenen dışarı çıkma yasağı saatlerinde, ebeveyn devriye yürüyüşleri
- Dışarı çıkma yasağını uygulama sözleşmesi veya taahhütnamesi
- Aile ile birlikte zaman geçirme uygulamaları, aktiviteleri
- Sağlık ve spor aktivitelerine katılımı bulunarak destekleme

Gençlerin görevleri:

- Yasa ve yönetmelikler hakkında bilgilendirilme
- Aile ile birlikte daha fazla vakit geçirme
- Organize spor ve boş zaman faaliyetlerine aktif katılımın artırılması.

Yukarıdaki görev dağılımından da anlaşılacağı üzere, risk ve koruyucu faktörler, aile faktörü, akran grupları faktörü, evde, okulda ve dışarıda kişisel refah faktörü ve müfredat dışı etkinlikler ve sportif faaliyetler faktörü olmak üzere dört gruptan oluşan kümelerin koordinasyonu ve denetimi gözetilmektedir. İzlanda’da bu doğrultuda uygulamaya geçirilen bazı projelerin isimleri; Gençlerin alkol tüketimini durdurmak-1994’te ebeveynler (*Stop youth drinking-Parents in 1994*), Maddeden bağımsız İzlanda-Devlet, uzmanlar ve belediyeler (*Drug free Iceland-Government, experts and municipalities*), Düzenli Veri Toplama (*Regular Data Collection*), Hayatını Yaşa-Belediyelere destek (*Live your life-Support to municipalities*), Madde önleme okulu (*Drug prevention school*), BİRLİKTE-grubu-ebeveynleri bilgilendirme (*SAMAN-hopurinn-information to*

parents) ve Kaynaklara erişim-Bilgilendirme toplantıları (*Naum attum-information mettings* gibi projelerdir (Jonsson, 2018).

İzlanda özelinde bazı örnekleri verilen projeler kapsamında, yukarıdaki görev dağılımının uygulanma detayları genel olarak maddelenecek olursa:

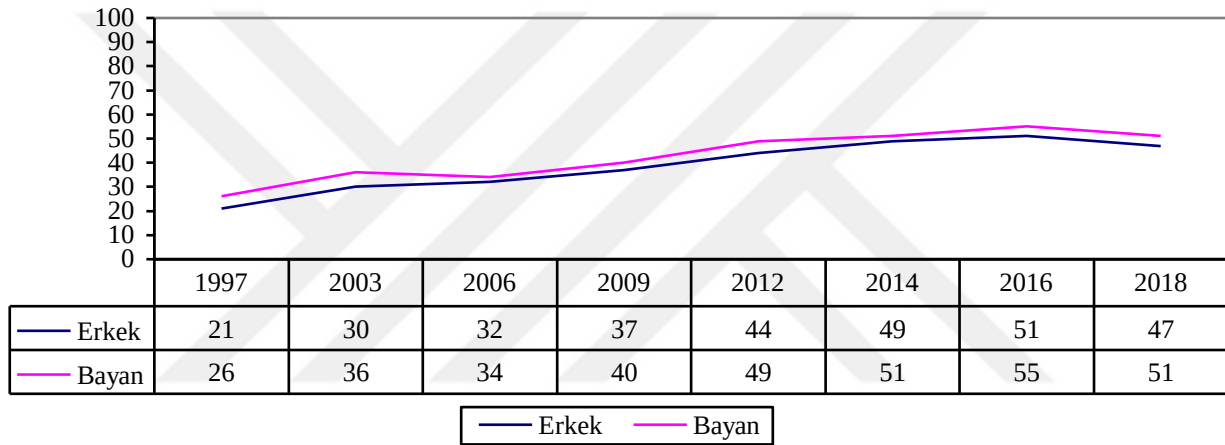
- Okul döneminde saat: 20.00 itibariyle ve tatil döneminde saat: 22.00 itibariyle 12 yaş ve daha küçük çocukların, okul döneminde saat: 22.00 itibariyle ve tatil döneminde saat: 24.00 itibariyle de 13-16 yaş aralığında bulunan çocukların dışarı çıkışları kanunen yasaklanmış ve uygulanmasında ebeveynleri de bağlayıcı nitelikte yasal düzenlemeler hayata geçirilmiştir. Çocuk Koruma Kanunu kapsamında aile ve çocuklardan sorumlu bakıcılara bu saatleri daha da kısıtlama yetkisi verilmektedir. Yaş tayininde doğum gününü esas alan kanun uygulaması, çocuğun bu saatler haricinde ebeveynlerinin bilgisi dahilinde, resmi eğitim kurumu, spor veya gençlik merkezi faaliyetinden eve dönüşünü ispat etmesi durumunda muafiyet öngörmektedir.
- Aynı şekilde sigara satın alma yaşı 18 ve alkol alma yaşı 20 olarak uygulanmakta ve titizlikle takip edilmektedir. Gençler için alkol veya sigara satın almanın da cezai müeyyideleri bulunduğu gibi, birçok afiş ve posterlerle bilinçlendirme çalışmaları yapılmaktadır.
- Kısmi reşit haklarını edinme yaşı 16'dan 18'e çıkarılmıştır.
- Çoğunlukla 6-18 yaş aralığı için olmak üzere, talep edilmesi durumunda yetişkin gençler için de belediyelerce bastırılan ve tedarik edilen "Serbest Üyelik Kartı" boş vakitlerde her türlü spor organizasyonları ve gençlik merkezi aktivitelerine, bu aktivitelere taşıma ve servis hizmetine ailelerin de gönüllülük esasına göre cüz-i katılımıyla, ücretsiz erişimi sağlamaktadır. Serbest Üyelik Kartı'nın bir diğer amacı da, sosyal ve ekonomik durum gözetmeksizin tüm toplumsal sınıfların kaynaşmalarını sağlamaktır. Belediye yıllık yaklaşık 3.6 milyon Euro veya diğer bir ifade ile bütçesinin %0.7'sini Serbest Üyelik Kartları'na ayırmaktadır. 2015 yılı itibariyle 3 yıl içerisinde İzlanda'da çocuk başına toplam 250 Euro'luk maliyet hesaplandığı bildirilmiştir.
- Ebeveynlerin çocukları ile daha fazla birlikte vakit geçirmeleri ve müşterek aktivitelere katılmaları için çeşitli etkinlikler düzenlenmekte ve katılım teşvik edilmektedir.
- Özellikle çocuk ve gençler için dışarı çıkma yasağının bulunduğu saatlerde, "Ebeveyn Devriye Yürüş" etkinlikleri düzenlenerek, sokakların ve eğlence mekanlarının denetim altında bulundurulması ve aileler arası komşuluk ilişkilerinin ve dayanışmanın güçlendirilmesi hedeflenmekte, yasal olarak ebeveynlerin denetim otoriteleri desteklenmektedir.
- Düzenli olarak okul-aile toplantıları program kapsamına alınmış olup etkin bir koordinasyon ve gerektiğinde düzenleyici önlemlerin alınması için anında müdahale mekanizması hayat geçirilmiş ve yasal olarak da düzenlenmekte ve desteklenmektedir.
- Ülke genelinde mevcut bulunan spor ve sosyal tesislerin geliştirilmesinin yanı sıra, gençlerin ilgilerini cezbedecek çeşitli alternatifler oluşturmak üzere, ihtiyaç görülen

yerlere, ihtiyaç duyulan miktarda yeni tesislerin kurulumuna önem verilmektedir. Bu sayede gençlerin alkol ve madde kullanımına ilgi duymalarına imkan bırakılmamaktadır.

- Okulda, faaliyetlerde veya çalışan gençler için iş yerlerinde bulunduklarının, gidiş ve gelişlerinin ebeveynleri tarafından takip edilmesini sağlamak üzere, ayrıca ebeveynlerin çocukların eğitiminde ve diğer faaliyetlerde aktif olarak yer almalarını ve hukuku gözetmelerini sağlamak üzere çeşitli sözleşme, taahhütname ve anketlerle aile içi denetim mekanizmasının işler halde tutulması sağlanmaktadır (Jonsson, 2018).

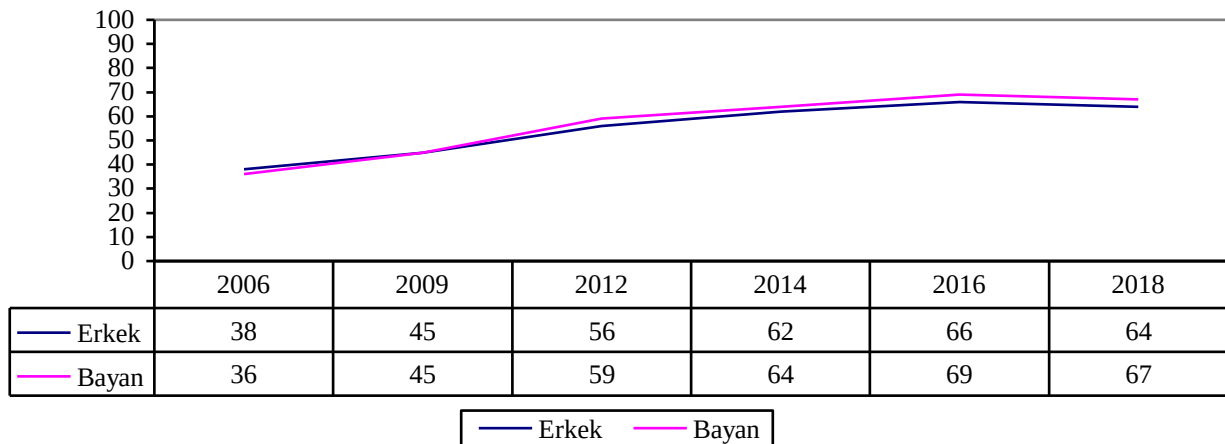
Özetle, risk faktörlerinin azaltılması ve önleme faktörlerinin doğal dinamiklerle güçlendirilmesi neticesinde, son dönemlerde birçok ülke tarafından örnek gösterilen ve uygulamaya alınmaya çalışılan bir model ortaya çıkmıştır ve aşağıda bazı örnekleri verilen grafiklere olumlu yönde yansımıştır:

Grafik 16. İzlanda'da Yıllara Göre Okul Saatleri Dışında Ebeveynleri İle Birlikte Zaman Geçiren 9. Ve 10. Sınıf Öğrencilerinin Yüzdeler Oranları



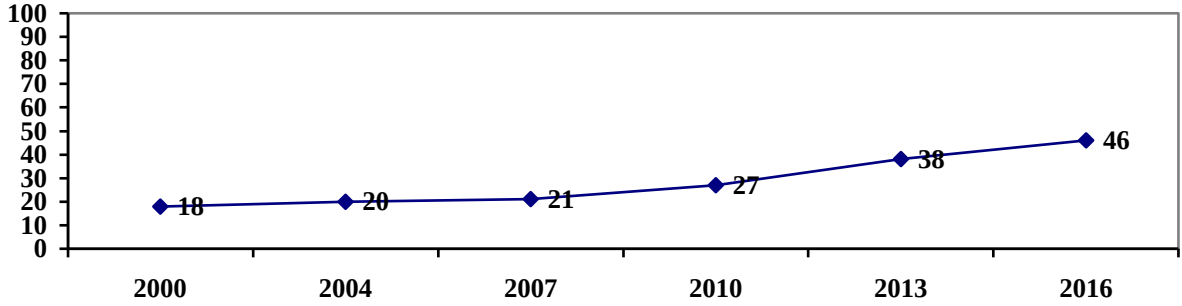
Kaynak: (ICSRA - İzlanda Sosyal Araştırma ve Analiz Merkezi, 2018).

Grafik 17. İzlanda'da Yıllara Göre Haftasonları Ebeveynleri İle Birlikte Zaman Geçiren 9. Ve 10. Sınıf Öğrencilerinin Yüzdeler Oranları



Kaynak: (ICSRA - İzlanda Sosyal Araştırma ve Analiz Merkezi, 2018).

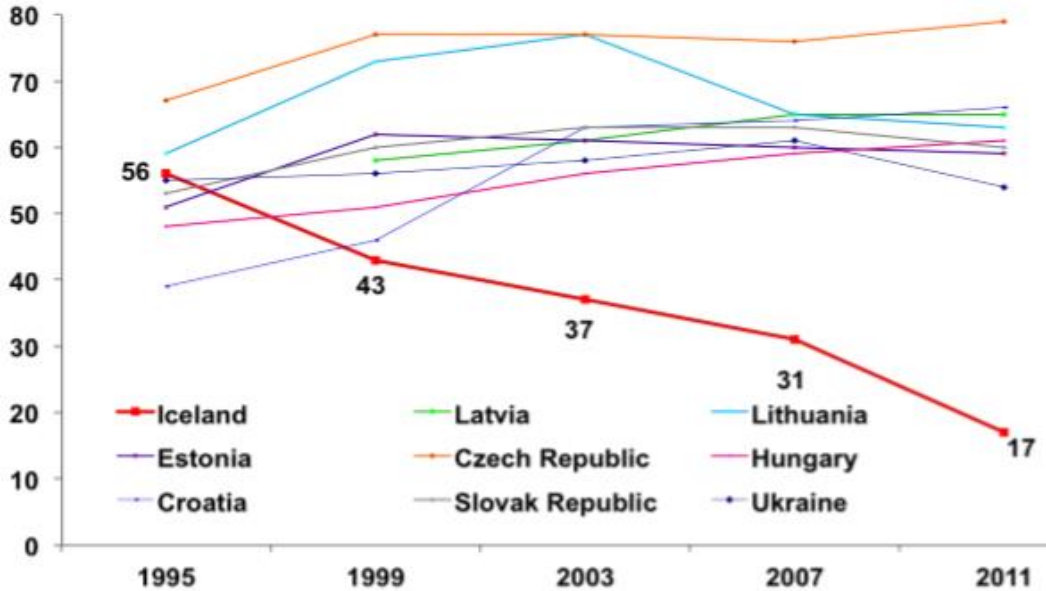
Grafik 18. İzlanda’da Hiç Sarhoş Olamamıy 16-20 Yaş Aralığındaki Gençlerin Yıllara Göre Yüzdelik Oranları



Kaynak: (ICSRA - İzlanda Sosyal Araştırma ve Analiz Merkezi, 2018).

Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı Merkezi bünyesinde oluşturulan Avrupa Alkol ve Madde Kullanımında Okul Araştırmaları Projesi ESPAD (*The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*), 2015 yılında yayınladığı rapora göre, hayatında en az bir kez yasadışı madde kullanmış bulunan öğrenci oranlarında Çek Cumhuriyeti’nin %37 oranla en başta bulunduğu ve 35 katılımcı ülke verilerinin ortalamasının %18 civarında bulunduğu bildirilmiştir. Diğer en yüksek oranlara sahip olan üye ülkeler ise, %30-32 oranlarında seyreden Bulgaristan, Fransa, Liechtenstein ve Monako olarak bildirilmiştir. Oranları %10 ve daha aşağıda olan en düşük ülkeler ise, Arnavutluk, Kıbrıs, Danimarka’ya bağlı özerk Faroe Adaları, Finlandiya, Makedonya, **İzlanda**, Moldova, Montenegro, Norveç, İsveç ve Ukrayna olarak bildirilmiştir (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2016).

Grafik 19. Bazı Ülkeler’de 15-16 Yaş Grubu Gençlerin Son 30 Gün İçerisinde Alkol Kullanım Oranları

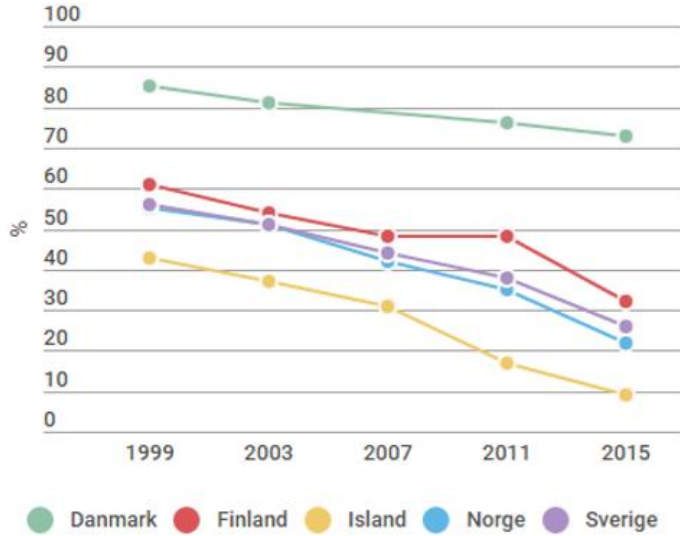


Kaynak: (Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2012).

Grafik 19.’den de anlaşılacağı üzere İzlanda söz konusu tedbirlerin uygulanmasıyla birlikte gençlerin alkol eğilimlerinde önemli düşüşler başarmıştır ve daha sağlıklı ve müreffeh bir ortam oluşturmuştur. 16-20 yaş aralığındaki gençlerin de 2000 yılında %64 olan alkol kullanım oranları, 2004 yılında %63, 2007 yılında %62, 2010 yılında %55, 2013 yılında %45 ve 2016 yılında %35 seviyelerine düşmekle birlikte, bağlantılı olarak

psikoaktif madde kullanma eğilimlerinde de Grafik 20.'de belirtildiği şekilde azalmalar görülmüştür.

Grafik 20. İskandinav Ülkelerinde Gençlerin Madde Kullanım Eğilim Oranları



Kaynak: (Jonsson, 2018).

BÖLÜM III TÜRKİYE'DE 2000 YILI SONRASI UYGULANAN SOSYAL POLİTİKALAR

Türkiye'de madde kullanım sorunu uzun bir geçmişe dayanmaktadır. Anadolu'da yüzyıllardan beri önemli bir tarım ürünü olarak yetiştirilen afyon, kenevir gibi psikoaktif madde içeren, gıda ve sanayide kullanılan zirai ürünler, tarım toplumu olarak halk ve devlet için önemli ekonomik gelir teşkil etmekte iken, psikoaktif etkileri sebebiyle kötüye kullanımı da, her zaman devletin mücadele etmesi gereken bir sağlık ve güvenlik sorunu olarak kendini göstermiştir.

3.1. Tarihsel süreç ve yapılanma

15. ve 16. yüzyıllarda Fatih Kanunnamesi, Kanuni Sultan Süleyman döneminde Kanunname ve IV. Murat döneminde yayımlanan fermanlar vasıtasıyla psikoaktif madde kullanımı ölüm cezalarına varan müeyyidelerle engellenmeye çalışıldığı halde, 19. yüzyıl başlarına kadar kullanımında serbestlikler yaşanmış ve hatta daha önceki bölümlerde de belirtildiği gibi esnaf tarafından satışı ve kullanım için ticari ve sosyal ortamların faaliyet gösterdiği de görülmüştür. 19. yüzyıl itibarıyla psikoaktif madde sorunu uluslararası bir sorun olarak belirmeye başlamış ve üretimi ve ticareti üzerinde devlet denetim uygulamaları, kısıtlamalar ve hatta yasaklamalar yürürlüğe sokulmuştur. 1830'larda Yed-i Vahid, Hattı Hümayun gibi devlet tekeli ve ticaretin belgeye bağlanması, 1872'de Sadaret Tezkeresi gibi Osmanlı uygulamaları bunlara örnek olarak gösterilebilmektedir (Işık, 2013: 58).

Literatürde ilk uluslararası sözleşme niteliğindeki 1909 Şangay Kongresi ile başlayan ve 1912 Lahey Afyon Sözleşmesi'nin takip ettiği, haşhaş ekiminin engellenmesi veya denetim altında alınması hususundaki uluslararası kamuoyu baskısına direnen Osmanlı

İmparatorluğu, 1920 yılında Sevr Barış Antlaşması'nın 280. maddesi gereği bahse konu uluslararası anlaşmalara uymayı taahhüt etmek durumunda kalmış ve nihayet Türkiye Cumhuriyeti de Lozan Antlaşması 100. maddesi gereği sözleşmeye taraf olmayı kabul etmiştir (Keefer ve Loayza, 2010). Buna rağmen ekonomik kaygılarla denetim altına girmeyi askıya alan Türkiye Cumhuriyeti direnerek, temsilci gönderdiği 1924/1925 Cenevre Konferansı'nda sunulan Narkotik İlaçların Uluslararası Denetimine Dair Sözleşme'yi 1933 yılına kadar imzalamamış, fakat uygulamada, 01 Mart 1926 tarih ve 765 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda psikoaktif maddeleri belirleyerek cezai müeyyideler getirmiş, ilaveten Cenevre Konferansı'nda öngörülen hükümlere uygun olarak 15 Aralık 1928 tarih ve 1369 sayılı Uyuşturucu Maddeler Hakkında Kanun, 10 Ocak 1932 tarih ve 1918 sayılı Kaçakçılık Kanunu, 12 Haziran 1932 tarih ve 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun'larını yasayarak yürürlüğe koymuştur. Bir taraftan 1924 yılı itibarıyla yeni kurulan Türkiye Cumhuriyeti bünyesinde, çoğunluğunu Avrupalı ve Japon gibi yabancı sermayelerin teşkil ettiği afyon laboratuvarları, ETKİM (Eczayı Tıbbiye ve Kimyeviye), TEKTAŞ (Türk Eczayı Tıbbiye ve Kimyeviye) gibi eroin ve ilaç fabrikalarının kurulması ve işletilmesi rahatsızlıklara sebep olmuş, La Roche ve G.H. Boehringer gibi günümüz küresel ilaç firmalarının tahrikleri ile birçok ülkenin tepkisi ile karşılaşmış ve dünya genelinde kara propaganda yayılması neticesinde, Milletler Cemiyeti'nin 1932 yılında yayımladığı Yasadış Uyuşturucu Ticaretini İlişkin Rapor'una Türkiye'nin hedef gösterilmesi şeklinde yansımıştır. Artan bu küresel baskı ve özellikle İstanbul'da faaliyet gösteren psikoaktif madde üretiminin toplumda bağımlı oranını ve maddeye bağlı suç oranını artırması sebebiyle 03 Ocak 1933 tarihinde toplanan Bakanlar Kurulu kararıyla uluslararası sözleşmelerin kabul edileceği ve uyulacağı ilan edilmiştir. Bu doğrultuda ceza kanununda müteakip yıllarda da uygun değişikliklere gidildiği gibi, 21 Temmuz 1959 tarih ve 7368 sayılı "3491 sayılı Toprak Mahsulleri Ofisi Kanununun 5759 sayılı Kanunla Muaddel 6.1.8 ve 27'nci Maddelerinin Değiştirilmesine ve Bu Kanuna Bazı Hükümler İlavesine Dair Kanun" ile Tarım Bakanlığı tarafından afyon ekim ve kontrol işlemleri de, ticaretini denetim yetkisi bulunan 1938 yılında kurulmuş bulunan Türk Mahsulleri Ofisi'ne (TMO) devredilmiştir. 1953 yılındaki New York Protokolü gereği uygulanan bu kanun Türkiye'nin afyon politikasında bir mihenk taşı olarak değerlendirilmektedir (T.C. Resmi Gazete, 1959; Işık, 2013: 61). 1953 yılında Birleşmiş Milletler kararıyla Türkiye ve başkaca 6 ülkeye daha "Afyon Protokolü" çerçevesinde afyon ihraç etme yetkisi tanınmış ve 1958 yılında Türkiye'de 67 ilin 42'sinde haşhaş ekimi gerçekleştirildiği görülmektedir (Kamminga, 2011).

1960'lı yıllara kadar dünyadaki yasal afyon üretiminin yaklaşık %55'nin üretildiği ülkemiz ile ilgili olarak küresel baskılar azalmakla beraber, 1960'lı yıllarda ortaya çıkan "Hippi" kültürü ile birlikte A.B.D.'nde ve Avrupa'da madde kullanımında artış eğilimi görülmüş ve başta A.B.D. olmak üzere Türkiye'nin afyon üretimini engellemeye yönelik baskılar artmaya başlamıştır. A.B.D. Nixon başkanlığındaki yönetim, A.B.D.'ne giren yasadışı eroinin %80'inin Türkiye'den geldiğine inanılıyordu (Kamminga, 2011: 14). Nihat Erim başbakanlığında A.B.D. ile bir mutabakata varılmış ve üç yıllık süre içerisinde ödenecek olan 35 milyon Amerikan doları afyon yetiştiricisi çiftçilere dağıtılmak üzere hibe desteği ve daha önce sözü verilen Dünya Bankası gibi uluslararası

kuruluşlar vasıtasıyla yapılacak olan yardımların gerçekleştirilmesi şartı ile, 30 Haziran 1972 tarihi itibarıyla ülke genelinde afyon ekiminin, hasatının tamamen yasaklanması ve bu yönde mevzuatların oluşturulması, ayrıca 1971 yılı sonbaharında hasat edilen tüm afyon kapsüllerinin devlet tarafından toplanması konusunda karar alınmış, afyon ekimi tamamen yasaklanmıştır (Kamminga, 2011). A.B.D. tarafından vaatlerin yerine getirilmemesi ve çiftçilere haşhaş ekiminden vaz geçmeleri karşılığında yapılacak olan yardımların ulaşmaması neticesinde ortaya çıkan sorunların karşısında, 01 Temmuz 1974 tarihinde Ecevit Hükümeti Birleşmiş Milletleri'ne müracaat ederek, uluslararası denetime açık halde tekrar afyon üretimine başlayacaklarını bildirmiş ve Afyon, Burdur, Denizli, Isparta, Kütahya, Uşak illeri ve Konya'da 4 ilçede kontrollü olarak haşhaş ekimi tekrar başlamıştır. Bunun üzerine A.B.D., Temsilciler Meclisi kararı ile 16 Temmuz 1974'te Türkiye'ye yapılan tüm askeri ve ekonomik yardım ve sözleşmeleri askıya almış, sonra Afyon Alkoloid Fabrikası'nın kurulması ile de oluşan devlet tekeli neticesinde stratejisini değiştirerek baskılardan vazgeçmiş ve denetime katılmayı kararlaştırmıştır. Neticede afyon üretimi Türkiye ile A.B.D. arasında bir sorun olmaktan çıkmıştır (Işık, 2013: 65; Kamminga, 2011). Kenevir ekimi de 25 Mayıs 1979 tarih ve 2336 sayılı Kanunla yapılan değişiklik neticesinde kontrollü üretime tabi olmuş ve kaçak kenevir ekimi tespit edildiğinde imha işleminin uygulanmasına karar verilmiştir (Işık, 2013: 65).

1980'li yıllar itibarıyla Avrupa ve A.B.D. hızla artan yasadışı psikoaktif madde kullanımı ile mücadeleye odaklanmış, coğrafi konum itibarıyla Türkiye'nin yasadışı madde kaçaklığının geçiş güzergahında bulunması sebebiyle, ülkemiz hem uluslararası suç örgütleri ile mücadele etmek, hem de ulusal düzeyde artan madde kullanımı ile mücadele etmek durumunda kalmıştır. Bu amaçla Emniyet Teşkilatı bünyesinde 03 Ocak 1980 tarihinde Kaçakçılık Daire Başkanlığı¹⁶ kurularak taşra teşkilatında 1969 yılı itibarıyla faaliyet gösteren Narkotik Şubeler, merkez teşkilatı olan daire başkanlığı bünyesine alınmış, mücadelede ulusal koordinasyon yöntemine gidilmiştir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019; Örselli ve Babahanoğlu, 2017: 131). Bu bağlamda belirtmek gerekir ki, 1980 askeri darbesi sonrasında çıkarılan 07 Kasım 1982 tarih ve 2709 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 58. Maddesi (T.C. Resmi Gazetesi, 1982): "...Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır." şeklinde hüküm içermekte ve madde sorunlarına paternalist yaklaşımla sosyal devlet anlayışı sergilemektedir. Ulusal düzeyde artan yasadışı madde kullanım sorunu, bazı ünlü sanatçıların, iş adamlarının ve hatta cemaat lideri olarak bilinen şahısların, gerek kendi kullanımları sebebiyle, gerekse aile bireylerinin aşırı doz ölümleri sebebiyle basında yer almaları, sansasyonlara ve infiallere sebep olmuştur. Bu durum Türk Sinemalarının da gündemine yansımış ve başta eroin maddesi olmak üzere yasadışı madde kullanımını

¹⁶ 14 Ocak 1983 tarihinde "Kaçakçılık İstihbarat Harekat Daire Başkanlığı", 07 Temmuz 1995 tarihinde ise, günümüzde de kullanılan "Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele (K.O.M.) Daire Başkanlığı" olarak ismi değiştirilmiştir. Psikoaktif maddeler ile mücadelede ise, 18 Kasım 2015 tarihinde merkez teşkilatı "Uyuşturucu İle Mücadele Daire Başkanlığı" ismi ile K.O.M. Daire Başkanlığı'ndan ayrılarak, 17 Nisan 2017 tarihinde "Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı" şeklinde günümüzde de kullanılan ismini almıştır (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019).

konu alan 1980’ler sinema filmleri döneme damgasını vurmuştur. 1990’lı yıllarda madde kullanım sorunu, piyasaya yeni giren sentetik psikoaktif maddeler ile de artarak devam etmiş ve 90’lar dönemine damgasını vuran olay; 05 Nisan 1998 tarihinde İstanbul’a tıp fakültesinde öğrenim görmeye gelen Kanat Güner isimli öğrencinin, bağımlısı haline geldiği eroin maddesine karşı açtığı savaşta kaleme aldığı, günümüzde halen çok sayıda satışı gerçekleşen “Eroin Güncesi” isimli kitabının imza etkinliğinden birkaç saat sonra, Taksim İş Bankası Sanat Galerisi’nde aşırı doz ölümü ile sonuçlanması şeklinde olmuştur (Örselli ve Babahanoğlu, 2017: 131; Işık, 2013: 68).

Yasadışı madde kullanımı ve bağımlı vakalarının artmasıyla birlikte sağlık merkezlerine ilgili müracaatların artması ve kolluk faaliyetlerine yansıyan yoğunluklar, Milli Güvenlik Kurulu’nun 26 Nisan 1996 tarihinde Türkiye’nin madde ile mücadelesinde bir dönüm noktası teşkil edecek 393 sayılı tavsiye kararını almasına neden olmuştur. Söz konusu karar, madde sorununun bir güvenlik sorunu olarak ele alınmasını ve yasadışı maddenin arz boyutu ile yapılan ulusal ve uluslararası kolluk mücadelesi yanısıra, maddeye olan talebi azaltmaya yönelik de ulusal bir strateji planı hazırlanmasını öngörmektedir. Bu doğrultuda Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu bünyesinde “Uyuşturucu Madde Kullanımı ile Mücadele Takip ve Yönlendirme Üst Kurulu” (politik düzey) ve “Uyuşturucu Madde Kullanımı ile Mücadele Takip ve Yönlendirme Alt Kurulu” (uzman kadro düzeyi) şeklinde kurullar oluşturularak, ülkemizde madde kullanımı ile mücadelede rol alan tüm kurum ve kuruluşların koordinasyonunu sağlamaya yönelik ilk kurumsal yapılanma hayata geçirilmiştir. Bahse konu kurullarda yer alacak organlar ise dönemin Bakanlar Kurulu’nun 25 Temmuz 1997 tarih ve 97/9700 sayılı kararı ile, Adalet Bakanlığı, Milli Savunma Bakanlığı, İçişleri Bakanlığı, Dışişleri Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, YÖK Başkanlığı, Milli Güvenlik Kurulu Genel Sekreterliği, Emniyet Genel Müdürlüğü-Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, TRT Genel Müdürlüğü, Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü, Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü, Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı, Jandarma Genel Komutanlığı, RTÜK Başkanlığı ve Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı şeklinde belirlenmiştir (Işık, 2013: 69; Örselli ve Babahanoğlu, 2017: 130; T.C. Eskişehir Valiliği, 2010). Söz konusu kurullar ile devlet, madde kullanım sorunu ile mücadelenin kapsamını, arz azaltımına yönelik suçla yasal mücadele seviyesinden, sağlık sorunu olarak da benimseyip ilgili kurumlarla tedavi ve rehabilitasyon mücadelesini, ayrıca Milli Eğitim Bakanlığı ve diğer ilgili kurumlarla önleme ve eğitim faaliyetlerini de katarak topyekün ulusal mücadele modeline kavuşmuştur. Nitekim oluşan bu yeni yapının çalışmaları neticesinde 1997 yılında hazırlanan belge, bazı Avrupa Birliği raporlarında “Ulusal Uyuşturucu Stratejisi” olarak ifade edilerek, Türkiye’nin madde ile mücadelede hazırladığı ilk politika belgesi olarak kabul görmektedir (Akgül ve Kaptı, 2017: 88).

1993 yılında Avrupa Birliği tarafından kurulan Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA)’nin, üye ülkelerden talep ettiği veriler doğrultusunda hız kazanan madde kullanımı ile küresel mücadelesine, Uyuşturucu Madde Kullanımı ile Mücadele Takip ve Yönlendirme Üst Kurulu mesnet teşkil ederek, 2000’li yıllarda

ülkemizin, özellikle 1999 yılında Helsinki Zirvesi'nde imzaladığı Avrupa Birliği ile Katılım Ortaklığı Belgesi ile hızlanan, Avrupa Birliği'ne üyelik sürecinde, kendi alanında önemli katkılar sağlayacak ve kurumsal yapılanmanın Avrupa Birliği boyutuna taşınmasını kolaylaştıracaktır (T.C. Eskişehir Valiliği, 2010).

Nitekim 2000 yılında Türkiye, EMCDDA (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction*) Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi'ne katılım için Avrupa Komisyonu'na yaptığı müracaatta, ulusal temas noktası olarak Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nu göstermiştir. İlerleyen süreç içerisinde yapılan tespit ve değerlendirmelerde, Aile Araştırma Kurumu'nun EMCDDA'nın politikalarına katılımda aktif bir şekilde faaliyet göstermeye yapısal olarak uygun bulunmaması, teknik, personel ve mali olarak geliştirilmesi ve kurum yasasının oluşturulmasının zaman alacak olması sebebiyle, teknik açıdan sahada daha faal bir organizasyon yapısına sahip, EMCDDA'nın veri taleplerini ve tavsiyelerin daha sağlıklı bir şekilde uygulama kabiliyeti ve yapısı bulunan bir kurum arayışı içerisine girilmiştir (Akgül ve Kaptı, 2017: 87; T.C. Eskişehir Valiliği, 2010).

1990'lı yıllar itibariyle organize suç örgütleri ile mücadelede ulusal ve uluslararası önemli başarılar elde eden Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele (K.O.M.) Daire Başkanlığı, Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (UNODC) başta olmak üzere, tesis ettiği uluslararası koordinasyonu daha da güçlendirmek, mücadeleyi eğitim sahasına taşımak ve bilimsel veriler ışığında mücadeleyi güçlendirmek amacıyla 26 Haziran 2000 tarihinde "Türkiye Uluslararası Uyuşturucu ve Organize Suçlarla Mücadele Akademisi" ni TADOC (*Turkish International Academy against Drugs and Organized Crimes*) UNODC işbirliği ile kurmuştur (UNODC, 2001). Yapılan değerlendirmeler neticesinde 16 Mayıs 2002 tarihinde Başbakanlık Makamı'nın yetkilendirmesi ile Emniyet Genel Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı bünyesinde, uluslararası bir akademi niteliğinde bulunan TADOC, EMCDDA'nın ulusal temas noktası olarak görevlendirilmiş ve yetkilendirilmiştir (Akgül ve Kaptı, 2017: 90; Işık, 2013: 80; Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019).

Uluslararası bir akademi vasfı ile TADOC, bu görevi dört yıl sürdürmekle birlikte, 2002 yılında başlayan Avrupa Birliği Eşleştirme Projesi kapsamında, kurumsal yapıların kapsamlı, bütüncül ve sürdürülebilir bir mücadele kapasitesine yükseltilmesi amaçlanmıştır. Türkiye, İspanya ve Yunanistan'ın birlikte gerçekleştirdiği ve 2006 yılında tamamlanan bahse konu eşleştirme projesi doğrultusunda, EMCDDA ulusal irtibat noktasını temsil etmek üzere "Türkiye Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi – (TUBİM)" kurulmuş ve görev TADOC'dan yine Emniyet Genel Müdürlüğü, K.O.M. Daire Başkanlığı bünyesinde kurulan TUBİM'e devredilmiştir (Cılga, 2009: 13; Örselli ve Babahanoğlu, 2017: 132).

TUBİM, Türkiye'nin o döneme kadar ortaya koyamadığı ve bu sebeple gerek ulusal ve gerekse uluslararası eleştirilere maruz kaldığı ulusal uyuşturucu stratejisini tüm ilgili kurumların katılımıyla 2006-2012 kapsayacak şekilde ve ikişer yıllık iki eylem planının uygulanması şeklinde hazırlamış ve 20 Kasım 2006 tarihinde Başbakanlık onayı ile

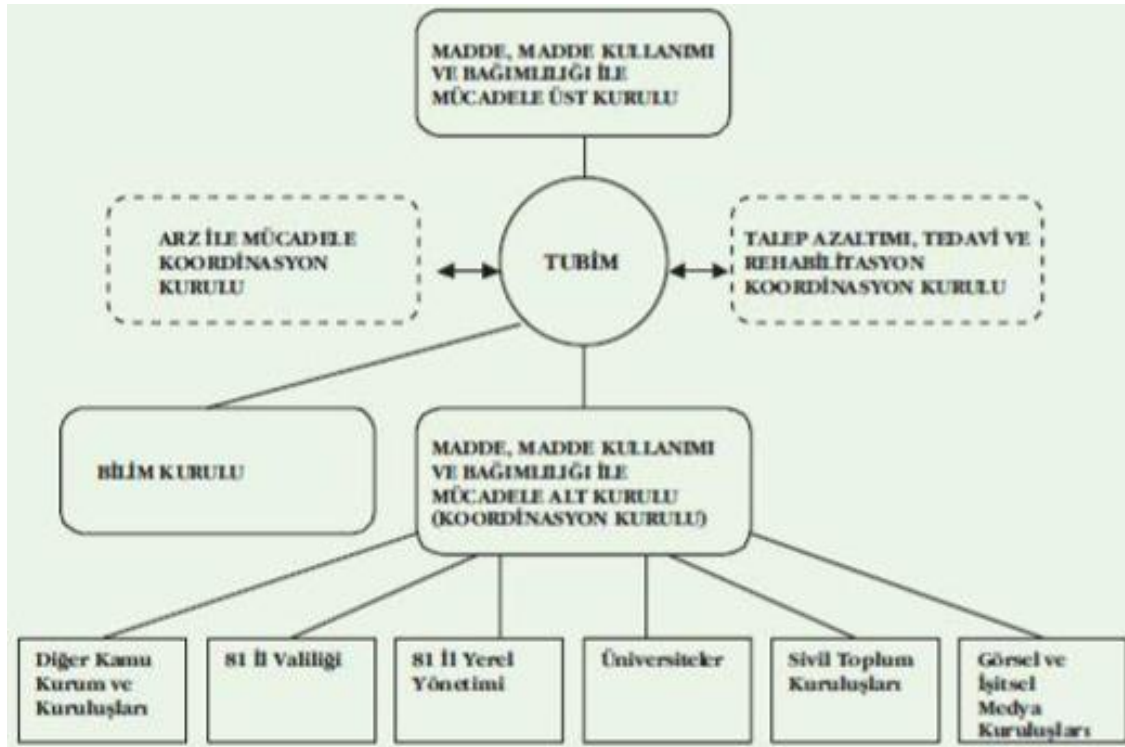
“Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılıkla Mücadelede Ulusal Politika ve Strateji Belgesi” adı altında yürürlüğe koymuştur. Akabinde, söz konusu ulusal stratejilerin uygulanmasına yönelik hazırlanan ilk “I. Ulusal Eylem Planı” 2007-2009 yıllarını kapsayacak şekilde yürürlüğe girmiş ve 2010 yılında %84 uygulanabilirlik oranı ile başarıyla sona erdiği bildirilmiştir. İkinci eylem planı ise 2010-2012 yıllarını kapsamakta ve uygulaması sona erdirilmiştir. 2013-2018 yıllarını kapsayan beş yıllık Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi ile bağlantılı olarak ise, yine 2013-2015 yıllarını kapsayacak şekilde üçüncü eylem planı uygulanmıştır (Cılga, 2009: 14).

Bu arada Türkiye’de son yıllarda ortaya çıkan Narko-Terör gibi hassasiyetler sebebiyle daha hızlı ve etkin müdahaleleri sergileyebilecek kurumlararası koordinasyon ihtiyacı hasıl olmuş ve yapılanmalarda bazı gelişimler kendini göstermiştir. 14 Temmuz 2014 tarihinde Aile ve Sosyal Politikalar, Gençlik ve Spor, İçişleri, Milli Eğitim ve Sağlık Bakanları, Türkiye Büyük Millet Meclisi, Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı ile birlikte Madde ile Mücadele Acil Eylem Planı üzerine çalışmalarda bulunulmuş ve konu Bakanlar Kurulu toplantısında görüşüldükten sonra, 13 Kasım 2014 tarih ve 2014/19 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile “Uyuşturucu İle Mücadele Yüksek Kurulu (UMYK)” oluşturulmuştur. Söz konusu Yüksek Kurul, Aile ve Sosyal Politikalar, Adalet, Çalışma ve Sosyal Güvenlik, Gençlik ve Spor, İçişleri, Milli Eğitim, Gümrük ve Ticaret ve Sağlık Bakanları’ndan oluşmakta ve çalışmaların takip ve koordinasyonunu yürütmek üzere görev yapan müsteşar yardımcılarını “Uyuşturucuyla Mücadele Kurulu (UMK)” nu, ilgili bakanlık uzmanları da “Uyuşturucuyla Mücadele Teknik Kurulu (UMTK)” nu teşkil etmektedirler. Bahse konu yaklaşımla “2015 Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı” hazırlanmış ve yürürlüğe girmiştir.

Son olarak ise, kabul edilen strateji ve eylem planı, 2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı olarak halen yürürlükte bulunmaktadır. 2014 yılında yapılan bu radikal yeniden yapılanma, 09 Aralık 2017 tarihinde Başbakanlık genelgesi ile “Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu” ismini almış, 2018 yılında ülkemizde gerçekleşen yönetim sistemi değişikliğinden sonra, 2019/2 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesi ile de Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu başkanlığı, Başbakan Yardımcılığı’ndan Cumhurbaşkanlığı Yardımcılığı’na geçerek yeniden yapılandırılmıştır. Cumhurbaşkanlığı Yardımcısının başkanlığını ve Sağlık Bakanı’nın başkan vekilliğini yaptığı Bağımlılık ile Mücadele Yüksek Kurulu, Adalet, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler, Çevre ve Şehircilik, Gençlik ve Spor, Hazine ve Maliye, İçişleri, Milli Eğitim, Sağlık, Tarım ve Orman, Ticaret, Ulaştırma ve Altyapı Bakanları ile Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu Başkanvekili’nden oluşmaktadır (Çelik, 2017; Çetinöz, 2019: 20).

Bununla birlikte 2006 yılı itibarıyla TUBİM yıllık ulusal raporlar yayınlamaktadır ve halihazırda Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı bünyesinde faaliyetlerini sürdürmektedir. TUBİM’in kuruluşu ile birlikte ülkemiz Avrupa Topluluğu ile yaptığı protokoller neticesinde 05 Haziran 2007 tarihi itibarıyla Türkiye EMCDDA Yönetim Kurulu Asil Üyeliğine kabul edilmiştir (Cılga, 2009: 12; Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019).

Şekil 9. Kuruluşu İtibariyle TUBİM'in Ulusal Seviyede Koordinasyon Yapılanması



Kaynak: (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2007).

Görüldüğü üzere tarihsel süreç içerisinde psikoaktif madde ile mücadele öncelikle bir suç olarak ele alınmış ve ulusal ve uluslararası boyutta arz ile mücadele unsurları geliştirilmiştir. Bu vesile ile kolluk mücadelesinin etkinliğini artırmaya yönelik kurumsal gelişmeler kendini göstermiş ancak ilerleyen zaman içerisinde artan oranda madde kullanımı sağlık sektöründe de yoğunlukla görülmeye başlamış ve eğitim başta olmak üzere sosyal hayat üzerindeki olumsuzlukları idrak edilmeye başlanmıştır. Tek başına kolluk mücadelesinin ulusal çapta yeterli olmayacağı anlaşılmış olup, önce uluslararası düzeyde güvenlik işbirlikleri tesis edilmiş ve sonrasında devletlerin tüm kurumları ve sivil toplum örgütleri ile mücadeleye katılımları söz konusu olmuştur. Avrupa Birliği ve Birleşmiş Milletler başta olmak üzere Dünya Sağlık Örgütü, Interpol, Europol, Dünya Gümrük Örgütü gibi uluslararası örgütlerde yapılan bilimsel çalışmalar doğrultusunda, katılımcı ve üye ülkeler, alınan kararlar doğrultusunda ulusal mevzuatların ve kurumsal yapılarını düzenlemeye girişmişlerdir. Bu süreç içerisinde Türkiye’de Emniyet Teşkilatı, Jandarma Genel Komutanlığı, Sahil Güvenlik Komutanlığı, Gümrük Muhafaza Genel Müdürlüğü gibi kurumlar vasıtasıyla vermekte olduğu mücadeleyi, teknik olarak Emniyet Genel Müdürlüğü bünyesinde yapılandığı TADOC, TUBİM gibi unsurlar eliyle tesis ettiği uluslararası ve kurumlararası koordinasyon ile uluslararası anlaşmaların gereğini yerine getirmiştir. Aynı doğrultuda ceza hukuku ve diğer mevzuatlarda da önemli değişikliklere gidilmiştir.

Türkiye, bulunduğu coğrafi konum itibariyle yasadışı madde ticareti konusunda geçiş güzergahında bulunması sebebiyle kilit öneme sahip olduğu gibi, son 30 yılda özellikle orta doğuda meydana gelen savaşlar, askeri ve istihbarat operasyonları, terör örgütü

faaliyetleri ve doğurduğu göç dalgaları gibi olumsuz sonuçları ile, azami derecede hassasiyet arz eden jeopolitik bir konuma ulaşmıştır. Ulusal ve uluslararası terör suçlarının, narkotik suçları, insan ticareti, göçmen kaçakçılığı gibi ulus ötesi organize suçlarla daha iltisaklı ve geçirgen hale gelmesi ve küresel suç faaliyetlerinin kavşak konumunda bulunmamız sebebiyle, devletin en üst kademesinde tesis edilen bir Yüksek Kurul vasıtasıyla acil müdahale ve eylem planları ivedi olarak hayata geçirilmiştir. Bu ahvalde sadece arz azaltımına yönelik değil, önleme, tedavi ve rehabilitasyona ve iletişime yönelik de birçok yeni kurumsal yapılanmalar ve işlevler ortaya çıkmış ve yeni mevzuatlar yürürlüğe girmiş veya değiştirilerek geliştirilmiştir.

3.2. Hukuki süreç

Türkiye 2000’li yıllar itibariyle özellikle Avrupa Topluluğu ve Birleşmiş Milletler kararları doğrultusunda psikoaktif madde kullanımı ve bağımlılıkla mücadele politikalarını aşağıdaki mevzuatlar kapsamında eyleme geçirmiştir:

- 964 Sayılı Ecza Ticarethaneleri ile Sanat ve Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli ve Müessir Maddelerin Satıldığı Dükkanlara Mahsus Kanun,
- 1262 Sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu,
- 2313 Sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakebesi Hakkında Kanun,
- 2559 Sayılı Polis Vazife ve Selahiyetleri Kanunu
- 2803 Sayılı Jandarma Teşkilat Görev ve Yetkileri Kanunu,
- 2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu,
- 2954 Sayılı Türkiye Radyo ve Televizyon Kanunu,
- 3201 Sayılı Emniyet Teşkilatı Kanunu,
- 2398 Sayılı Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun, 88/12850 Sayılı Yönetmelik ve 87/11703 Sayılı Bakanlar Kurulu Kararı,
- 3984 Sayılı Radyo ve Televizyonların Kuruluş ve Yayınları Hakkındaki Kanun,
- 4207 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun,
- 4320 Sayılı Ailenin Korunmasına Dair Kanun,
- 4810 Sayılı Adli Tıp Kurumu Kanunu,
- 5607 Sayılı Kaçakçılıkla Mücadele Kanunu,
- 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu,
- 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu,
- 5326 Sayılı Kabahatler Kanunu,
- 5402 Sayılı Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Kanunu,
- 5549 Sayılı Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi Hakkında Kanun,
- 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun,

- Çocuk Koruma Kanunu'na Göre Verilen Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik,,
- Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri ile Koruma Kurulları Yönetmeliği,
- Kontrole Tabi Kimyasal Maddeler Hakkında Yönetmelik,
- Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği,
- Serbest Bölgeler Yönetmeliği,
- Sürücü Davranışlarını Geliştirme Eğitimi Yönetmeliği,
- İthalat Rejimi ve Dış Ticarete Standardizasyon Tebliği,
- Madde Bağımlılığı Merkezlerinde Görev Yapacak Personelin Eğitimine ve Sertifikalandırılmasına Dair Tebliğ (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2007).

Türkiye’de uygulanan mevzuatlar, psikoaktif madde kullanım ve bağımlılığı sorununu toplum sağlığı sorunu olarak ele almakta ve toplum sağlığının korunmasına, olumsuz etkilerin ortadan kaldırılmasına yönelik düzenlemeler içermekle beraber, farkındalık yaratmak için gerekli tanıtım, kamu spotu, eğitim çalışması gibi faaliyetlere de önem verilmektedir. Tedavi ve rehabilitasyonun yanısıra arz ve talep azaltımı kapsamında önlemeye yönelik çalışmalar, ceza hukuku dairesinde esasen üç ana başlık altında toplanabilir:

- 26.09.2004 tarih ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu,
 - o Madde-188: Uyuşturucu ve uyarıcı madde imal ve ticareti
 - o Madde-190: Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırmak
 - o Madde-191: Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak
 - o Madde-192: Etkin pişmanlık
- 03.06.1986 tarih ve 3298 sayılı Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun,
- 12.06.1933 tarih ve 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakebesi Hakkında Kanun (Çetinöz, 2019: 21).

Dünya’da psikoaktif madde kullanımı ve bağımlılık ile ulusal ve uluslararası mücadelede çok disiplinli koordineli yaklaşımlar güçlendirilmekle birlikte, yasaklayıcı ve sınırlandırıcı adli düzenlemeler de giderek şiddetini artırmaktadır. Bu kapsamda Türkiye ceza ve infaz kanunlarının uygulanmasında bazı değişimlere müracaat etmiştir. Fransız Ceza Muhakemelerinden esinlenerek yaşanan 1412 Sayılı Ceza Muhakemeleri Usulü Kanunu (CMUK) kapsamında, kefalet yoluyla infazdan vazgeçilmesi şeklinde uygulanan Adli Kontrol uygulaması, tutuklamaya alternatif bir seçenek olarak bir süre değerlendirildikten sonra uygulamaya son verilmiş, yerine 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu (CMK) getirilmiştir (Korkmaz, 2015). 2005 yılında yürürlüğe giren Denetimli Serbestlik (DS) uygulaması da 20 Temmuz 2005 tarihli 25881 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak uygulamaya alınmış, 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu 191. Maddesi’nde

öngörülen “Kullanmak için uyuşturucu ve uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak” suçlarından ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu’nun 109. Maddesi’ne göre hakkında Denetimli Serbestlik kararı verilenlerden, madde bağımlılarına ilişkin uygulamalar, Sağlık Bakanlığı ile koordineli olarak gerçekleştirilmektedir. Bu kapsamda bulunup da bağımlı olduğu tıbbi tetkikler sonucu tespit edilenler, ilgili sağlık kuruluşlarında tedavi altına alınarak Denetimli Serbestlik Müdürlüklerince takip edilmekte, bağımlı olmadığı anlaşılan kullanıcılar da yine belirlenen program kapsamında takibe alınarak sosyal entegrasyonları gerçekleştirilmektedir. Bahse konu uygulamalar toplum temelli olup, tutuklu veya mahkumların şartlı olarak serbest bırakılarak bir tedavi ve rehabilitasyon programı çerçevesinde, gerekiyorsa istihdam için mesleki eğitim programlarına dahil edilerek, suçun tekrarrünün önlenmesi, ilgili şahısların ve toplumun korunmasını öngörmektedir. 2018 yılına ait verilere göre Türkiye’de 5.252.213 yetişkin ve 160.924 çocuk Denetimli Serbestlik programına dahil edilmiştir (Eğilmez, Örüm, ve Dumlupınar, 2019: 81).

Türk Ceza Kanunu’nda 2016 yılı itibariyle ilgili hükümlerde ceza artırımlarına gidilmiştir. Yasadışı psikoaktif madde kullanmak veya kullanmak üzere madde bulundurmak suçları 1 yıldan 2 yıla kadar hapis cezasını gerektirirken, 2 yıldan 5 yıla kadar hapis cezası olarak artırılmıştır. Adli cezalara alternatif olarak uygulanan 5 yıl süreyle hükmün ertelenmesi ve bu süre içerisinde tedavi veya denetimli serbestlik uygulamalarının yürürlüğe girmesi söz konusudur. Bu süreç içerisinde programın ihlal edilmesi, ertelenen hükmün infazını harekete geçirdiği gibi, Denetimli Serbestlik programının ihlal edilmesi sebebiyle, ayrıca 2 yıldan 5 yıla kadar hapis cezası istemiyle kamu davası açılabilir. Ticaret suçu ise 5 yıldan 15 yıla kadar hapis cezasını gerektirirken 10 yıldan 20 yıla kadar hapis cezası olarak belirlenmiştir. Ticaret suçunun, üç veya daha fazla kişi tarafından gerçekleştirilmesi durumunda ceza yarı oranında, örgüt tarafından işlenmesi durumunda ise bir kat artırılması mümkün kılınmaktadır. Sentetik psikoaktif maddeler ve türevleri ceza artırımını için mesnet teşkil etmekle beraber, ticaretin, okul, yurt, hastane, kışla veya ibadethane gibi yerlerde yapılması durumunda cezada artırım söz konusudur. Yasadışı madde imal, ihraç ve ithal etmenin cezası 10 yıldan 20 yıla kadar hapisle hükmedilirken, sınırları 20 yıldan 30 yıla kadar hapis cezası olarak değiştirilmiştir. Psikoaktif maddenin çocuğa verilmesi veya satılması durumunda hapis cezası alt sınırı 15 yıl olarak belirlenmiştir. Yasadışı madde kullanımını kolaylaştıran ile özendirici faaliyette bulunanlar için öngörülen hapis cezası 2 yıldan 5 yıla kadar uygulanmakta iken, 5 yıldan 10 yıla kadar şeklinde yükseltilmiştir. Bununla birlikte bağımlılık tedavisi için müracaat eden kişilerin sağlık görevlileri tarafından ihbar edilmeleri yükümlülükleri de kaldırılmıştır (Çetinöz, 2019: 22; Karadağ, 2016).

3.3. Türkiye’nin madde ile mücadele politikaları

Türkiye özellikle yasadışı psikoaktif madde ile mücadelede 2000’li yılların başlangıcı itibariyle, ulusal ve uluslararası alanda önemli atılımlarda bulunmuş ve uluslararası boyutu olan madde sorununa karşı etkin ve sistematik ulusal politikalar üretmeyi başaramıştır. Ortaya çıkan sorunlar karşısında problemin gündem maddesi olarak ele alınması, ilgili katılımcılarla çözüm formüllerinin alternatifleri ile birlikte üretilmesi,

yasamaların yapılması, mevzuatların ilgili kurumlarca yürütülmesi ve değerlendirme döngüsü içerisinde, madde kullanım ve bağımlılık sorununa oldukça bilimsel yaklaşımların sergilendiği ve teorik olarak hazırlanan politikaların sahada azami derecede uygulanabilir olduğunu söylemek mümkündür (Akgül ve Kaptı, 2017: 84). Geline nokta, sağlık, güvenlik, adli ve sosyal etkileri bulunan madde sorununa Türkiye en üst düzeyde oluşturulan kurul vasıtasıyla alınan çok katımlı bir mücadele modeli benimsemiştir. Halen yürürlükte bulunan “2018-2023 Uyuşturucu İle Mücadele Ulusal Eylem Planı ve Strateji Belgesi” ile tüm yurtda eşgüdüm ve koordinasyon içerisinde birbirini destekleyecek ve etkisini artıracak şekilde yürütülen ve aşamalar halinde tanımlanan göstergeler ve hedeflerin sürekli takip edilmek suretiyle nihai olarak belirlenen 16 adet gösterge ve hedefe ulaşma stratejisi, dört ana başlık altında toplanmıştır. Tanımlanan hedefler Tablo 11.’de gösterilmiştir:

Tablo 11. 2018-2023 Uyuşturucuyla Mücadele Strateji Belgesi ve Eylem Planının Tanımlanan 16 Nihai Amacı

No	Nihai Amaç Göstergeleri	Hedefler					
		2018	2019	2020	2021	2022	2023
1	15 yaş üzeri genel nüfusta kronik uyuşturucu kullanımı sıklığı; mevcut duruma göre % azalma	Mevcut Durum Tespiti	-	Artmama	-	15	-
2	15 yaş üzeri genel nüfusta son 1 ayda uyuşturucu kullanımı sıklığı; mevcut duruma göre % azalma	Mevcut Durum Tespiti	-	Artmama	-	10	-
3	15 yaş üzeri genel nüfusta son 1 yılda uyuşturucu kullanımı sıklığı; mevcut duruma göre % azalma	Mevcut Durum Tespiti	-	Artmama	-	5	-
4	15 yaş üzeri genel nüfusta hayatında en az 1 defa uyuşturucu kullanımı oranı; mevcut duruma göre % azalma	Mevcut Durum Tespiti	-	Artmama	-	3	-
5	14-19 yaş arası eğitime devam eden gençlerde kronik uyuşturucu kullanımı; mevcut duruma göre % azalma	Mevcut Durum Tespiti	Artmama	5	8	12	16
6	14-19 yaş arası eğitime devam eden gençlerde kronik uyuşturucu kullanımı; mevcut duruma göre % azalma	Mevcut Durum Tespiti	Artmama	5	7	10	13
7	14-19 yaş arası eğitime devam eden gençlerde son 1 yılda uyuşturucu kullanımı sıklığı; mevcut duruma göre % azalma	Mevcut Durum Tespiti	Artmama	4	6	8	10
8	14-19 yaş arası eğitime devam eden gençlerde hayatında en az 1 defa uyuşturucu kullanımı oranı; mevcut duruma göre % azalma	Mevcut Durum Tespiti	Artmama	3	5	7	9
9	19-25 yaş arası üniversite gençliğinde kronik uyuşturucu kullanımı; mevcut duruma göre % azalma	Mevcut Durum Tespiti	Artmama	5	8	12	16
10	19-25 yaş arası üniversite gençliğinde son 1 ayda uyuşturucu kullanımı sıklığı; mevcut duruma göre % azalma	Mevcut Durum Tespiti	Artmama	5	7	10	13
11	19-25 yaş arası üniversite gençliğinde son 1 yılda uyuşturucu kullanımı sıklığı; mevcut duruma göre % azalma	Mevcut Durum Tespiti	Artmama	4	6	8	10
12	19-25 yaş arası üniversite gençliğinde hayatında en az 1 defa uyuşturucu	Mevcut Durum	Artmama	3	5	7	9

	kullanım oranı; mevcut duruma göre % azalma	Tespiti					
13	Atık Su Analizi ile elde edilen 1000 kişi başına gram uyuşturucu kullanım miktarları; mevcut duruma göre % azalma	Mevcut Durum Tespiti	Artmama	3	5	7	10
14	Uyuşturucu kullanımına bağlı; HIV ve HCV; mevcut duruma göre % azalma	Mevcut Durum Tespiti	Artmama	5	6	7	8
15	Uyuşturucuya bağlı ölüm sayılarında mevcut duruma göre % azalma	Mevcut Durum Tespiti	Artmama	Artmama	2	4	6
16	Ülke genelinde uyuşturucu kullanımı kaynaklı adli olayların tüm adli olaylara oranı; mevcut duruma göre % azalma	Mevcut Durum Tespiti	Artmama	3	5	10	15

Kaynak: (T.C. Başbakanlık Yüksek Planlama Kurulu, 2017).

Belirlenen 16 nihai hedefe ulaşma konusunda uygulamaya alınacak eylemler dört ana başlık altında toplanmakta ve Türkiye'nin psikoaktif madde ile mücadele politikasına esas teşkil etmektedir:

3.3.1. Madde arzının önlenmesi

Her türlü psikoaktif maddeye ulaşılabilirliğin engellenmesine yönelik ulusal ve uluslararası seviyede kaçakçılık faaliyetlerini, üretimini, kullanımını, dağıtımını ve sokak düzeyinde satışını önleme amacıyla bir takım uygulamalar ve tedbirler hayata geçirilmektedir. Öncelikle arzın engellenmesine yönelik yapılan kolluk mücadelesinde, reel sonuçlara ulaşabilmek için yakalanan maddenin ham miktarı yanıltıcı olabilmektedir. Ele geçirilen maddenin miktarı ve fiyat değerlemesi, saflık oranı üzerinden yapılmaya başlanmış ve yapılan çalışmaların neticelerini ve verimliliğini doğru şekilde analiz etme imkanına kavuşulmuştur. Gümrük kapıları ve sınır güvenlikleri başta olmak üzere, sınır komşusu ülkelerle iş birliği içerisinde sınır güvenliğinden sorumlu personelin teknik eğitimleri ve teknolojik imkanları artırılmaktadır. Sokak seviyesinde kendini gösteren yasadışı madde ticareti faaliyetlerine yönelik olarak ise NARKOTİM ekipleri oluşturulmuş ve aktif olarak göreve sevk edilmişlerdir. Sokak suçlarında her yıl yoğunlukları artan NARKOTİM ekipleri vasıtasıyla, 2015 yılında 12.877 olay ve 22.019 şüpheli, 2016 yılında 12.123 olay ve 19.164 şüpheli, 2017 yılında 26.004 olay ve 51.381 şüpheli ve 2018 yılında 37.092 olay ve 66.535 şüpheliye müdahale ve hukuki işlem yapılmıştır. Sokaklara hakimiyetini güçlendirmek üzere ayrıca tüm kolluk birimlerinin katılımı ile belirsiz zamanlarda denetim ve uygulamayı ifade eden ALAN DENETİM PROJESİ uygulanmaya başlamış, özellikle risk değeri yüksek mahalle ve bölgelerde yasadışı madde satışı baskılanmaktadır. 24 Eylül 2018 tarihi itibarıyla akıllı telefon uygulaması olarak UYUMA PROJESİ hayata geçirilerek, toplumsal gözetimin ve duyarlılığın artırılması hedeflenmiştir. Söz konusu uygulama ile ihbar veya bildirim yapan kişinin kimlik bilgileri saklı kalmak üzere 112 Acil Çağrı birimleri de harekete geçirilmektedir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019).

Bilişim yoluyla gerçekleşen yasadışı faaliyetlere yönelik ise, kargo ve taşıma şirketlerinin faaliyetleri denetim altına alınmış ve bu tür şirketler ile gerekli koordinasyon sağlandığı

gibi sanal ortamda da, tespitlerde, gerekli denetimlerde ve ilgili web sitelerinin kapatılması gibi müdahalelerde bulunmak üzere SANAL POLİS DEVRİYELERİ görevlendirilmektedir. Özellikle eğitim kurumlarında yardımcı hizmetlerde çalışacak personelin güvenlik soruşturmalarına önem verilmektedir. Ayrıca narkotik maddelerin tanınması, satıcı profillerinin belirlenmesi gibi konularda kurum ve kuruluşlara, ailelere ve tüm toplumsal sınıflara NARKOREHBER, NARKO-NOKTA ve NARKO-TIR gibi hem sanal hem de gerçek bilgilendirme eğitim ve seminer hizmetleri müstakil ve mobil olarak sağlanmaktadır (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019). Diğer bazı risk tespitlerine yönelik olarak, yerel idarelerle iş birliği içerisinde metruk yapıların, park ve bahçelerin yasadışı madde kullanımı ve ticareti için uygun ortam teşkil etmelerinin önlenmesine yönelik müdahaleler uygulanmaktadır. Gerekli yasal düzenlemelerle ulusal, ama daha ciddi boyutlarda uluslararası yasadışı madde ticaretlerinde, kontrollü teslimat (KONTES) adli uygulamaları ile suç örgütlerinin yapılarını hedef alan planlı operasyonlar gerçekleştirilmektedir (T.C. Başbakanlık Yüksek Planlama Kurulu, 2017). Bununla birlikte 17 Mart 2017 tarihi itibarıyla sağlık sektöründe ELEKTRONİK RENKLİ REÇETE sistemine geçilmiştir. Bu sistem sayesinde, ilaç, il, yaş, cinsiyet gibi parametrelere göre oluşturulan veriler ışığında, yasal psikoaktif maddelerin kötüye kullanımı ve arzı engellenmektedir (Örselli ve Babahanoğlu, 2017: 134).

3.3.2. Maddeye olan talebin önlenmesi

Psikoaktif maddeye olan talebin önlenmesi veya azaltımı, daha önce hiç madde kullanmamış kişilerin korunması, madde kullanmış olan bireylere danışmanlık ve tedavilerin sağlanması ve bağımlı durumunda olan hastalara da yine, gerekli tedavi ve rehabilitasyon hizmeti ile birlikte sosyal entegrasyonlarının mümkün kılınması şeklinde tanımlanabilmektedir (T.C. Başbakanlık Yüksek Planlama Kurulu, 2017). Dolayısıyla ağırlıklı olarak kolluk hizmetlerinin etkili olduğu arz azaltımının aksine, önleme faaliyetlerine eğitim, sağlık, güvenlik, istihdam gibi birçok disiplinin aktif olarak müdahil olduğunu söyleyebiliriz. Merkezi ve yerel idarelerin yanısıra Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu'nda yer alan tek Sivil Toplum Kuruluşu (STK) da, gerek eğitim, gerekse tedavi-rehabilitasyon süreçlerine aktif olarak destek vermektedir (Türkiye YEŞİLAY Cemiyeti, 2018). Çalışmamızda önceki bölümlerde de değinildiği gibi burada hedef kitle, psikoaktif madde kullanım yaşı gittikçe düşen, çoğunlukla gençlerden oluşmaktadır. Buna göre uygulanan politikalar çerçevesinde özellikle eğitim kurumlarına ağırlık verilmektedir. Milli Eğitim Bakanlığı, ilkokul birinci sınıf itibarıyla lise son sınıfa kadar öğrencilerin yaş kriterlerine özgü eğitim müfredatları uygulayarak, ileriki yaşlarda psikoaktif madde kullanım riski bulunan çocukların, psikolojik ve sosyal açıdan kişilik özellikleri, refah ve kapasitelerini artırmak suretiyle bu riski azaltmayı, ileri yaşlardaki öğrencileri ise psikoaktif madde kullanımı ve bağımlılık konularında bilinçlendirmeyi hedeflemektedir (Örselli ve Babahanoğlu, 2017: 134).

Eğitim programları çerçevesinde Milli Eğitim Bakanlığı ile Türkiye Yeşilay Cemiyeti arasında 2014 yılında yürürlüğe giren prototole bağlı olarak Okulda Bağımlılığa Müdahale Programı (OBM) hayata geçirilmiştir. OBM ile bir şekilde psikoaktif madde kullanmış olan veya bağımlı hale gelen öğrencilere, doğru yaklaşımla eğitim ve sosyal

hayata geri kazanım hedeflenmektedir. 2017 yılı itibariyle “Alkol ve Diğer Madde Kullanımına Yönelik Avrupa Okul Araştırması” ESPAD (*European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*) çalışmalarına ulusal düzeyde katılımın Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı koordinesinde gerçekleştirilmesine karar verilmiştir. Benzer şekilde yine Türkiye Yeşilay Cemiyeti ile işbirliği içerisinde, “Sağlıklı Nesil Sağlıklı Gelecek Projesi”, “Yaşam Becerileri Eğitim Programı (YYB)” gibi projeler vasıtasıyla, okul temelli önleme çalışmaları devam etmektedir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019). Yeşilay’ın okul temelli en önemli projelerinde birisi ise “Benim Kulübüm Yeşilay” ismi ile Ekim 2017’de hayata geçirilen ve 2018 yılında yaygınlaştırılan projedir. Proje kapsamında eğitim kurumlarına entegre edilen öğrenci kulüpleri vasıtasıyla ilkokul itibariyle etkinlikler düzenlenmekte ve gençlerin doğru rol modeller edinmelerini sağlamaya çalışmaktadır. 2018 yılında 25 ilde toplam 42 şube aracılığıyla 6.400 öğrenci bu projeye dahil edilmiştir. Ayrıca “Akran Eğitim Projesi” kapsamında 2018 yılında uygulayıcı eğitimi alan 104 kişi vasıtasıyla 9.600 lise, üniversite, gençlik platformları gibi topluluklarda ulaşılan gençlere akran eğitimi verilmiş ve arkadaş çevrelerini olumlu yönde etkilemeleri beklenmektedir. Yeşilay’ın 2016 yılında hayata geçirilen başka bir projesi “Sağlık Elçisi Projesi” dir. Bu proje ile sahada toplumun yerel dinamiklerini hedefleyerek farkındalığı ve mücadelede önlemeye yönelik etkinliğin artırılması hedeflenmektedir. Gençlerin yoğunlukla iletişim halinde oldukları esnaflara ağırlık veren proje uygulamaları, gönüllülük esasına göre dahil olan kuaför, kafeterya, giyim mağazası, kırtasiye gibi dükkanları işleten esnaf aracılığı ile, bulundukları bölgelerdeki madde kullanımına uygun hale gelmiş metruk yapı veya alanlar hakkında, ayrıca bölgelerindeki madde kullanan gençler hakkında ilgili yerlere bilgilendirme ve yönlendirme sağlanmaya çalışılmaktadır. Ayrıca üye esnafların iş yerlerinde Yeşilay’a ait afişler asılmakta ve bilgilendirme broşürleri de dağıtılmaktadır. 2018 yılında 32 ilde toplam 32.000 esnaf bu şekilde projeye dahil edilmiştir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019). Adalet Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı’nın birlikte yürüttükleri Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Programı (SAMBA) da, ceza infaz kurumlarında ve denetimli serbestlik kapsamında bulunan alkol ve madde bağımlısı kişilere yönelik grup aktiviteleri şeklinde uygulanan eğitim ve sosyal uyum projelerindendir. 2017 yılında 3082 tutuklu ve hükümlünün SAMBA programlarına, 64.181 tutuklu ve hükümlünün Mesleki Eğitim Kurslarına, 398.833 tutuklu ve hükümlünün Bireysel Görüşmelere, 14.931 tutuklu ve hükümlünün Grup Çalışmalarına katıldığı bildirilmektedir (Çetinöz, 2019: 38; Ögel, Koç, ve Aksoy, 2020).

Gençlik ve Spor Bakanlığı bünyesinde yapılan önleme çalışmaları, eğitim kurumları ile koordineli olarak yapılan okul spor faaliyetlerine öğrenci katılımlarının artırılmasına yönelik faaliyetlerin yanısıra, Sevgi Evleri’nde barınan çocuk ve gençler veya risk değeri yüksek olan gençlerin sportif faaliyetlere yönlendirilerek lisanslı sporcu ünvanına kavuşmaları yönünde faaliyetlerdir. 2018 yılında Sevgi Evleri’nde barınan gençlere yönelik uygulanan “Spor ile Hayat Gülümse” projesi kapsamında 58 ilde 810 gencin aktif olarak katılımı sağlanmış, örgün eğitimde yer alan dezavantajlı ve riskli gruplarda bulunan toplam 2.486.133 genç okul spor faaliyetlerinde görev almışlardır. Okullarda bulunan lisanslı sporcu sayısı ise 244.876 olarak 2018 yılına ait verilerden

bildirilmektedir. Bununla birlikte gelik merkezlerinde, kredi ve yurtlar kurumlarında, sporcu eēitim merkezlerinde, federasyon faaliyetlerinde ve kamplarda olmak üzere birçok sosyal topluluklarda gelere madde baēımlılıēı ile ilgili farkındalık eēitimleri verilmektedir (Emniyet Genel Mdrlē, 2019).

Bir nleme çalışması olarak psikoaktif madde baēımlılıēının tedavi edilmesi, farklı safhalardan oluşan bir sürecin takip edilmesini gerektirmektedir. Öncelikle tedaviye tabi tutulacak hedef şahıslara ulaşmak veya hedeflerin müracaatlarını kolaylaştırmak, profesyonel danışmanlık hizmetinin verilmesi, tıbbi tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları sonrasında hastanın takibinin bırakılmayarak sosyal entegrasyonunun emin olunması neticesinde ancak bir baēımlının tedavi edildiēinden bahsedilebilir. Türkiye’de bu süreç 7/24 hizmet veren “ALO 191” Madde ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı ile başlamaktadır. ALO 191, madde kullanımı söz konusu olmasa bile, gelecekte böyle bir sorun ile karşılaşmamak üzere yapılması gerekenler konusunda bilgi talep edenlere, çevresinde emin olmamakla birlikte madde kullanımından şüphelenen ve ne şekilde tespit yapabileceēini ērenmek isteyenlere, aile veya sosyal çevrelerinde madde kullanan yakınlarına ne şekilde yardımcı olabileceēini ērenmek isteyenlere, baēımlı olup bırakmak isteyenlere, yoksunluk sendromu yaşayanlara, madde kullanımını bırakma sürecinde farklı sorunlar yaşayanlara, psikoaktif madde kullanımı sebebiyle ciddi saēlık sorunları yaşayanların yakınlarına danışmanlık hizmeti vermek üzere hayata geçirilmiştir. Bununla birlikte ALO 191’in erken tanı ve müdahale sistemi olarak önemli bir fonksiyonu bulunmakta ve ilk müdahale noktası olarak aile hekimlikleri ile koordineli olarak hastalara tıbbi müdahale ve rehabilitasyon hizmeti verilmesini saēlamaktadır (T.C. Başbakanlık Yüksek Planlama Kurulu, 2017). 2017 yılında ayrıca www.alo191uyusturucuilemucadele.saglik.gov.tr adresi ile bir web sitesi aynı doērultuda hizmet vermek üzere aktif hale getirilmiştir. ALO 191 aērı merkezi 2015 yılında 50.024, 2016 yılında 38.465, 2017 yılında 47.608 ve 2018 yılında 48.416 aērıya cevap vermiştir. Türkiye’de madde baēımlılıēı tedavi merkezleri:

- Saēlık Bakanlıēı’na baēlı devlet hastaneleri
- Üniversitelere baēlı tıp fakültesi psikiyatri klinikleri
- Saēlık Bakanlıēı hastaneleri ile irtibatlı niversite hastaneleri ve bazı özel hastaneler şeklinde sıralanmaktadır. Ayaktan ve yatarak tedavi uygulamalarının gerekleřtiēi madde baēımlılıēı tedavi merkezlerinin sayısı 2018 yılı sonu itibariyle, 65’i sadece yatarak tedavi merkezi olmak üzere toplam 113’e ulaşmış, yatak kapasitesi 1.082 olarak bildirilmektedir. 63 ilimizde en az bir baēımlılık tedavi merkezi bulunmaktadır (Emniyet Genel Mdrlē, 2019).

Şekil 10. Türkiye’de Yıllara Göre Bağımlılık Tedavi Merkezi Sayıları



Kaynak: (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019).

1983 yılı itibariyle yalnız alkol ve madde bağımlılığına yönelik tedavi hizmeti vermek ve gerekli araştırmaları yapmak üzere “Alkol-Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezleri (AMATEM)” hizmete girmiştir. İlk etapta Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde ayrı bir yapıda servis olarak kurulan AMATEM, kamu hastanelerinde 28 merkezde 732 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. 18 yaş altı uçucu madde bağımlısı çocukların tedavilerine yönelik AMATEM bünyesinde, “Uçucu Madde Tedavi Merkezi (UMATEM)” oluşturulmuş ve aile içerisinde veya sokakta yaşayan çocukların bağımlılıklarını tedavi etmek, sorumluluklar yüklemek suretiyle adaptasyonlarını ve sosyal entegrasyonlarını sağlamak ve aile terapileri de dahil olmak üzere ruhsal problemlere karşı tedavi ve rehabilitasyonlar geliştirmektedir. UMATEM’lerde yılda 200’den fazla çocuğun tedavi edildiği bildirilmektedir. Bununla birlikte 18 yaş altı çocuk ve ergenlerin psikoaktif madde bağımlılıklarını veya madde kullanım bozukluğu bulunan çocuk ve ergenlere ayakta teşhis, tıbbi ve psiko-sosyal tedavi ile tıbbi rehabilitasyon hizmetleri veren “Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri (ÇEMATEM)” faaliyet göstermektedir (İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, 2018).

AMATEM’ler gönüllü hasta kabul ettiği gibi adli makamlarca denetimli serbestlik kapsamında mahkeme kararıyla gönderilen hastaları da kabul etmektedirler. Sağlık giderleri, sosyal güvencesi bulunan hastaların sosyal güvenlik kurumlarınca karşılanmakta, mahkeme kararıyla intikal eden hastaların sağlık giderleri ise Sağlık Bakanlığı’nca karşılanmaktadır. Tedavi giderleri haricindeki yol ve ilaç katılım payı gibi giderler hastaların kendileri tarafından karşılanmaktadır (Karataşoğlu, 2013).

AMATEM’de verilen tedavi ve rehabilitasyon programları, Detoksifikasyon (arındırma), İlaçlı Tedavi ve Psikososyal (İlaçsız) Tedavi şeklinde sıralanabilir. İntikal eden hastalar öncelikle maddenin ve madde yoksunluk etkilerinin yok edilmesine yönelik 7 ila 10 gün arasında süren farmakolojik tedavi programı uygulanmaktadır. Müteakiben, tedaviye motive olmayı başarmış hastalar, Bağımlılık Tedavi Ünitesi’ne alınarak 14 ila 28 gün arasında değişen sürelerde sosyal ve ruhsal tedavi programına tabi tutulmaktadırlar. Tedavi hitamında gönüllülük esasına göre, haftalık, 15 gün, 1 ay, 3 ay, 6 ay ve yıl

sonunda olmak üzere yılda en az altı kez izleme tedavileri vasıtasıyla hastalar gözlemlenmektedir (Karataşoğlu, 2013; Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019). Diyanet İşleri Başkanlığı da, tedavi merkezlerinde görevlendirdiği personeli vasıtasıyla, bağımlılık ile mücadele eden gençlere sosyal manevi değerler ekseninde rehabilitasyon ve sosyal uyum hizmeti vermekte ve bağımlılıktan kurtulan gençlere umre programları düzenleyerek destek vermektedir. Bu kapsamda 2015 yılında 30 genç ve 2018 yılında 31 genç madde bağımlılığından kurtulark umreye gönderilmiştir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2019). 2017 yılı verilerine göre madde bağımlılığı tedavisi için müracaat eden hastaların %48.55'i ilk kez müracaat eden hastalardan olup, %51.45'i daha önce tedavi uygulamalarına katılmış ancak tekrar madde kullanımına yönelmiş hastalardan oluşmaktadır. Buradan yola çıkarak mevcut uygulamalar ile bağımlı hastaların tedavi sonrası rehabilitasyonlarına daha fazla önem verilmesi gerektiği söylenebilir.

Aile Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, 2017 yılında pilot uygulama olarak “Sosyal Uyum Birimleri (SUB)” vasıtasıyla, 18 yaş üzerindeki bağımlılık tedavilerini tamamlayan kişilere ulaşarak, ilgili kurumlar ile iş birliği içerisinde ihtiyaca göre, barınma, eğitim, istihdam, hobi faaliyetleri, ruhsal destek gibi alanlarda danışmanlık ve rehberlik hizmeti vermektedir. Sosyal Uyum Birimleri, 2018 yılı itibariyle 21 ilimizde yaygınlaştırılmıştır. Ayrıca Aile, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde 2016 yılı itibariyle faaliyet gösteren “Aile Sosyal Destek Programı (ASDEP)” geliştirilmiştir. Üç bini aşkın personeli ile sahada ziyaretler gerçekleştiren personel, aile ve aile bireylerinin sosyal yardım ve sosyal hizmetlere olan ihtiyaçlarının tespit edilmesi ve gereken yardım ve hizmetlerin ulaştırılmasını sağlamaya yönelik önleyici faaliyetler gerçekleştirmektedir (Çetinöz, 2019: 32).

3.3.3. Madde ile mücadelede iletişim

2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı'nda özellikle vurgu yapılmış olan iletişim konusu, madde ile mücadeleye ulusal boyutta katkı sağlayan her türlü kurum ve kuruluşların en etkili biçimde koordine olmalarında ve hedef kitlelerin madde ve maddenin zararları hakkında, ayrıca bu tür sorunlara yönelik verilen hizmetlerle ilgili farkındalıklarını artırma bakımından oldukça önem teşkil eden bir konu olarak ele alınmaktadır. Arz ve talebin önlenmesi, tedavi/rehabilitasyon ve sosyal uyum gibi mücadele aşamalarının tamamını kapsayan iletişim ve koordinasyon çalışmalarının bilimsel temelde yapılandırılması ve yürütülmesi amacıyla, 2014/19 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile kurulmuş olan Uyuşturucuyla Mücadele Yüksek Kurulu (UMYK) tarafından “Arz ile Mücadele Bilim Kurulu”, “Talep ile Mücadele Bilim Kurulu” gibi bilim kurullarının yanısıra “İletişim Bilim Kurulu” ile ilgili çalışma usul ve esaslarına dair mevzuat onaylanarak hayata geçirilmiştir. İletişim, halkla ilişkiler, medya, psikoloji gibi alanlarda uzman personelden oluşan bilim kurulu, sürecin profesyonel bir yaklaşımla yönetilmesi, kaynakların doğru bir şekilde yönlendirilmesi ve reel geri bildirimlerin alınması için gerekli çalışmaları yapmaktadır. Bu doğrultuda bilim kurulu faaliyetleri, yerel medya yönetici ve temsilcileri ile periyodik toplantılar yapmak, ALO 191 hattının bilinirliğini artırmak, Yeşilay danışma hattı ile koordinasyonun sağlanması, yüz-yüze eğitim içeriklerinin hazırlanması, klavuz ve broşürlerin basımı ve dağıtımının sağlanması,

hedef grupların farklı parametrelere göre belirlenerek, kitle iletişim araçları, sosyal medya gibi vasıtalarla gruplara özgü yöntemler geliştirilerek (küçük yaş grupları için animasyon, çizgi film gibi) farkındalık ve eğitim yayınlarının oluşturulması, internet ortamında gerekli denetimlerin ve “banner” gibi müdahalelerle zararlı içeriklerin engellenmesi, Yeşilay ve ADDICTA gibi dergilerin yayınlanmasına gerekli desteğin verilmesi, Kültür ve Turizma Bakanlığı’nı desteği ile sinema ve tiyatro alanlarında bağımlılıkla mücadele etmeye yönelik içeriklerin geliştirilmesi, kısa film senaryo yarışması, karikatür yarışması gibi iletişim alanında konuyla ilgili etkinliklerin düzenlenmesi şeklinde sıralanabilir (T.C. Başbakanlık Yüksek Planlama Kurulu, 2017).

Yapılan araştırmalar neticesinde, internete erişim yaşı üçe kadar düşmüş ve Google, Facebook, Reddit, Twitter, Instagram, Tumblr, Pinterest, Vimeo, Skype, Foursquare, Myspace, Snapchat gibi sosyal medya platformlarını, aktif olarak kullanmaya başlama yaşı on üç olarak belirtilmektedir. Youtube kullanıcı profili ise 16-24 yaş aralığı %72, 25-34 yaş aralığı %65, 34-44 yaş aralığı %75, ve 45 yaş üstü %48 olarak tespit edilmiştir. Bununla birlikte RAP müzik dinleyen ergenlerde, okulda davranış sorunları, cinsel anlamda aktif olma, madde ve alkol kullanımı ve yasa dışı suç olaylarına karışma eğilimlerinin daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Türkiye’de ortaokul öğrencilerinin %21.7’sinin Türkçe RAP ve Hip Hop müzik dinlediği bildirilmektedir. Ergenlik sorunları, etnik sorunlar, devlet sistemi ile ilgili sorunlar ve etik sorunlar gibi farklı sorunlara karşı isyan ve düzene baş kaldırma temalarına sıklıkla rastlanılan RAP müzik içerikleri, muhatap olarak, kamu düzenini korumakla görevli unsurları hedef gösteren bir dil kullanmaktadır. Sosyal medya aracılığı ile kolayca erişilebilen bu tarz müzikler, son zamanlarda RAP müzik ile aynı fikir doğrultusunda senaryolar içeren birçok dizi filmlerde de yer aldığı görülmektedir. Psikoaktif madde kullanımını, ticaretini servet sahibi olmanın ve toplum içerisinde nüfuz sahibi olmanın birer aracı olarak doğrudan veya dolaylı olarak empoze eden dizilerin de yer aldığı televizyon yayınlarının seyredilme oranları ise; 15-35 yaş grubu için hafta içi ortalama 4.2 saat ve hafta sonu 4.5 saat olarak tespit edilmiş, ayrıca bu risk grubunun %87 ila %93 oranında yerli dizi izlediği saptanmıştır. Bukapsamda TUBİM ve RTÜK tarafından “Madde ve Madde Kullanım ile Mücadelede Görsel-İşitsel Medyanın Rolü” ve “Yerel Medya Kapasite Geliştirme Projesi” çalışmaları yapılmaktadır (Çetinöz, 2019: 36). Ayrıca, 5727 sayılı “Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanunda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanunu” na istinaden, TRT ile ulusal, bölgesel ve yerel yayın yapan görsel ve işitsel medya kuruluşlarının, ayda en az 90 dakika tütün ürünleri ve sağlığa zararlı diğer alışkanlıklar hakkında, 30 dakikası 17.00 ila 22.00 saatleri arasında olmak kaydı ile 08.00-22.00 saatleri arasında bilgilendirme yayını yapmak zorunda bırakılmışlardır (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2012).

3.3.4. Madde ile mücadele sürecinin koordinasyonu, izlenmesi ve değerlendirilmesi

Birçok ülke psikoaktif madde kullanımı ve bağımlılıkla mücadelede arz ve talep azaltımına ağırlık vermekte, ancak elde ettikleri başarı oranını tespit eden esas faktör, kurumlararası ve uluslararası koordinasyonda ortaya koyabildikleri kabiliyet olarak

kendini göstermektedir. Özellikle iç savaş ve çatışmaların yoğunlukta olduğu, göç olaylarını tetikleyen kaotik ortamların hakim olduğu bölgelerde konumlanan ülkeler için, mücadele daha da zorlaşmakta ve koordinasyonun tesis edilmesi, sürecin izlenmesi ve değerlendirilmesi ayrıca önem teşkil etmektedir. Türkiye, gerek coğrafi konumu ve gerekse demografik yapısı ile, özellikle ortadoğudaki çatışma ve göç dalgalarından azami ölçüde etkilenmektedir. Terör örgütlerinin birinci derecede finans kaynağı olarak gördükleri ve gerek doğrudan gerekse ilgili suç örgütleri ile iş birliği içerisinde yürüttükleri yasadışı psikoaktif madde ticaretine karşı ülkemiz, dinamik mücadele politikaları üretmektedir.

Bu noktada Türkiye Cumhuriyeti, yasadışı madde ticaretinde en önemli hususun, uluslararası ve kurumlar başta olmak üzere paydaşlararası koordinasyon olduğu bilincine ulaşmış olmakla beraber, bilimsel olarak yapılan tespit ve çalışmalar ışığında, siyasi karar mekanizmaları, çalışma kululları, güvenlik güçleri, madde kullanıcıları, aile ve sosyal çevreleri, ilgili tüm kurum ve kuruluşlar, sivil toplum örgütlerini ulusal düzeyde koordine ettiği gibi, uluslararası iş birliğinin gerekleri doğrultusunda tasarım ve modeller gerçekleştirmeye çalışmaktadır. 2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı'nda koordinasyon sürecinin izlenmesi ve değerlendirilmesine yönelik sekiz adet gösterge ve hedef belirlenmiştir. Kurullarda alınan kararların hayata geçirilme oranı, planlanmış faaliyetlerin zaman takvimine uygun olarak tamamlanıp tamamlanmadığı, ilgili kurulların toplantı sayıları, bölge değerlendirme toplantı sayıları, kurullar tarafından onaylanan projelerin hedeflerine ulaşma oranları, ortak proje yürüten üniversite sayısının tüm üniversiteler sayısına oranı, ortak proje yürüten belediyelerin tüm belediyeler sayısına oranı ve il eylem planlarının hedeflerine ulaşma oranları tespit edilerek veriye dayalı geliştirmeler planlanmaktadır (T.C. Başbakanlık Yüksek Planlama Kurulu, 2017).

Devlet teşkilatı olarak en üst düzeyde Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK) ile oluşturulan koordinasyon yönetimi ile yerelde vali ve kaymakamlar yönetiminde “Bağımlılıkla Mücadele İl Koordinasyon Kurulları” (BMİKK) vasıtasıyla merkezi bir yönetim ağırlıklı olarak benimsenmiştir. Bununla birlikte yerel yönetimler, belediyeler ve STK kuruluşları gibi diğer paydaşların katkılarını daha etkin kılabilmek, çalışmalarını takip edebilmek ve gerekli desteğin sağlanması için yapılan düzenlemelerde, tüm projelerin, BMYK, BMK, BMTK, Arzla Mücadele Bilim Komisyonu, Taleple Mücadele Bilim Komisyonu ve İletişim Bilim Komisyonu olmak üzere bu kurul ve komisyonların her hangi birinden onay alınması ön şartı bulunmaktadır. Yapılan çalışmalar online olarak raporlanmakta ve ilgili sisteme veri girişi yapılmakta, ayrıca görülen iyi uygulama örnekleri, ilgili kurul üyesi veya toplantıya davet edilen ilgili ilin mülki amiri tarafından sunulmaktadır. En küçük yerleşim birimlerine kadar madde kullanımı ile ilgili sahada görev yapan kurumlarca hazırlanan risk haritaları oluşturularak güncel olarak takip edilmektedir. Mücadele çalışmalarının sonuçlarını ölçmeye yönelik olarak yapılan faaliyetler; 15 yaş üzeri genel nüfusun alkol ve madde kullanımı konusunda tutum ve davranış araştırmaları, ESPAD kapsamında 14-19 yaş arası öğrencilerin bağımlılık oranları araştırmaları, üniversite gençliği profil araştırmaları, yeni-yeni bilimsel bir metod

olarak dünyada önem verilen atık sularındaki madde miktarlarının tespiti araştırmaları, kolluk, sağlık teşkilatları, cezaevleri, denetimli serbestlik büroları, askeri birliklerdeki Rehabilitasyon Danışma Merkezleri (RDM) gibi birimlerden madde kullanıcı profil ve karakteristiklerinin belirlenmesine yönelik araştırmalar, STK, platform, federasyon gibi kuruluşlara yönelik eğitimlerin verilmesi, danışmanlık, tedavi, rehabilitasyon ve sosyal uyum merkezlerinin açılması yönünde kurumlara müracaat edilmesi halinde gerekli yer tahsisinin devlet tarafından hızlı bir şekilde yapılması, STK'lara gerekli mali desteklerin yapılması, madde ile mücadelede derneklerin kurulması ve teşvik edilmesi gibi faaliyetler gerçekleştirilmektedir (T.C. Başbakanlık Yüksek Planlama Kurulu, 2017).

3.4. Türk sivil toplum kuruluşlarının mücadeleye katılımı

“Sivil toplum” kavramı genel olarak bir ülkede kamusal alan ile özel alan arasında kalan, gönüllük esasına göre siyaset ve kamu bürokrasisi dışında sivil katılımcıların oluşturduğu serbest örgütlenmeler ve etkinlikler olarak ifade edilmektedir. Sivil toplum örgütleri, belli toplumsal sorunlara çözüm getirmek üzere faaliyetlerde bulundukları gibi, tabiat itibarıyla bir ülkenin demokratikleşmesine ve sürdürülebilir kalkınmasına da önemli etkileri bulunan sektörü teşkil etmektedirler (Keyman, 2006). Kamu kurum ve kuruluşları ile kar amacı güden özel sektörden sonra, gönüllü katılımcılar tarafından oluşturulan ve kar amacı gütmeyen sivil toplum örgütleri, “Üçüncü Sektör” veya “Kar Amacı Gütmeyen Örgütler” şeklinde adlandırılmaktadırlar (Kaypak, 2012).

Tarihsel süreç içerisinde sivil toplum örgütleri, vakıflar, dernekler, meslek odaları, kooperatifler ve sendikalar gibi kuruluşlar aracılığı ile kendini göstermiş ve devletlerin demokrasi anlayışları ile doğru orantılı güçte, yerel, bölgesel ve ulusal seviyede toplumsal sorunlarla ilgilenmişlerdir. Küreselleşmenin başlamasıyla birlikte farklı milletlerin ortak sorunlarını hedefleyen, dünyada adaleti, refahı ve demokrasiyi egemen kılmaya çalışan, yapısal olarak çok uluslu uluslararası örgütler şeklinde veya faaliyetleri ulusötesi seviyede, ulusal STK'lar kurulmuş ve toplumsal sorunların çözümünde ihtiyaç duyulan, devletler üzerinde yaptırım gücüne haiz ve kamusal müzakerelerde yer alan, insani değerlerin teminatı vasfında, zaruri aktörler haline gelmişlerdir (Keyman, 2006).

Özellikle 2000'li yıllar itibarıyla Türkiye'de yaşanan önemli değişim ve dönüşüm sürecinde, sivil toplum kuruluşlarının, devlet-toplum-birey arasındaki çok boyutlu ilişkilerin düzenlenmesindeki etkisinin giderek arttığı görülmektedir. 2000'li yılların başlarında ağır travmalarla yaşanan ekonomik, siyasi ve toplumsal krizlerin akabinde, siyasi istikrarı tesis eden ve hemen Avrupa Birliği ilişkilerinde tam üyelik olasılığını müzakerelerle artıran ve Kopenhag siyasi kriterlerine uyum sağlamada başarı gösteren Türkiye, insan hakları, bireysel ve kültürel hak ve özgürlükler alanında önemli değişimleri yaşamaya başlamıştır. Söz konusu uluslararası ilişkiler kapsamında, Türkiye'de sivil toplumun etkinliği demokratikleşmenin bir ölçüsü olarak görüldüğünden, yoğun bir şekilde güçlendirilmeye çalışılmakta ve önemli gelişmeler kaydedilmektedir.

Son dönemlerde akademik ve kamusal söylemlerde de yer aldığı üzere, Türkiye'de toplumsal sorumluluk, toplumsal istikrar, toplumsal güven, toplumsal dayanışma ve toplumsal sorunlar gibi giderek karmaşık hal alan problemlerde, sivil toplum örgütlerinin,

etkili, sürdürülebilir ve kalıcı çözüm üretmesindeki önemi vurgulanmaktadır (Keyman, 2006). Bununla birlikte ülkemizde faaliyet gösteren çok sayıda STK'ların demokratikleşmede ve toplumsal refahın sağlanmasında veya sorunların çözümlenmesinde, nitelik itibariyle yapılarını geliştiremediklerinden, sayıları artmakla beraber beklenen etkiyi gösteremedikleri yönünde bazı kaynaklarda eleştiriler mevcuttur. Psikoaktif madde kullanımı ve bağımlılıkla mücadelede ise STK'ların, güçlü ve etkin bir sivil toplum kuruluşu olarak faaliyet gösteren Yeşilay'a rağmen etkilerini artıramadıkları ve çalışmalarını Yeşilay'a bağımlı olarak yürütebildikleri yönünde eleştiriler mevcuttur.

Psikoaktif madde kullanımı ve bağımlılıkla mücadelede Yeşilay Cemiyeti en etkili kuruluş olarak kendini göstermektedir. 05 Mart 1920 tarihinde işgal güçlerinin alkol ve madde kullanımını yaygınlaştırma eğilimlerine karşı koyabilmek, kültürel ve dini değerler ile sağlık üzerindeki yıkıcı etkileri ile mücadele etmek üzere dönemin Şeyhülislam'ı İbrahim Haydarizade himayesinde, Dr. Mazhar Osman Uzman ve arkadaşları tarafından "Hilal-i Ahdar" ismiyle kurulan cemiyet, daha sonra "Yeşil Hilal" ve "Yeşilay" olarak isim değiştirmiştir. Cumhuriyet'in ilk dönemlerinde ise kamuya yararlı dernek statüsü verilmiştir. Günümüzde ulusaşan geniş çalışma alanına sahip bulunan Yeşilay, dünyada alkol, madde, tütün, kumar ve teknoloji bağımlılıkları olmak üzere beş bağımlılık ile mücadele eden tek sivil toplum örgütü olma özelliğine sahiptir. Çalışmaları ile uluslararası alanda Türkiye'nin rol model olarak görülmesini başaran Yeşilay cemiyetinin, 6 farklı dilde eğitim modülü hizmet vermekte olduğu ve yılda 10 milyon çocuk ile 2 milyon yetişkine ulaşabildikleri bildirilmektedir. Yeşilay, Birleşmiş Milletler Ekonomik Sosyal Konsey (ECOSOC) (*The Economic and Social Council*) Özel Danışmanlık Statüsü ve Avrupa Kalite Yönetimi Vakfı (EFQM) (*European Foundation for Quality Management*) "Mükemmelliyyette 5 Yıldızlı Yetkinlik" belgesi bulunan tek sivil toplum kuruluşumuzdur (T.C. Yeşilay Cemiyeti, 2020).

Merkezi yönetim üst düzey karar mekanizması olan Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK)'nda yer alan tek sivil toplum kuruluşu olarak Yeşilay'ın, psikoaktif madde kullanımı ve bağımlılıkla mücadelenin hemen her safhasında ilgili resmi veya sivil tüm paydaşlar ile işbirliği içerisinde önemli hizmetleri bulunmaktadır. Bunlardan bazıları şu şekilde sıralanabilir: **Yeşilay Yaşam Becerileri Eğitim Programı (YYBE):** Okul temelli koruyucu ve güçlendirici bir eğitim programı olarak Milli Eğitim Bakanlığı ile koordineli yürütülmektedir. Çocuk ve ergenlerin problem çözme, stresle başa çıkabilme, merak, özent, kendini ispat etme gibi dürtülerini kontrol altına alma konusunda ve zararlı alışkanlıklara "hayır" deme becerisini geliştirme konusunda kişisel kapasite gelişimine yönelik eğitim faaliyetlerini içermektedir. **Benim Kulübüm Yeşilay Projesi:** Milli Eğitim Müdürlükleri ile koordineli olarak ortaokul öğrencilerini hedefleyen proje kapsamında, okullarda kurulan Yeşilay Kulüplerine öğrencilerin katılımları teşvik edilmekte ve grup faaliyetleri çerçevesinde madde zararlarına dikkat çeken afiş tasarımları, resim, karikatür çizimleri, ayrıca yapbozlar ile çalışmalar şeklinde ekip faaliyetlerini içermektedir. Son verilere göre 30 bin öğrenciye ulaşan proje 80 genç gönüllü katılımı ile başlamış ve günümüzde 51 ilde 79 şubesi ve 1874 gönüllü çalışanı ile yürütülmektedir (T.C. Yeşilay Cemiyeti, 2019). Yukarıda "Maddeye Olan Talebin Önlenmesi" başlığı altında

açıkladığımız, gençlerin sıkça muhatap oldukları esnaf ve iş yeri sahibi ve çalışanlarının katılımını öngören **Sağlık Elçisi Projesi**, ayrıca Genç Yeşilay Topluluğu programları ile kamp aktiviteleri düzenleyerek, bağımlılıkla mücadele konusunda eğitim alan gençlerin akranlarını olumlu yönde etkilemelerini amaçlayan **Akran Eğitimi Projesi**.

Yeşilay'ın en önemli projelerinden birisi olan **Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM)**: Türkiye'ye özgü bir model olması amaçlanarak Ekim 2016 itibarıyla bağımlı kişilere rehabilitasyon hizmeti vermek üzere faaliyete giren YEDAM, Yeşilay Bilim Kurulu'nun idaresi altında ve tedavi ekibi işbirliği içerisinde mahremiyeti gözeterek psikososyal müdahale hizmetleri vermektedir. 12 yaş ve üzerindeki kişilere, "444 79 75" numaralı danışma hattı vasıtasıyla kendileri ve çevrelerindeki kişiler için bağımlılık ve mücadele şekilleri konusunda danışma ve destek hizmetleri verildiği gibi, randevulu olarak Türkiye'nin 41 ilinde ve Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde faaliyet gösteren YEDAM Danışmanlık Merkezleri'ne de fiilen müracaat kabul edilmektedir. İnternet ortamında ise www.yedam.org.tr adresinden gerekli bilgilendirmeler bulunmakta ve tercihe göre bağımlılığın ve şiddetinin tespitine yönelik, hastaların kendilerini değerlendirebileceği bazı online testler mevcuttur. Ücretsiz olarak verilen ayaktan danışmanlık hizmeti kapsamında YEDAM, müracaat eden kişilerin bağımlılık seviyelerinin saptanması, maddeyi terk edenlerin kullanımının tekrar nüks etmesinin (relapse) önlenmesi veya yoksunluğun aşılması yöntemleri, eşlik eden öfke kontrolünü kaybetme, anksiyete gibi ruhsal bozuklukların düzelmesi için psikolojik destek verilmesi ve ailelere tutum ve davranışları konusunda yönlendirmelerin yapılması gibi hizmetler vermekte ve süreci ilgililerin evlerini ziyaret ederek takip etmektedir. Müracaat eden kişilerin sağlık güvenceleri, işsizlik gibi sorunları ile ilgili olarak, diğer birçok kurumla iş birliği içerisinde çalışan YEDAM Danışmanlık Merkezleri, YEDAM Atölye programları vasıtasıyla da, hastaların çevrelerinin değiştirilmesi, meslek edinmeleri veya boş zamanlarını değerlendirmeleri gibi amaçlarla uzun ve kısa süreli atölye aktivitelerini uygulamakta, bu sayede kalıcı iyileşme ve sosyal uyum hedeflenmektedir (T.C. Yeşilay Cemiyeti, 2020; Çetinöz, 2019: 34).

Yeşilay'ın eğitim ve sağlık sektöründe madde kullanımının önlenmesi, tedavi ve rehabilitasyonu yanı sıra, madde kullanımını kolaylaştıran veya uygun zemin teşkil eden faktörlerin azaltılmasına yönelik çevresel önleme stratejileri konusunda da önemli işlevleri bulunmaktadır. Bunları da sıralamak gerekirse: **İş Yaşamını İyileştirme Programı (İYİ)**: İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü, İstanbul Ticaret Odası (İTO) ve Kalite Derneği (KALDER) iş birliği içerisinde ve İstanbul Kalkınma Ajansı (İSTKA) desteği ile hayata geçirilen proje şu anda İstanbul başta olmak üzere, Ankara, İzmir ve Konya'da uygulanmaktadır. İlgili iş yerlerinin insan kaynaklarına bağımlılıkla mücadele konusunda gerekli eğitimlerin verilmesi ve Yeşilay tarafından sürecin takip edilmesi ile puanlama yapılması ve sertifikalandırma şeklinde uygulanan proje, iş güvenliği yanı sıra, çalışanın fiziki ve ruhsal sağlığının korunmasını, verimliliğin ve motivasyonun artırılmasını amaçlamaktadır. **TRT Etkinlikleri**: TRT radyo ve televizyon kanallarında, psikoaktif madde kullanımı ve bağımlılığın olumsuz etkilerini kişi ve toplum sağlığı açısından kamuoyuna sunan yayınlar gerçekleştirilmektedir. Basın Yayın Enformasyon

Genel Müdürlüğü ile birlikte yapılan çalışmalar neticesinde, **Yerel Medya Kapasite Projesi** kapsamında yerel medya mensuplarına eğitimler verilmektedir. Psikoaktif madde bağımlılığı ile mücadelede verilen danışmanlık hizmetlerinin en etkili şekilde yerine getirilmesi amacıyla Yeşilay, Mesleki Yeterlilik Kurumu (MYK) ile imzaladığı protokol kapsamında, madde bağımlılığı ile mücadele danışmanlığını belli yeterliliklere ve standartlara bağlamış ve 10 Mart 2017 tarih ve 30003 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete’de yayınlanması ile yürürlüğe girmesini sağlamıştır. Son olarak, yine İSTKA tarafından desteklenerek İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü ile iş birliği içerisinde hayata geçirilen **Atık Sulardan Uyuşturucu ve Diğer Psikoaktif Maddelerin İzlenmesi Projesi** kapsamında, Enstitü bünyesinde kurulan Atık Suda Uyuşturucu Madde Analiz Laboratuvarı vasıtasıyla, dünyada bilimsel bir yöntem olarak henüz yaygınlaşmaya başlayan atık su tahlil ve analizleri yapılmaktadır. Madde kullanım oranlarını bölgesel olarak takip etme olanağı sunan bilimsel yöntem, başkaca çalışma alanlarına da zemin oluşturmaktadır (etinz, 2019: 36).



SONUÇ ve ÖNERİLER

Çalışma konumuzu oluşturan çocuk, genç, sosyal politika ve psikoaktif maddeler gibi temel argümanları tarihsel süreç içerisinde ayrı-ayrı incelediğimizde, her birinin halen devam eden sürekli bir değişim ve etkileşim içerisinde bulunduklarını söylemek mümkündür. Günümüz dünyasında psikoaktif maddeler, bir çok tehdit ve mağduriyetle zaten karşı karşıya bulunan özellikle çocuk ve gençleri zehirleyerek, toplumların gelecek kaygılarını artırmaktadır. Ülkelerin ekonomik, sağlık, güvenlik, ahlaki, kültürel ve sosyal yapılarını önemli ölçüde yıpratma potansiyeli bulunan yasadışı psikoaktif maddeler ise, ticareti ile uğraşan suç örgütleri ve son dönemlerde daha yoğun bir şekilde terör örgütleri için kolay finans kaynağı olarak görülmekle beraber, hedef ülkelere karşı kullanılan adeta birer kimyasal silah niteliğindedir.

Küreselleşme ile birlikte psikoaktif maddelerle mücadele konusunda, daha önceleri ulusal seviyede maddenin arzı ile mücadele eden kolluk birimlerinin, uluslararası seviyede iş birliği yapmaları kaçınılmaz olmuştur. İlerleyen zaman içerisinde, tedavisine ağırlık verilmesi gereken bir beyin hastalığı olarak sağlık sorunu ve bu hastalıktan özellikle gençleri korumak üzere önleyici eğitimlerin, tedavi ve rehabilitasyonların önem kazandığı küresel bir mücadele ortaya çıkmıştır.

Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (UNODC)'nin 2019 yılında yayınlanan 2017 yılına ait verilerin yer aldığı raporuna göre, dünyada 271 milyon kişinin yani dünya nüfusunun yaklaşık %5.5'inin madde kullandığı bildirilmiş olup, sosyal politikaların en etkili biçimde tasarlanması, paydaşlararası gerekli ulusal ve uluslararası koordinasyonun tesis edilmesi, uygulanması ve bulguların reel geri dönüşlerinin temin edilmesi önem kazanmaktadır. Bu noktada potansiyel risk unsurlarının, eğilimlerin ve madde ticaret güzergahlarının farklı parametrelere göre tespit edilmesine yönelik standart veri şablonları kullanılmakta ve devletlere yeknesak tavsiyeler yayınlanmaktadır. Ulusal seviyede ise, her ülkenin kendine özgü coğrafi konumları, yönetim biçimleri, ekonomik ve toplumsal yapıları gibi özelliklerine bağlı olarak, farklı nitelik ve nicelikte psikoaktif madde risklerine maruz kaldıkları bilinmektedir. Buna göre her devletin kendine özgü mücadele politikalarını hayata geçirmeleri gerekmektedir.

Çalışmamızda yer verdiğimiz İzlanda modelinde, küçük bir ada ülkesi olmanın ve homojen bir nüfus yapısına sahip olmanın avantajını da kullanarak hayata geçirilen önleme modeli, ülkenin kendisine özgü risk faktörü olan özellikle alkol kullanımı tehdidinin, kendi kültür ve toplumsal dinamiklerini doğru şekilde harekete geçirerek, tehdidin neredeyse tamamen bertaraf edildiği ve gençliğin sağlıklı yaşama yönlendirilerek ülkenin her bakımdan kazanım elde ettiği görülmektedir.

Yapılan araştırmalar incelendiğinde, son dönemler için İzlanda hariç olmak üzere, dünyada psikoaktif maddelerin kullanım oranları Türkiye de dahil olmak üzere hemen tüm ülkelerde, mücadelelere rağmen artış eğilimi göstermektedir. Bazı araştırmalarda dünyadaki nüfus artışı, göç olayları gibi nüfus hareketleri, terör örgütleri ve yeni psikoaktif maddelerin piyasalara girişi, iletişim teknolojisi ve küreselleşmenin kaçınılmaz olumsuz etkileri bir seviyeye kadar mazeret olarak gösterilse de, artış gösteren tehdit ile

doğru orantılı bir şekilde mücadele politikalarının geliştirilemediğini kabul etmek gerekmektedir.

Bir Avrasya ülkesi olarak Türkiye'nin diğer Avrupa ülkelerine ve A.B.D.'ne nazaran madde kullanım oranlarının daha düşük seviyelerde bulunduğu istatistiklerde görülmektedir. Böyle olmasının altında yatan sebepler olarak, Türkiye'nin diğer Avrupa ülkeleri kadar hedef konumda bulunmadığı, yasadışı madde ticaretinde daha ziyade transit ülke konumunda olduğu ve küreselleşmenin yıkıcı etkilerine rağmen binlerce yıllık aile yapısı ve kültürel özelliklerinin kısmen devam ediyor olması ve inanç faktörü gösterilebilir. Buna rağmen inanç ve dış siyaset düzleminde diğer Avrupa ülkelerinden farklı olarak ülkemizde, bazı terör örgütleri ve dış mihraklar tarafından özellikle psikoaktif madde kullanımının yaygınlaştırılmaya çalışıldığı düşüncesini destekleyecek birçok neden mevcuttur.

Bu sebeple Türkiye'de yasadışı madde ticareti, kullanımı ve bağımlılıkla mücadelede ağırlıklı olarak arz azaltımı konusunda gayret sarf eden kolluk kuvvetleri, etkinliğini ve takdire şayan kabiliyetini devamlı olarak artırma çabası içerisinde. Mücadelenin ulusal ve uluslararası seviyedeki diğer tüm safhalarında da öncü rol üstlenmekte ve ulusal mücadelede TUBİM aracılığıyla sahada neredeyse tüm faaliyetlerin koordinasyonu Emniyet Genel Müdürlüğü'nde toplanmaktadır. Medyaya yansıtılan ulusal seviyede ve uluslararası operasyonlarda ele geçirilen madde yakalama miktarları, operasyon sayıları ve adli işlem gören şüpheli sayıları mücadelede başarının bir safhası olarak değil de, kendisiymiş gibi algılanmakta ve gerçeklerden önemli ölçüde uzak bir algı ortaya çıkmaktadır. Neticede mücadelede popülerlik kazanan özellikle Emniyet ve Jandarma kuvvetleri, aile, okul ve toplum temelli önleme faaliyetlerinde de görevlendirilerek, kamu spotlarında, alış-veriş merkezleri gibi kamusal alanlarda ve meydanlarda toplumu bilgilendirmek, eğitim-öğretim kurumlarında öğrencileri, öğretmenleri ve aileleri bilgilendirmek amacıyla, gerek Toplum Destekli Polis birimleri ile, gerekse Narko-TIR, Narko-Timler ve Narko-Dedektör Köpekleri gibi görev unsurlarını da sıklıkla kullanarak, Polis-Halk İlişkileri kapsamında farkındalık yaratmaya çalışmaktadır. TUBİM tarafından halk eğitim merkezleri gibi salonlarda hatta üniversitelerde bilgilendirme toplantıları ve seminerler düzenlenmekte, birçok afiş ve posterler basılmaktadır. Bu etkinlikler medyaya yansıdığına konunun vehametinden ziyade, polisin reklamı esas teşkil etmekte, asıl mesaj gerektiği gibi amacına hizmet edememektedir.

İl emniyet müdürlükleri arz ile mücadelede toplum desteğini kazanmak için farklı iletişim platformlarında ihbar destek hatları oluşturmakta ve arz ile mücadelede "sokak suçları" seviyesinde ihbara dayalı görev talebi azami seviyeye çıkarılmakta, ilgili ekipler oldukça yoğun mesailer harcamaktadırlar. Arz ile mücadelenin yoğunluğu yanı sıra, talep azaltımı, iletişim ve koordinasyon yöntemlerine de aktif olarak sevk edilen Emniyet Genel Müdürlüğü, kolluk gücü olması hasebiyle, ulusal mücadelede doğal olarak yapısı ve niteliği itibarıyla yeterliliği sağlayamamaktadır.

2000'li yılların başlamasıyla, AB uyum süreci ile küresel alana daha etkin bir biçimde yayılan madde ile mücadele politikalarımız ve uluslararası iş birliği faaliyetlerinde, dönemin şartları itibarıyla her ne kadar Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu öncülüğünde

bir girişimde bulunulmuşsa da, söz konusu kurumdan vaz geçilerek önce TADOC, sonrasında TUBİM göreve sevk edilmiştir.

Ülkemizde çözüm sürecinin bitmesiyle birlikte, terörle topyekün mücadelede gösterilen başarılar, finans arayışına giren terör gruplarının Narko-terör kavramının oluşumuna sebep olmuştur. Bunun üzerine, 2014 yılı itibariyle acil eylem planları ve ulusal stratejilerin daha etkin, bilimsel verilere dayalı bütüncül bir yaklaşımla koordine edilmesi ve uygulamada ve denetimlerde aksaklıkların yaşanmaması için, yeni yönetim sistemimizde Cumhurbaşkanlığı seviyesinde Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu tarafından, alt kurullar, bilimsel ve teknik kurullar ve ilgili komisyon çalışmaları aracılığı ile bizzat koordine edilmeye ve takip edilmeye başlanmıştır. Sahadaki işleyişe bakıldığında ise, ilgili bakanlıkların, STK'ların, ki Yeşilay'ın dominant etkisinden çalışmamızda bahsedilmiştir ve yerel yönetim gibi paydaşların iş birliği içerisinde yapılan mücadele etkinlikleri, ilgili uluslararası kuruluşlara veri sağlamak üzere TUBİM'de toplanmakta ve koordine edilmektedir. Mevcut mücadele yapısındaki sorunlar, çalışmamızın üçüncü bölümünü teşkil eden mücadele safhalarına göre şu şekilde değerlendirilebilir:

Arz ile mücadele, eczanelerden veya sentetik madde içeren ürünlerin satıldığı iş yerlerinden satın alınan yasal psikoaktif maddelerin kötüye kullanımı gibi, adli suç teşkil etmeyen yönü ile, daha çok sağlık ve eğitim kurumlarını ilgilendirmektedir. Ülkemizde elektronik reçete sistemine geçiş, bazı ilaçların reçetesiz satılmasının yasaklanması, boya ve kırtasiye malzemesi olarak uçucu maddelerin satışında farkındalığın oluşturularak bilinçli satışı teşvik edilmesi gibi arz azaltımı faaliyetleri, bu alanda önemli ölçüde etkili olmuştur.

Esas yekünü oluşturan yasadışı psikoaktif maddenin arzı konusu ise, tamamen güvenlik güçlerinin faaliyetleri ile, dolayısıyla adli ve idari mevzuatlar, çalışma yönetmelikleri, güvenlik kuvvetlerinin iş birliği ve koordinasyonları ile doğrudan ilgilidir. Bu noktada Türkiye, emniyet, jandarma, gümrük muhafaza, sahil güvenlik gibi kolluk güçleri ile verdiği ulusal mücadelelerde ve Interpol, Europol gibi uluslararası kuruluşlar ile koordineli olarak yürüttüğü çalışmalarda Avrupa'da en fazla yasadışı madde yakalamalarını yapan ülke olarak göze çarpmaktadır. Bununla birlikte, bazı dönemlerde Emniyet Genel Müdürlüğü Teftiş Kurulu Başkanlığı tarafından, yerel düzeyde yapılan yakalamaların, ülke içerisinde üretilen toplam yasadışı madde miktarının %10'unu bile teşkil etmediği ve ele geçirilen yasadışı maddelerin imha prosedüründen kaynaklanan sorunların dile getirildiği rapor içerikleri ulusal medyaya yansımıştır (Aljazeera Turk, 2014; Hürriyet, 2015).

2014 yılı itibariyle madde ile mücadele kavramının, terör örgütlerine karşı verilen adeta bir savaş olarak, milli güvenlik kapsamında yoğunlaştırılması sonucu, esrar yakalamaları 2015 yılında 53.682 kg., 2016 yılında 146.954 kg. ve 2017 yılında 175.808 kg. olarak üç yıl içerisinde üç kat artış göstermiş, eroin yakalamaları ise 2015 yılında 8.294 kg., 2016 yılında 5.585 kg. ve 2017 yılında 17.752 kg. olarak iki kat artış göstermiştir, kokain yakalamalarında 2015 yılında 556 kg., 2016 yılında 845 kg. ve 2017 yılında 1.485 kg. olmak üzere ve diğer yasadışı psikoaktif madde yakalamaları da yaklaşık olarak ikişer kat

artış göstermiştir (Emniyet Genel Müdürlüğü, 2018). Son yıllarda arka arkaya rekor yakalamalar olarak medyada yer alan güvenlik güçlerinin arz ile mücadeledeki faaliyetleri, madde kullanım ve bağımlılık oranlarında beklenen düşüşü göstermemekte ve yakalamalardaki artışın yasadışı ticaretteki artışa bağlı olarak gerçekleştiği düşünülmektedir. Arz ile mücadelenin detayında görülen sorunlar ve çözüm önerileri şu şekilde sıralanabilir:

- Merkez teşkilatı tarafından önem verilen ve ulusal mücadelede başarının bir göstergesi olarak sunulan istatistiklere girilmek üzere, taşra teşkilatlarından düzenli olarak talep edilen operasyonel çalışma sayıları, kontrol edilen araç ve kişi sayıları, adli işlem yapılan şüpheli sayıları, madde yakalama miktarları gibi teknik veriler, sahada görev yapan, özellikle yasadışı madde ticaretinin bilinen güzergahları üzerinde bulunan illerde çalışan görevliler üzerinde baskı unsuru oluşturmaktadır. Bu baskı karşısında, istihbarat faaliyetlerine ve subuti delillere dayalı reel mücadele yerine, istatistikleri doldurmaya ve medyaya yönelik olarak, mahalle operasyonları, bilinen kullanıcı ve bağımlıları hedefleyen mükerrer şahıs, ev ve iş yeri aramalarına yönelinmesi mümkün olabilir. Yol kontrol noktalarında ise, yetki sınırını aşan uygulamalara sebep olunabileceği düşünülmelidir.

- Kolluk gücünün üzerindeki baskının hafifletilmesi için bazı iyileştirmelerin yapılması değerlendirilmektedir. İhbar ve teknik takibe dayalı olarak kesine yakın çalışmalar haricinde, şehir giriş ve çıkışlarında müstakil olarak tesis edilen arama noktaları için, ilgili mahkemelerce belli süreleri kapsayacak şekilde (genelde ikişer haftalık) düzenli “Önleme Araması Kararları” çıkarılmaktadır. Bahse konu kararlar kolluk kuvvetlerine sadece durdurma, kimlik sorma, üst yoklaması olarak tabir edilen yüzeysel bir kontrol ve araçların dışarıdan görünür yerlerinde gözle kontrol etme yetkisi vermektedir. Halbuki analiz çalışmalarına dayalı olarak yapılan narkotik aramaları, “zula” olarak tabir edilen, yasadışı psikoaktif maddenin araçların doğal boşluklarına veya özel olarak oluşturulan ve normal görünüm verilen iç aksamlarına saklanmış maddeyi yakalamaya yönelik, uzmanlık eğitimi gerektiren bir arama metodudur. Bu tür bir aramanın yapılabilmesi için Cumhuriyet Savcılıkları’ndan “gecikmesinde sakınca bulunan hal kapsamında” daha sonra ilgili mahkeme tarafından 24 saat içerisinde onanmak üzere ayrıca arama kararının alınması gerekmekte, ama öncelikle cumhuriyet savcısının polisin subuti olmayan ama gerek analiz çalışmalarına, gerekse tecrübesine dayanarak muhatap olduğu kişinin mülakatı, hal ve hareketlerinden var ettiği şüphe konusunda ikna edilmesi şartını koşmaktadır. Araç uluslararası nakliye aracı ise, gümrük çıkışında vurulan mührün açılıp, arama işleminden sonra tekrar mühürlenmesi için gümrük muhafaza personelinin arama noktasına intikalini gerektiren ayrıca bir prosedür eklenmektedir.

Prosedürün ağırlığı ve harcanan zaman göz önüne alındığında, teorik olarak hazırlanan bahse konu uygulama biçiminin, pratikte uygulanabilirliğinin kısıtlı olabileceği, bir mesai zamanı içerisinde durdurulan ve şüphelenilen her araç için sık aralıklarla cumhuriyet savcısını aramak ve ilgili arama kararı için vatandaş bekletmek yerine, sahadaki görevlinin yetki aşımına veya görevi savsaklamaya yönelebileceği düşünülmelidir.

Bu noktada branşlı uzman personelin gerekli şahıs ve araç aramalarına anında karar vermesi konusunda inisiyatif ve donanım sahibi olması ve gerekli taktir yetkisinin hukuken verilerek güçlendirilmesinin yakalamaları artıracığı ve daha caydırıcı olacağı değerlendirilmektedir.

- Yasadışı psikoaktif madde ile mücadele eden kurumlar arasında, hatta kurum içerisindeki birimler arasında yukarıda bahsettiğimiz baskı sebebiyle ve yakalanan madde miktarının saflık oranına göre tespit edilen fiyatı üzerinden, yakalamada görev alan kolluk personeline belli oranlarda ikramiye dağıtılması bir rekabet ortamını oluşturmaktadır. Yakalamaların artmasında itici bir faktör olarak görülse de, koordinasyon ve işbirliğinin sağlanmasında bir engel teşkil edebileceği değerlendirilmelidir.

Narkotik suçlarla mücadelenin, görevliler açısından ikramiye gibi cazip bir yönünün bulunması da aynı şekilde, kurum içerisinde liyakata dayalı görevlendirmeleri riske edecektir. Yakın dönemde Emniyet Teşkilatı'nın "maaş taltifleri" konusunda adli ve idari muhakemelere muhatap olduğunu unutmamak gerekir. Bu sebeple branşlı uzman narkotik personelinin tayin dönemlerindeki atamaları her ne kadar merkez teşkilatı tarafından yapılsa da, personelin atandıkları illerde hangi birimde çalıştırılacağı ve narkotik birimlerine dışarıdan personel görevlendirilmesi inisiyatifinin il emniyet müdürlüklerinden alınması, ilgili personelin görevde daha cesur, etkin ve kararlı davranmamasını sağlayacaktır. İkramiye hak edişlerinin nakotik birimleri tarafından düzenlenmesi ve merkeze iletilmesi, yakalama tutanaklarında imzaları bulunsa bile, emeği geçen genel hizmet kolluk görevlilerinin ikramiyeden faydalanmalarını engelleyebileceği gibi, konuyla alakalı olmayan personelin ikramiye almasını sağlayacak nitelikte olduğundan tüm teşkilat personelini teşvik edici bir ikramiye sisteminin ve denetimin tesis edilmesi gerektiği düşünülmektedir.

Talep azaltım yöntemi olarak tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları ise, ülkemizde üniversite bünyesindeki Tıp Fakülteleri, Sağlık Bakanlığı'na bağlı devlet hastanelerimiz ve Sağlık Bakanlığı hastaneleri ile irtibatlı üniversite hastaneleri ve bazı özel hastaneler tarafından, ayaktan ve yatarak tedavi şeklinde verilmektedir. Sadece alkol ve madde bağımlılığı tedavisi ve rehabilitasyonları için 1983 yılı itibariyle kamu hastaneleri bünyesinde kurulan AMATEM'lerin, Ruh ve Sinir Hastalıkları kapsamında faaliyet gösteriyor olmaları, özellikle devlet memuru veya öğrenci olan madde kullanıcısı ve bağımlı kişilerin, idari yaptırım veya sicile işlenmesi endişesi ile müracaat etmekten imtina etmelerine sebep olmaktadır. Kamu ile bağlantısı bulunmayan kullanıcı ve bağımlılar da aynı şekilde, polise kayıtlarının düşeceği düşüncesi ile tedaviye temkinli yaklaşımları mümkün görülmektedir. Gönüllülük esasına göre hasta kabul edilen AMATEM'lere, adli mercilerce denetimli serbestlik kapsamında tazyik uygulaması olarak veya aile ve çevrelerin baskısıyla intikal eden hastalara da bakılmaktadır.

Verilen tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri değerlendirildiğinde ise, tedavide başarı oranlarının beklenen seviyede bulunmadığı mükerrer müracaatlardan da anlaşılmaktadır. 2017 yılı verilerine göre tedavi için müracaat eden hastaların %51.45'inin daha önce tedavi uygulamalarına katılıp tekrar madde kullanan mükerrer müracaatlardan oluştuğunu belirtmiştik.

Bununla birlikte müşahade altında tedavi ve rehabilitasyon için AMATEM ve ÇEMATEM'lerin yeterli sayıda bulunmadığı bilinmektedir. 7-10 gün arasında değişen farmakolojik tedavi yani detoksifikasyondan sonra 14-28 gün arasında değişen sosyal ve ruhsal tedavi uygulamaları hitamında taburcu edilen hastaların, yine gönüllük esasına göre belirli aralıklarda yılda en az altı kez olmak üzere kontrol tedavileri uygulanmakta ve ilgili diğer paydaş kurumların da desteği ile sosyal uyum programları çerçevesinde danışmanlık ve eğitim hizmetleri verilmektedir. Bu sürece bir sivil toplum kuruluşu olarak Yeşilay'ın kendi bünyesi dahilinde gerçekleştirdiği yukarıda bahsedilen programlar takdirle karşılanmakta ve sivil toplum kuruluşlarının etkinliklerinin artırılması durumunda sağlayacakları katma değerlerin ispatı niteliğindedir. Talep azaltımı yöntemi olarak tedavi ve rehabilitasyon uygulamalarına yönelik çözüm önerilerimizi sıralamak gerekirse:

- AMATEM Merkezlerinin idari olarak Ruh ve Sinir Hastalığı kapsamından çıkarılarak daha mahrem hizmet veren bağımsız polikliniklere dönüştürülmesi müracaatlarda tereddütleri ortadan kaldıracak düşünülmektedir. Ayrıca özel teşebbüs olarak sadece bağımlılık tedavisi ve rehabilitasyon merkezlerinin kurulmasının devlet tarafından cazip teşviklerle desteklenmesi yeterli kapasitenin oluşumunu kolaylaştıracaktır. Başarılı bir örnek olarak uygulanan YEDAM tarzı projelerin ortaya çıkabilmesi için mümkün olduğu kadar çok sivil toplum kuruluşlarının teşvik edilmelerinin isabetli olacağı düşünülmektedir.

- A.B.D.'nde uygulanmakta olan "Uyuşturucu Mahkemeleri" şeklinde, özel statülü mahkemelerin oluşturulması veya mevcut Çocuk Mahkemeleri'nin kapsamının genişletilerek, tedavi, rehabilitasyon ve sosyal uyum alanlarında faaliyet gösteren yerel ve merkezi idareler, D.S. Müdürlükleri, Ceza İnfaz Kurumları, sağlık kuruluşları, STK'lar, İŞKUR gibi kurum ve kuruluşlar ile daha güçlü koordinasyon içerisinde görev yapabilecek mahkeme modellerinin oluşturulması konusunun değerlendirilmesi uygun olacaktır.

- Rehabilitasyon ve sosyal adaptasyon süreci ile ilgili olarak ise, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Gençlik ve Spor Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, sivil toplum kuruluşları, yerel idareler ve belediyelerin rehabilitasyon, danışmanlık, hobi/meslek edindirme, sosyal ve sportif faaliyet gibi imkanlarının daha yaygın hale getirilerek etkin kullanılması gerektiği düşünülmektedir. Özellikle meslek edindirme kurslarından sonra istihdam konusunda yeterli desteğin ve güvencenin sağlanamadığı düşünülmektedir.

- Çok önemli bir husus ise, tedavi ve rehabilitasyondan sonra hastaların sosyal uyum sürecinde layıkıyla ve gerektiği kadar uzunca bir süre denetim altında tutulamadıkları, günlük yaşamlarında motivasyon sağlayacak belirligin bir hedef oluşturulamadığı ve bazı yaşam koşullarını hafifletecek avantajlar sağlanamadığı için, psikolojik veya fizyolojik yoksunluk belirtileri karşısında iradelerinin zayıf düşmesi neticesinde, türlü zorluklarla ulaştıkları sağlıklı yaşam mücadelelerinden vazgeçmeleridir. Bu konuda da yine, elde mevcut bulunan dinamikleri harekete geçirmeye yönelik programlar ve görevlendirmeler yerine, aile, okul ve sosyal çevre eğitimleri ile sınırlı kalınmakta ve psikologlar,

danışmanlar, sosyal hizmet çalışanları gibi profesyonellerin kısıt müdahaleleri ile sorun çözülmeye çalışılmakta ve çoğunlukla başarı elde edilememektedir.

Uygulamaların, psikoaktif madde kullanıcısı veya bağımlı kişinin profiline göre değişebileceğinin bilincinde olmakla birlikte, uygulama alanı bulan bazı düzenlemelerin olumlu yönde katkı sağlayacağı değerlendirilmektedir. Öncelikle tedavi gerekliliğinin tıbben teşhis edildiği madde kullanan kişi veya bağımlının 18 yaşından küçük olması durumunda tedavi ve rehabilitasyonların hukuken zorunluluğa bağlanması gerekmektedir. Bu yaş sınırı, kullanım eğilimleri dikkate alınarak zaman içerisinde 24'e yükseltilebilir.

- Tedavi sonrası nüks etme konusunda aile, eğitim ve sosyal çevre gibi çevresel şartların en önemli faktörlerden olduğu bilinmektedir. Mevcut uygulamalarda, tutuklu ve hükümlüler için ceza infaz kurumlarında, adli vaka harici kullanıcılar için Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, yerel idareler, belediye ve sivil toplum kuruluşları iş birliğinde meslek edindirme kurslarına müteakip istihdam konusunda danışmanlık hizmetleri verilerek, bağımlı kişi yine kendi sosyal çevresinde normal akışa yönlendirilmektedir. Halbuki tedavi sonrası uzunca bir süre bağımlının bir vaka olarak değerlendirilmesi ve talep azaltımına yönelik çevresel değişimlere zorlanması uygun olacaktır. Yapılan araştırmalarda bazı ülkelerde tedavi gören bağımlıların aylarca misafir edilebildiği, hobi ve meslek atölyeleri, spor ve sosyal tesislerinin yeteri kadar bulunduğu ve hizmet verildiği görülmektedir.

- Madde kullanıcıları için hapis cezasına alternatif olarak uygulanan adli kontrollerde, kişinin kültür, eğitim, meslek, ilgi alanı, esas memleketi gibi kişisel özelliklerine uygun olarak gerekirse farklı illerde, bir yabancı veya misafir olarak toplumsal denetimin yoğun olarak hissedilebileceği belirli küçük yerleşim yerlerinde, geçici zorunlu iskanına ve belirlenen bir esnaf, iş yeri, kurum gibi yerlerde istihdamına veya hizmetine veya eğitim ve öğretime karar verilebilir. Yeşilay'ın "Sağlık Elçisi" projesine benzer şekilde bir proje ile, özellikle küçük esnaflardan bir talep havuzu oluşturularak, projede gönüllü olarak görev alacak iş yeri sahiplerine, gerekli hasta denetim yetkileri ve sorumluluk hukuki olarak verilebilir ve teşviklerle desteklendiği gibi projenin başarı ile sonuçlanması durumunda her iki taraf da ödüllendirilebilir. Burada bağımlının kişisel özelliklerine göre doğru bir şekilde eşleştirilmesi önem arz edecektir. Mevcut bulunan denetimli serbestlik uygulamaları ise aynı şekilde, belli periyotlarda tıbbi tahliller, psikososyal destek vesaire devam edebilir. Önerilen modelin bir benzerinin İzlanda Modeli olarak, batı kültürü toplumsal dinamikleri ile gençler üzerinde başarı elde ettiğinden hareketle, Anadolu kültürünün ve dinamiklerinin aynı model kapsamında yerel ölçekte harekete geçirilmesinin de daha iyi başarılar getireceğine inanılmaktadır.

- Türkiye'de madde kullanımı ve bağımlılık ile mücadelede özellikle 2014 yılı itibariyle üst seviyede oluşturulan yapılanma, tüm paydaşların daha etkin koordine edilmesi ve soruna bütüncül bir yaklaşımı sağlamaya yönelik önemli bir gelişmedir. Bununla birlikte, temeli 2000'li yılların başında Avrupa Birliği uyum sürecine dayanan TUBİM merkezli ulusal mücadele koordinasyon yapısı halen devam etmektedir. Ağırlıklı olarak bir sağlık sorunu olan madde kullanım ve bağımlılıkla mücadelenin, elbette suç yönünü teşkil eden

arz ile mücadelesi çok önemlidir ve kolluk kuvvetlerimiz bu alanda daha fazla güçlendirilmelidir.

Bununla birlikte, eğitim, tedavi, rehabilitasyon, iletişim ve koordinasyon gibi talep azaltımı kapsamında yürütülen faaliyetler üzerindeki, kamunun doğrudan denetiminin belirli şartlarda mesafelendirilmesi gerekmektedir. Söz konusu talep azaltım uygulamalarının, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşları başta olmak üzere, yerel idareler ve özel sektörün aktif olarak katıldığı ve toplum dinamiklerini harekete geçirmeye yönelik proje çalışmaları ile daha başarılı bir şekilde yürütüleceğini düşünmekteyiz.



KAYNAKÇA

- ADF. (2017). *Heroin*. Kasım 2019 tarihinde Alcohol and Drug Foundation: <https://cdn.adf.org.au/media/documents/Heroin-Fact-sheet-FINAL.pdf> Erişim Tarihi: 16 Haziran 2019.
- ADF. (2019). *Drug List-Opioids-Codeine*. adf Alcohol and Drug Foundation: <https://cdn.adf.org.au/media/documents/Codeine-drug-facts.pdf> Erişim Tarihi: 18 Aralık 2019.
- Akgül, A., ve Kaptı, A. (2017). Türkiye'nin Uyuşturucu ile Mücadele Politikası: Politika Süreç Analizi (Turkey's Anti-Drug Policy: A Process Model). *Yerelden Küresele Sınırşan Suçlar*, 75-99.
- Aksoy, A. (2016). Geleneksel Devletten Modern Devlete: Sanayi Devrimi ve Kamu Yönetimi Düşüncesinde Değişim. *Uluslararası Politik Araştırmalar Dergisi*, 2(3), 31-37.
- Aksoy, İ. (2011). Türklerde Aile ve Çocuk Eğitimi. *Uluslararası Sosyal Araştırmalar Dergisi*, 4(16), 11-19.
- Akvardar, Y., Arıkan, Z., Berkman, K., Dilbaz, N., Oral, G., Uluğ, B., . . . Zorlu, N. (2012). Halüsinojenler. *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı* (s. 181-185). içinde Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
- Akyüz, E. (2010). *Çocuk Hukuku, Çocukların Hakları ve Korunması*. Ankara: Pegem Akademi Yay.
- Al, H. (2002). *Bilgi Toplumu ve Kamu Yönetiminde Paradigma Değişimi*. Ankara: Bilimadamı Yayınları.
- Al-Imam, A., Santacroce, R., Roman-Urrestarazu, A., Chilcott, R., Bersani, G., Martinotti, G., ve Corazza, O. (2017). Captagon: Use and Trade in the Middle East. *Human Psychopharmacology Clinical and Experimental*, 32(3), 32-40.
- Aljazeera Turk. (2014, Eylül 16). *Uyuşturucuyu Saklayacak Yer Yok*. Aljazeera Turk: <http://www.aljazeera.com.tr/al-jazeera-ozel/uyusturucuyu-saklayacak-yer-yok> Erişim Tarihi: 04 Ocak 2020.
- Altan, Ö. Z. (2004). *Sosyal Politika Bilim Dalı*. Eskişehir: Anadolu Üniversitesi.
- AMATEM. (2007). *Ekstazi Bağımlılığı*. Amatem Bağımlılık Merkezi-NPİSTANBUL: <https://npistanbul.com/amatem/> Erişim Tarihi: 16 Ocak 2020.
- AMATEM. (2016). *Eroin*. <http://www.amatem.org/maddeler/eroin/> Erişim Tarihi: 20 Şubat 2020.
- American Addiction Centers. (2019). *What is Flakka Made From? Main Ingredients, Cutting Agents and Adulterants*. Solutions Recovery: <https://www.solutions-recovery.com/synthetic-drugs/flakka/how-its-made/> Erişim Tarihi: 24 Ocak 2020.
- Aries, P. (1960). *Centuries of Childhood*. (R. Baldick, Çev.) Paris, Fransa: Librairie Plon.
- Arıkan, Z. (2012). Kokain Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar. *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*, 8(bila), 147-155. Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

- Avrupa Birliği. (2006). Avrupa Parlamentosu ve Konseyi'nin 1719/2006/EC No.lu Kararı. 2007-2013 Dönemi için "Gençlik Eylemi" Programı Kuruluşu (s. 30-44 / 327). Brüksel: Avrupa Birliği.
- Avrupa Komisyonu. (2010). Gençlik Eylem Programı Rehberi. Brüksel. https://ec.europa.eu/assets/eac/youth/tools/documents/programme-guide-2010_en.pdf Erişim Tarihi: 28 Ekim 2019.
- Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA). (2019). *Avrupa Madde Raporu-Eğilimler ve Gelişmeler*. Lüksemburg: Avrupa Toplulukları Resmi Yayınlar Bürosu.
- Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA). (2008). *MDMA (Ecstasy) drug profile*. European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/mdma> Erişim Tarihi: 03 Ağustos 2019.
- Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA). (2019). *Turkey Country Drug Report 2019*. Lizbon: EMCDDA.
- Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi. (2012). *ESPAD European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Lizbon: EMCDDA.
- Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi. (2016). *ESPAD Report 2015*. Lizbon: EMCDDA.
- Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi. (2017). *European Drug Report 2017*. Lizbon: EMCDDA.
- Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi. (2019). *Germany Country Drug Report 2019*. EMCDDA: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/germany/national-drug-strategy-and-coordination_en Erişim Tarihi: 13 Şubat 2020.
- Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi. (2019, Temmuz 30). *Latest Update On Drug-related Deaths and Mortality in Europe*. EMCDDA: http://www.emcdda.europa.eu/news/2019/latest-update-on-drug-related-deaths-and-mortality-in-europe_en Erişim Tarihi: 22 Ocak 2020.
- Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi. (2019). *Prevalence of Drug Use-Any Illegal Drugs-Last Year Prevalence-Aged 15-24*. EMCDDA: <http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2019/tdi> Erişim Tarihi: 22 Ocak 2020.
- Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi. (2019). *Turkey Country Drug Report 2019*. Lizbon: EMCDDA.
- Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi. (2020). *Canada - edible cannabis products may now be sold in Canada*. EMCDDA: http://www.emcdda.europa.eu/news/2020/canada-edible-cannabis-products-may-now-be-sold-in-canada_en Erişim Tarihi: 10 Mart 2020.
- Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi. (2020). *France - Country Drug Report 2019*. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction: http://www.emcdda.europa.eu/countries/drug-reports/2019/france/harm-reduction_en Erişim Tarihi: 20 Ocak 2020.

- Avrupa Madde ve Madde Bağımlılığı İzleme Merkezi. (2020). *United Kingdom Country Drug Report 2019*. Lizbon: European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction.
- Avrupa Zarar Azaltımı Ağı. (2014). *Drug Consumption Rooms in Europe - Models, Best Practice and Challenges*. Amsterdam: European Harm Reduction Network.
- Aysan, M. F., ve Kaya, A. (2008). Türkiye'de Sosyal Politika Disiplininin ve Uygulamalarının Gelişimi. *Türkiye Araştırmaları Literatür Dergisi*, 6(11), 223-250.
- Baytop, T. (1995). *ESRAR-İslam'da Keyif Verici Olarak Kullanılması Yasaklanan Madde* (Cilt 44). İstanbul: Türk Diyanet Vakfı. Türk Diyanet Vakfı-İslam Ansiklopedisi. Erişim Tarihi: 24 Haziran 2019.
- BBC. (2020). *Drug Consumption Rooms Are a 'distraction' says UK Minister*. BBS NEWS: <https://www.bbc.com/news/uk-scotland-51644786> Erişim Tarihi: 20 Şubat 2020.
- Birleşik Krallık Sağlık ve Sosyal Hizmetler Departmanı. (2019, Şubat 18). *Widening the Availability of Naloxone*. GOV.UK: <https://www.gov.uk/government/publications/widening-the-availability-of-naloxone> Erişim Tarihi: 13 Mart 2020.
- Birleşmiş Milletler. (2019). *International Youth Day 12 August*. un.org: <https://www.un.org/en/events/youthday/background.shtml> Erişim Tarihi: 17 Ocak 2020.
- Birleşmiş Milletler. (2020). *World Drug Report 2019*. United Nations: <https://wdr.unodc.org/wdr2019/index.html> Erişim Tarihi: 27 Mart 2020.
- Birleşmiş Milletler Genel Kurulu. (2000, Kasım 15). Sınırşan Örgütlü Suçlara Karşı Birleşmiş Milletler Konvansiyonuna Ek İnsan Ticaretinin Özellikle Kadın ve Çocuk Ticaretinin Önlenmesi, Durdurulması ve Cezalandırılmasına İlişkin Protokol. Palermo: BM.
- Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (UNODC). (2018). *World Drug Report 2018*. UNODC, 4. Viyana: UNODC.
- Birleşmiş Milletler Madde ve Suç Ofisi (UNODC). (2019). *World Drug Report 2019*. Viyana: UNODC.
- Bruhn, J. G., De Smet, P. A., ve El-Seedi, H. (2002). Mescaline use for 5700 years. *The Lancet* (Cilt 359, s. 1866). içinde Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.
- Bumin, K. (2010). *Demokrasi Arayışında Kent*. Konya: Çizgi Kitabevi.
- Busza, J., Balakireva, O., Teltschik, A., V Bondar, T., Sereda, Y., Maynell, C., ve Sakovych, O. (2011). Street-based adolescents at high risk of HIV in Ukraine. *Journal of epidemiology and community health*, 65(12), 1165-1170.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2019). *Hospital Stays for Harm Caused by Substance Use Among Youth Age 10 to 24*. Ottawa: CIHI.
- Carter, M. K. (1951). The story of barbituric acid. *Journal of chemical education*, 28(10), 525-528.
- Central Intelligence Agency (CIA). (2020). *The World Factbook*. Central Intelligence Agency: <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ic.html> Erişim Tarihi: 03 Nisan 2020.

- Cılga, İ. (2009). Madde ve Madde Kullanımı ile Mücadelede Ulusal Politika ve Strateji Öncelikleri (Priorities of National Policy and Strategy in Combating Drugs and Drugs Abuse). *Toplumsal ve Sosyal Hizmet*, 20(1), 7-22.
- Colleen, A. D., Gust, S. W., ve MacLean, S. (2011). Global Issues in Volatile Substance Misuse. *Substance Use ve Misuse*, 46(1), 1-7.
- Community Anti-Drug Coalitions of America (CADCA). (2020). *Drug Free Communities (DFC) Program*. CADCA Building Drug-Free Communities: <https://www.cadca.org/drug-free-communities-dfc-program> Erişim Tarihi: 03 Nisan 2020.
- Crespi, C. (2016). *Flakka-Induced Prolonged Psychosis*. Tamarac-Florida: Hindawi Publishing Corporation.
- Çalış, Ü. (2019). *Trankilizan İlaçlar*. Hacettepe Üniversitesi: <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~ucalis/PDF/K05.pdf> Erişim Tarihi: 03 Ocak 2020.
- Çandarlıoğlu, G. (1997). *Türk Ordusu*. İstanbul: Türk Kültürüne Hizmet Vakfı.
- Çelik, H. (2017). Türkiye'de Uyuşturucu İle Mücadele Çalışmaları. *Current Addiction Research*, 1(1), 13-15.
- Çetinöz, E. (2019). *Türkiye'de ve Dünyada Uyuşturucu ile Mücadele*. Ankara: Polis Akademisi Yayınları.
- Çolakoglu, Z. (2013). *Kaosun İçinden Gelen Bir Akım: Psychedelia*. Filhakikat: <http://filhakikat.net/kaosun-icinden-gelen-bir-akim-psychedelia/> Erişim Tarihi: 14 Ekim 2019.
- Dal, S. (2018). Sosyal Politikanın Dönüşümünü Küreselleşme Üzerinden Anlamak. *Uluslararası Beşeri ve Sosyal Bilimler İnceleme Dergisi (UBSBİD)*, 11(1), 4-18.
- Darçın, A. E. (2014). *Bağımlılık*. istanbulsaglik.gov.tr: <http://www.istanbulsaglik.gov.tr/w/sb/per/belge/bagimlilik.pdf> Erişim Tarihi: 12 Ağustos 2019.
- Demir, M. (2018). Osmanlı Eğlence Hayatında Bir Alt Kültür Müzikli Kahvehane: Amane Kahvehaneleri. *Folklor/Edebiyat*, 24(98), 35-53.
- Demirel, B., ve Denizbaşı, A. (2019). *Flakka-Bir Sentetik Katinon Hikayesi*. Türkiye Acil Tıp Derneği-Toksikoloji Çalışma Grubu: <http://tatdoksikoloji.org/haber/flakka-bir-sentetik-katinon-hikayesi> Erişim Tarihi: 20 Ocak 2020.
- Demirhan, A. (1979). *Geçmişte ve Günümüzde Esrar*. İstanbul: İstanbul Tıp Fakültesi.
- Desert Hope Treatment Center. (2018). *What is Flakka Made From? Main Ingredients, Cutting Agents and Adulterants*. Solutions Recovery: <https://www.solutions-recovery.com/synthetic-drugs/flakka/how-its-made/> Erişim Tarihi: 21 Ağustos 2019.
- Dikmen Özarlan, A. (2016). *Çocuk ve Çocukluk Sosyolojisi*. İstanbul: Resse.
- Donuk, A. (1981). Çeşitli Topluluklarda ve Eski Türklerde Aile. *İstanbul Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Tarih Dergisi*, 33(1), 147-168.
- Drug Abuse Resistance Education (D.A.R.E.). (2020). *D.A.R.E. is Substance Abuse Prevention Education and Much More*. D.A.R.E.: <https://dare.org/about/> Erişim Tarihi: 28 Şubat 2020.

- Drug Enforcement Administration (DEA). (2017). *Drugs of Abuse*. Arlington-Virginia: Drug Enforcement Administration-U.S. Department of Justice.
- Drug Enforcement Administration (DEA). (2020). *Drug Scheduling*. DEA: <https://www.dea.gov/drug-scheduling> Erişim Tarihi: 28 Şubat 2020.
- Drug Policy Alliance. (2016, Haziran 09). *Synthetic Cannabinoid Fact Sheet*. We are the Drug Policy Alliance: http://www.drugpolicy.org/sites/default/files/Synthetic_Cannabinoid_Fact_Sheet.pdf Erişim Tarihi: 16 Eylül 2019.
- Drug-Free Kids. (2020). *Most People Don't Know What to Do When They Discover Substance Use in Their Family. We Can Help*. Partnership for Drug-Free Kids: <https://drugfree.org/> Erişim Tarihi: 09 Mart 2020.
- Dursun, A. (2011). Dede Korkut Hikayelerinde Halk Hukuku. *Turkish Studies International Periodical For the Languages, Literature and History of Turkish or Turkic Volume*, 6(4), 107-122.
- Dünya Sağlık Örgütü. (1994). *Lexicon of alcohol and drug terms published by the World Health Organization*. World Health Organization: https://www.who.int/substance_abuse/terminology/who_lexicon/en/ Erişim Tarihi: 11 Kasım 2019.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2000). *Working With Street Children*. Geneva: WHO.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2013). *WHO Model List of Essential Medicines*. Cenevre: WHO.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2014). *Naloxone: A Take-home Antidote to Drug Overdose That Saves Lives*. World Health Organization: <https://www.who.int/features/2014/naloxone/en/> Erişim Tarihi: 28 Ocak 2020.
- Dünya Sağlık Örgütü. (2018). *Drugs (psychoactive)*. Dünya Sağlık Örgütü: https://www.who.int/health-topics/drugs-psychoactive#tab=tab_1 Erişim Tarihi: 16 Aralık 2019.
- Efeoğlu Özşeker, P., Dip, A., Dağlıoğlu, N., ve Gülmen, M. K. (2017). Sentetik kannabinoidler: Yeni nesil esrar. *Türk Aile Hek. Derg.*, 21(1), 34-40.
- Eğilmez, O. B., Örum, M. H., ve Dumlupınar, E. (2019). Denetimli Serbestlik Uygulaması Kapsamında Yapılan Başvuruların Geriye Dönük Olarak Değerlendirilmesi: 2018 Yılı Verileri. *Bağımlılık Dergisi - Journal of Dependence*, 20(2), 80-87.
- Eğitim, Kültür ve Araştırma Genel Müdürlüğü. (2018). *Bağımlılıkla Mücadelede İzlanda Modeli Raporu*. Ankara: T.C. Gençlik ve Spor Bakanlığı.
- EMCDDA. (2011). *European Drug Prevention Quality Standards*. Lüksemburg: EMCDDA.
- EMCDDA. (2020). *Take-home Naloxone*. European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction: http://www.emcdda.europa.eu/publications/topic-overviews/take-home-naloxone_en Erişim Tarihi: 23 Mart 2020.
- Emniyet Genel Müdürlüğü. (2007). *EMCDDA 2007 Yıllık Raporu*. Ankara: TUBİM.
- Emniyet Genel Müdürlüğü. (2012). *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2012*. Ankara: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM).

- Emniyet Genel Müdürlüğü. (2018). *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2018*. Ankara: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM).
- Emniyet Genel Müdürlüğü. (2019). *Tarihçe*. Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı: <http://www.narkotik.pol.tr/tarihce> Erişim Tarihi: 20 Ocak 2020.
- Emniyet Genel Müdürlüğü. (2019). *Türkiye Uluslararası Uyuşturucu ve Organize Suçlarla Mücadele Akademisi*. T.C. İçişleri Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü: <https://www.egm.gov.tr/tadoc/kurulus> Erişim Tarihi: 20 Ocak 2020.
- Emniyet Genel Müdürlüğü. (2019). *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2019*. Ankara: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM).
- Ergin, M. (1964). *Dede Korkut Kitabı (Metin - Sözlük)*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Ersöz, H. Y. (2003). Doğusundan Günümüze Sosyal Politika Anlayışı ve Sosyal Politika Kurumlarının Değişen Rolü. *İstanbul Üniversitesi İktisat Fakültesi Mecmuası*, 53(2), 119-144.
- European Harm Reduction Network. (2020). *EHRC 2020*. HR EUROPE 5th European Harm Reduction Conference: <https://www.harmreductionconference.eu/> Erişim Tarihi: 23 Mart 2020.
- Executive Office of the President of the United States. (2020). *Office of National Drug Control Policy - ONDCP*. The White House: <https://www.whitehouse.gov/ondcp/> Erişim Tarihi: 23 Mart 2020.
- Expert Committee on Drug Dependence Thirty-seventh Meeting. (2015). *1-Phenyl-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one (a-PVP)*. Geneva: World Health Organization.
- Fransa Bağımlılık Federasyonu. (2020). *CSAPA*. [intervenir-addictions.fr: https://intervenir-addictions.fr/orienter/vers-qui-orienter/csapa/](https://intervenir-addictions.fr/orienter/vers-qui-orienter/csapa/) Erişim Tarihi: 03 Nisan 2020.
- Fransa Cumhuriyeti Resmi Gazetesi. (2014). *Madde ve Bağımlılık Yapıcı Davranışlarla Mücadele İçin Bakanlıklar Arası Misyona İlişkin 11 Mart 2014 tarih ve 2014-322 sayılı Kararnağme*. Legifrance: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000028717158> Erişim Tarihi: 26 Mart 2020.
- Freeman, T. P., ve Winstock, A. R. (2015). *Examining the profile of high-potency cannabis and its association with severity of cannabis dependence*. NCBI National Center for Biotechnology Information: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4611354/> Erişim Tarihi: 21 Ağustos 2019.
- Freese, J. H. (1954). *Aristotle The "Art" of Rhetoric*. London: E. Capps, PH.D., LL.D. T.E. Page, LITT. D. W.H.D. Rouse, LITT.D.
- Gander, M. J., ve Gardiner, H. W. (2001). *Çocuk ve Ergen Gelişimi*. (A. Dönmez, N. Çelen, ve B. Onur, Çev.) Ankara: İmge Kitabevi.
- Geyer, M. A., ve Vollenweider, F. X. (2008). Serotonin research: Contributions to understanding Psychoses. *Trends in Pharmacological Sciences*, 29(9), 445-453. doi:10.1016/j.tips.2008.06.006.

- Global Health Data Exchange. (2020). *Interministerial Center for Anti-Drug Training (CIFAD) (FRANCE)*. GHDx: <http://ghdx.healthdata.org/organizations/interministerial-center-anti-drug-training-cifad-france> Erişim Tarihi: 27 Mart 2019.
- Göksal, G. (2003). *Sanayi Devrimi: Öncesi, Sonrası ve Etkileri*. İstanbul: Kora Yayın.
- Gözübenli, B. (1995). *Sosyal Güvenlik Müessesesi Olarak Vakıflar*. Ankara: Vakıflar Genel Müdürlüğü.
- Grunwald, N. (2013). *Betreuungszentrum Quantiusstrasse des Vereins für Gefährdetenhilfe*. Bonn: VFG Gemeinnützige Betriebs-GmbH.
- Güleç, G., Köşger, F., ve Eşsizoglu, A. (2015). DSM-'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 7(4), 448-460.
- Gümüş, B. A. (2017). *Savaşçı gen: Monoamin oksidaz A (MAO-A)*. Bilim ve Ütopya: <https://bilimveutopya.com.tr/savasci-gen-monoamin-oksidaz-mao> Erişim Tarihi: 12 Mart 2019.
- Günay, D. (2002). Sanayi ve Sanayi Tarihi. *Mimar ve Mühendis Dergisi*, 31(1), 8-14.
- Güngör, F., ve Özügür, M. (1997). İngiliz Yoksul Yasaları: Paternalizm, Piyasa ya da Sosyal Devlet. *A.Ü. S.B.F. GETA Tartışma Metinleri*, 3(bila), 1-24.
- Haji Dehabadi, M. A. (2013). *Gençlik Çağının Özellikleri*. Ehl-i Beyt Alimleri Derneği: http://www.ehlibeytalimleri.com/islami-acidan-genclik-caginin-ozellikleri-1_d4007.html Erişim Tarihi: 17 Mayıs 2019.
- HA-REACT. (2019). *Harm Reduction Conference 2018*. EHRC 2020: <https://www.harmreductionconference.eu/index.php/about-the-conference-in-2018/> Erişim Tarihi: 12 Aralık 2019.
- Hart, C., ve Ksir, C. (2017). *Drugs, Society ve Human Behavior*. New York: McGraw-Hill Education.
- Hart, C., Ksir, C., ve Ray, O. (2009). *Drugs, Society and Human Behaviour* (13. b.). Manila: The McGraw-Hill Companies.
- Hastings, D. (2015, Nisan 15). *Fla. man high on flakka sexually assaults tree, says he's God, tries to stab cop with badge pin: police*. Daily News: <https://www.nydailynews.com/news/national/fla-man-high-flakka-sexually-assaults-tree-attacks-article-1.2186680> Erişim Tarihi: 12 Aralık 2019.
- Helmenstine, A. M. (2019, Mar 07). *What You Need to Know About Neurotransmitters*. ThoughtCo.: <https://www.thoughtco.com/neurotransmitters-definition-and-list-4151711> Erişim Tarihi: 13 Nisan 2019.
- Hilliard, J. (2019). *Hallucinogens-Mescaline*. REHABSPOT: <https://www.rehabspot.com/drugs/hallucinogens/mescaline/> Erişim Tarihi: 13 Nisan 2019.
- Hobbes, T. (1853). *Aristotle's Treatise On Rhetoric*. London: Theodore Buckley, B.A.
- Huang, J. (2018). *Professional-Neurologic Disorders-Delirium and Dementia*. Merck Manual Professional Version: <https://www.merckmanuals.com/professional/neurologic-disorders/delirium-and-dementia/delirium> Erişim Tarihi: 29 Haziran 2019.

- Huestis, M., Rice, K., Baumann, M., Anizan, S., Ellefsen, K., ve Concheiro, M. (2014). 3,4-Methylenedioxypyrovalerone (MDPV) and Metabolites Quantification in Human and Rat Plasma by Liquid Chromatography-high Resolution Mass Spectrometry. *Analytica Chimica Acta*, 827(bila), 54-63.
- Hürriyet. (2015, Nisan 02). *Emniyet Raporunda Şok İfade: Yakalanan Uyuşturucu Tekrar Piyasaya Sürülüyor*. Hürriyet: <https://www.hurriyet.com.tr/gundem/emniyet-raporunda-sok-ifade-yakalanan-uyusturucu-tekrar-piyasaya-suruluyor-28623709> Erişim Tarihi: 07 Şubat 2020.
- ICSRA - İzlanda Sosyal Araştırma ve Analiz Merkezi. (2015). *The Icelandic Prevention Model*. ICSRA: <http://www.rannsoknir.is/en/ipm/> Erişim Tarihi: 06 Ocak 2020.
- ICSRA - İzlanda Sosyal Araştırma ve Analiz Merkezi. (2018). *The Icelandic Model - A Whole Society Approach to Stop Teen Substance Abuse*. ICSRA: http://noko.hemochskola.webbhuset.fi/Site/Data/2362/Files/The%20Icelandic%20Model_NOKO_Oslo_sept2018_HS.pdf Erişim Tarihi: 20 Ocak 2020.
- Institute for Health Metrics and Evaluation. (2018). *Causes of Death (COD) Visualization | Viz Hub*. IHME Measuring what matters: <https://vizhub.healthdata.org/cod/> Erişim Tarihi: 06 Ocak 2020.
- İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü. (2018). *ÇEMATEM Polikliniği*. T.C. Sağlık Bakanlığı, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü: <https://erenkoyruhsinireah.saglik.gov.tr/TR,247852/cematem-poliklinigi.html> Erişim Tarihi: 11 Kasım 2019.
- Işık, M. (2013). *Madde Kullanımı ve Stratejik İletişim*. Ankara: Sage Yayıncılık.
- İTARDD (Rete Italiana Riduzione del Danno. (2019). *Mai senza naloxone La campagna*. Mai Senza Naloxone: <https://maisenzanaloxone.fuoriluogo.it/> Erişim Tarihi: 28 Ocak 2020.
- İzgi, Ö. (1987). *Uygurların Siyasi ve Kültürel Tarihi (Hukuk Vesikalarına Göre)*. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.
- Johnston, L. D., Miech, R. A., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Schulenberg, J. E., ve Patrick, M. E. (2019). *2018 Overview Key Findings on Adolescent Drug Use*. Institute for Social Research, The University of Michigan. Michigan: Institute for Social Research. <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/monitoring-future> Erişim Tarihi: 21 Aralık 2019.
- Jonsson, R. M. (2018). *Prevention in Iceland - Success and Development*. ec.europa: https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/alcohol/docs/ev_20180320_co08_en.pdf Erişim Tarihi: 08 Şubat 2020.
- Just Think Twice (JTT). (2020). *You Are Caught With Drugs*. Get The Facts About Drugs - Just Think Twice: <https://www.justthinktwice.gov/consequences/legal-consequences-using-drugs> Erişim Tarihi: 07 Nisan 2020.
- Kaasch, A. (2015). *Shaping Global Health Policy*. London: Palgrave Macmillan.
- Kafesoğlu, İ. (1993). *Türk Milli Kültürü*. İstanbul: Boğaziçi Yayınları.
- Kalyoncu, Ö. A. (2012). *Plastik Düşler*. İstanbul: Kapital Medya Hizmetleri.
- Kamminga, J. (2011, Ocak). *Opium Poppy Licensing in Turkey: A Model to Solve Afghanistan's Illegal Opium Economy?* Sharjah, Birleşik Arap Emirlikleri: ICOS The International

- Council on Security and Development. http://www.jorritkamminga.com/wp-content/uploads/2016/04/A76_JK_Turkey_Report_0.pdf Erişim Tarihi: 27 Mayıs 2019.
- Karadağ, K. (2016, Aralık 10). *Uyuşturucu suçlarında Cezalar Artırıldı*. Anadolu Ajansı: <https://www.aa.com.tr/tr/turkiye/uyusturucu-suclarinda-cezalar-artirildi/703150> Erişim Tarihi: 12 Aralık 2019.
- Karakuş Öztürk, H. (2017). Çocukluğun Tarihsel Gelişimi Üzerine Düşünceler. *Iğdır Üniv. Sos. Bil. Der., bila*(13).
- Karataşoğlu, S. (2013). Sosyal Politika Boyutuyla Madde Bağımlılığı. *Türk İdare Dergisi, bila*(476), 321-352.
- Kaşgarlı Mahmud. (1985). *Divan-ı Lügat'it Türk* (Cilt III). (B. Atalay, Çev.) Ankara: Türk Dil Kurumu Yayınları.
- Kaypak, Ş. (2012). Devletten Yerel Yönetime Değişim Sürecinde Sivil Toplumun Yeni Yüzü. *Bitlis Eren Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi, 1*(1), 34-57.
- Keefer, P., ve Loayza, N. (2010). *Innocent Bystanders - Developing Countries and the War on Drugs*. Washington: The World Bank.
- Keyman, E. F. (2006). *Türkiye'de Sivil Toplum Serüveni: İmkansızlıklar İçinde Bir Vaha*. Ankara: Sivil Toplum Geliştirme Merkezi (STGM).
- Kling, A., Forster, M., Sundell, K., ve Melin, L. (2010). A Randomized Controlled Effectiveness Trial of Management Training With Varying Degrees of Therapist Support. *Behavior Therapy, 41*(10), 530-542.
- Knox, M. (2019, Ocak 02). *Cannibal Drug Flakka hitting UK*. The Sun: <https://www.thesun.co.uk/news/8090526/flakka-drug-hitting-uk/> Erişim Tarihi: 20 Ocak 2020.
- Kocaoğlu, M. (2019). *Flakka (Alpha-PVP (alpha-pyrrolidinovalerophenone))*. YEDAM Yeşilay Danışmanlık Merkezi: <http://www.yedam.org.tr/flakka-alpha-pvp-alpha-pyrrolidinovalerophenone> Erişim Tarihi: 20 Ocak 2020.
- Korkmaz, F. (2015). Adli Kontrol. *İnönü Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi, 6*(3), 521-542.
- KOSGEB. (2019, Nisan 06). *Kenevir Yetiştiriciliği Karlı mıdır? KOSGEB DESTEKLERİ*: <https://www.kosgebkredisi.com/kenevir-yetistirciligi-karli-midir/> Erişim Tarihi: 24 Aralık 2019.
- Krebs, T. S., ve Johansen, P.-O. (2012). Lysergic acid diethylamide (LSD) for alcoholism: meta-analysis of randomized controlled trials. *Journal of Psychopharmacology, 26*(7), 3-11.
- Kristjansson, A. L., Sigfusdottir, I. D., Thorlindsson, T., Mann, M. J., Sigfusson, J., ve Allegrante, J. P. (2015). Population Trends in Smoking, Alcohol Use and Primary Prevention Variables Among Adolescents in Iceland, 1997-2014. *Addiction (Abington, England), 111*(4), 645-652.
- Kutlu, Ö., Örselli, E., ve Babahanoğlu, V. (2017). Türkiye'de Gençlerin Uyuşturucu ile Mücadele Politikaları Hakkında Düşünceleri. *Gençlik Araştırmaları Dergisi, 5*(11), 125-158.
- Lopez-Munoz, F., Ucha-Udabe, R., ve Alamo, C. (2006). The history of barbiturates a century after their clinical introduction. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 1*(4), 329-343.

- Maisto, S. A., Galizio, M., ve Connors, G. J. (2011). *Drug Use and Abuse*. Belmont: Wadsworth Cengage Learning.
- Malhotra, A., Basu, D., ve Gupta, N. (2005). Psychosocial Treatment of Substance Use Disorders in Adolescents. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health (JIACAM)*, 1(1), 1-13.
- Mamur Işıkcı, Y., ve Karatepe, S. (2016). Türkiye'de Çocuğa Yönelik Sosyal Politika Uygulamaları ve Tarihsel Analizi. *Akademik Yaklaşımlar Dergisi*, 7(1), 69-100.
- Mandaloğlu, M. (2013). İslamiyetten Önce Türklerde Aile Hukuku. *Türkiyat Araştırmaları Dergisi*, 1(33), 133-159.
- McCloskey, J. (2018, Mart 20). 'Woman high on flakka gouged mother's eyes out and placed them on cardboard box'. METRO: <https://metro.co.uk/2018/03/20/woman-high-flakka-gouged-mothers-eyes-placed-cardboard-box-7401670/> Erişim Tarihi: 20 Ocak 2020.
- McSweeney, T., Turnbull, P. J., ve Hough, M. (2008). *Tackling Drug Markets and Distribution Networks in the UK*. Londra: King's College London.
- Mission Interministérielle de Lutte Contre les Drogues et les Conduites Addictives - MILDECA. (2018). *La Mission*. MILDveCA: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildec/qui-sommes-nous/la-mission> Erişim Tarihi: 13 Ocak 2020.
- Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives. (2019). *Bağımlılıklara Karşı Ulusal Seferberlik Planı 2018-2022 (Fransa)*. MILDveCA: <https://www.drogues.gouv.fr/la-mildec/le-plan-gouvernemental/mobilisation-2018-2022> Erişim Tarihi: 13 Ocak 2020.
- Mohamed, M. N., ve Marican, S. (2018). Treatment and Rehabilitation of Substance Use Disorder: Significance of Islamic Input in Malaysia. *International Journal of Human and Health Sciences*, 2(4), 209-216.
- Müftü, G. (1998). Çocuk Haklarına Dair Sözleşme. *Emniyet Genel Müdürlüğü Küçükleri Koruma Hizmetleri Yönetici Semineri* (s. 17-24). Ankara: EGM.
- Narimani, P. (2017). "Frei und doch in Haft". *Drogenkonsum und Aufenthaltsstatus*. Berlin: Freien Universität Berlin.
- National Association of Drug Court Professionals. (2004). *Defining Drug Courts: The Key Components*. Washington: Bureau of Justice Assistance (BJA).
- National Institute on Drug Abuse. (2019). *Overdose Death Rates*. National Institute on Drug Abuse: <https://www.drugabuse.gov/related-topics/trends-statistics/overdose-death-rates> Erişim Tarihi: 15 Şubat 2020.
- Noyan, C. O., ve Nurmedov, S. (2016). Yüksek Etkili Esrar Türevleri: Yeni Tehlike Skunk mı? Skunk Hakkında Bilinmesi Gerekenler. *Bağımlılık Dergisi*, 17(1), 44-46.
- OECD. (2018). *OECD Handbook for Internationally Comparative Education Statistics 2018: Concepts, Standards, Definitions and Classifications*. Paris: OECD. <http://www.oecd.org/education/oecd-handbook-for-internationally-comparative-education-statistics-2018-9789264304444-en.htm> Erişim Tarihi: 24 Aralık 2019.

- OFDT-Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. (2020, Ocak 31). *Addictions: Pratiques Professionnelles*. Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies: <https://www.ofdt.fr/> Erişim Tarihi: 19 Mart 2020.
- Oğuz, M. (2012). Yazılı Hukuk ve Sözlü Hukuk Açısından Evlenme Pratikleri ve Töre Cinayetleri. *Milli Folklor*, 24(95), 103-113.
- Ögel, K., Koç, C., ve Aksoy, A. (2020). *Denetimli Serbestlik Uygulamaları İçin SAMBA*. SAMBA: <http://www.samba.info.tr/genc%20samba4%20DS.pdf> Erişim Tarihi: 20 Mart 2020.
- Öztürk, D. (2016). *Çocuk Hakları*. Ankara: Pegem Akademi.
- Pamir, A. (2009). Orta - Asya Türk Hukukunda "Töre" Kavramı. *Ankara Üniversitesi Hukuk Fakültesi Dergisi*, 58(2), 359-376.
- Patterson, E. (2019). *Penalties and Sentencing - Table of Contents*. Drug Abuse: <https://drugabuse.com/addiction/drug-abuse-penalties/> Erişim Tarihi: 07 Ocak 2020.
- Petersen, C. R., ve Stillman, R. C. (1977). *Cocaine: An Overview*. Rochville, Maryland: U.S. Government Printing Office.
- Petrie, J. C., Bunn, F., ve Byrne, G. (2007). Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review'. *Health Education Research*, 22(2), 177-191.
- Plumb, J. H. (1975). The New World of Children in Eighteenth-Century England. *Past ve Present*, 67(1), 64-95.
- Porschadel, S., Hoeger, R., Schnitzler, J., ve Schreckenberger, D. (2002). *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland*. Bochum: Zeus GmbH.
- Public Health England. (2018). *Drugs Commissioning Support: Principles and Indicators*. Londra: Crown Copyright.
- Quigley, W. P. (1997). Five Hundred Years of English Poor Laws, 1349-1834: Regulating the Working and Nonworking Poor. *Akron Law Journals*, 30(1), 73-128.
- Rahn, B. (2014, Aralık 04). *Leafly*. What Is 'Synthetic Marijuana' and How Is It Made?: <https://www.leafly.com/news/cannabis-101/what-is-synthetic-marijuana-and-why-is-it-dangerous> Erişim Tarihi: 19 Temmuz 2019.
- Rasonyi, L. (1971). *Tarihte Türklük*. Ankara: Türk Kültürünü Araştırma Enstitüsü Yayınları.
- Reference for Business. (2019). *Degussa-Hüls AG - Company Profile, Information, Business Description, History, Background Information on Degussa-Hüls AG*. Reference for Business: <https://www.referenceforbusiness.com/history2/41/Degussa-H-ls-AG.html> Erişim Tarihi: 24 Ocak 2020.
- Reykjavik University. (2020). *Canada Joins the List of Countries Using "The Icelandic Model"*. Haskolinn Í Reykjavik: <https://en.ru.is/news/the-icelandic-model-now-used-in-canada> Erişim Tarihi: 19 Mart 2020.
- Rhonda, A. (2019). *Everything You Wanted to Know About Flakka*. On The Wagon: <https://www.onthewagon.org/flakka/> Erişim Tarihi: 20 Ocak 2020.

- Rich, J., Bazazi, A. R., Zaller, N., Fu, J. J., ve Rich, J. (2010). Preventing Opiate Overdose Deaths: Examining Objections to Take-Home Naloxone. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 21(4), 1108-1113.
- Ritchie, H., ve Roser, M. (2019). *Drug Use*. Our World in Data: <https://ourworldindata.org/drug-use> Erişim Tarihi: 27 Eylöl 2019.
- Roberts, M., Klein, A., ve Trace, M. (2004). *Briefing Paper: Drug Consumption Rooms*. Drug Scope and The Beckley Foundation Drug Policy Programme: https://beckleyfoundation.org/wp-content/uploads/2016/04/paper_03.pdf Erişim Tarihi: 13 şubat 2020.
- Rüggeberg, J. A. (2018, Eylöl 01). *Was Geschiehd mit EBM und GOA*. Berufsverband der Deutschen Chirurgen e.V. - BDC: <https://www.bdc.de/was-geschieht-mit-ebm-und-goae/> Erişim Tarihi: 25 şubat 2020.
- Sacco, L. N. (2014). *Drug Eforcement in the United States: Histaory, Policy, and Trends*. Washington: Congressional Research Service.
- Sağlam, M., ve Aral, N. (2016). Tarihsel Süreç İçerisinde Çocuk ve Çocukluk Kavramları. *Çocuk ve Medeniyet*, 1(2), 43-56.
- Sander, O. (2011). *Siyasi Tarih: İlkçağlardan 1918'e*. Ankara: İmge Kitabevi.
- Sarosi, P. (2014, Ağustos 22). *Room In The 8th District - Campaign Report*. Drug Reporter: <https://drogriporter.hu/en/room-in-the-8th-district-campaign-report/> Erişim Tarihi: 24 Ocak 2020.
- Schladebeck, J. (2019, Mart 29). *Accused face-eater Austin Harrouff believed he was 'half man, half dog' when he allegedly killed couple, attacked neighbor*. Daily News: <https://www.nydailynews.com/news/crime/ny-austin-harrouff-half-man-half-dog-killed-couple-20190329-gq6gmjdhqhrfx7exip5fbnx4qya-story.html> Erişim Tarihi: 20 Ocak 2020.
- Schulenberg, J. E., Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G., Miech, R. A., ve Patrick, M. E. (2019). *College Students ve Adults Ages 19-60*. Michigan: Institute of Social Research, The University of Michigan.
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry: From the Era of Asylum to the Age of Prozac*. New York: John Wiley.
- Sigfusson, J. (2019). *Evidence Based Primary Prevention - The Icelandic Model*. Planet Youth: <https://www.regionh.dk/forebyggelseslaboratoriet/m%C3%B8der/Documents/Planet%20Youth%20Copenhagen%20November%202018%20FIN.pdf> Erişim Tarihi: 24 Mart 2020.
- Spivak, C., Beglan, C., Seidleck, B., Hirshbein, L., Blaschak, C., Uhl, G., ve Surratt, C. (1997). Naloxone Activation of Mu-Opioid Receptors Mutated at a Histidine Residue Lining the Opioid Binding Cavity. *Molecular Pharmacology*, 52(6), 983-992.
- Spoth, R., Clair, S., Shin, C., ve Redmond, C. (2006). Long-term Effects of Universal Preventive Interventions on Methamphetamine Use Among Adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 160(9), 876-882.

- Staff, C. (2012, Haziran 22). *Rudy Eugene's Toxicology Report: Experts speculate on what caused 'face-chewing' attack*. CBS News: <https://www.cbsnews.com/news/rudy-eugenes-toxicology-report-experts-speculate-on-what-caused-face-chewing-attack/> Erişim Tarihi: 20 Ocak 2020.
- Strang, S. J. (2019). *Take-home Naloxone — Its Role in Preventing Opioid-Related Deaths in Europe*. Lisbon Addictions 2019: <https://www.lisbonaddictions.eu/lisbon-addictions-2019/sessions/take-home-naloxone-%E2%80%94-its-role-preventing-opioid-related-deaths-europe> Erişim Tarihi: 11 Şubat 2020.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2017). *Access to Recovery Service Menus and Recovery Support Services (ATR)*. Rockville, Maryland: SAMHSA.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2020). *About Us*. SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Administration: <https://www.samhsa.gov/about-us> Erişim Tarihi: 16 Mart 2020.
- Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA). (2020). *SBIRT: Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment*. SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions: <https://www.integration.samhsa.gov/clinical-practice/sbirt> Erişim Tarihi: 16 Mart 2020.
- Suçin, S. (2008). *Almanya, Hollanda, İtalya, Fransa ve İsveç'te Madde Kullanımı ve Mücadele Profili*. T.C. Sağlık Bakanlığı: <http://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1462,5avrupapdf.pdf> Erişim Tarihi: 24 Ocak 2020.
- Şahin, L. (2018). *Bir Bilim Dalı Olarak Sosyal Politika*. Prof. Dr. Levent Şahin: <http://www.profdrlevensahin.com/> Erişim Tarihi: 13 Mayıs 2019.
- T.B.M.M. (2018). *Uyuşturucu Madde Bağımlılığı ve Yeni Bağımlılık Türlerinin Araştırılarak Bağımlılığın Nedenlerinin ve Alınacak Tedbirlerin Tespit Edilmesi Maksadıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Tutanak Dergisi. bila(558), 1-56.*
- T.C. Başbakanlık Yüksek Planlama Kurulu. (2017). *2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı*. Ankara: Artı6 Medya Tanıtım Matbaa Ltd. Şti.
- T.C. Eskişehir Valiliği. (2010). *TUBİM Kaptan Gemisi*. Eskişehir Madde Bağımlılığı İle Mücadele Kurulu: http://www.kartanesi.info.tr/detay.asp?kat=haberalt_kat=altveid=142 Erişim Tarihi: 08 Ocak 2020.
- T.C. İçişleri Bakanlığı, E.G.M., Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı. (2018). *Türkiye Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması Raporu*. Ankara: Emniyet Genel Müdürlüğü.
- T.C. Resmi Gazete. (1959, Temmuz 07). Kanunlar. Ankara. <https://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/10265.pdf> Erişim Tarihi: 10 Şubat 2020.
- T.C. Resmi Gazete. (2001, Aralık 08). *4721 sayılı Türk Medeni Kanunu*. Türk Medeni Kanunu: www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2001/12/20011208.htm Erişim Tarihi: 27 Mayıs 2019.
- T.C. Resmi Gazete. (2004, Eylül 26). *5237 sayılı Türk Ceza Kanunu*. Türk Ceza Kanunu: www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2004/10/20041012.htm Erişim Tarihi: 10 Şubat 2020.

- T.C. Resmi Gazete. (2005, Temmuz 03). 5395 sayılı *Çocukları Koruma Kanunu*. Çocukları Koruma Kanunu: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/07/20050715-1.htm> Erişim Tarihi: 10 Şubat 2020.
- T.C. Resmi Gazetesi. (1982). *Türkiye Cumhuriyeti Anayasası*. https://www.tbmm.gov.tr/anayasa/anayasa_2018.pdf Erişim Tarihi: 27 Mayıs 2019
- T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*. Ankara: Pozitif Matbaa.
- T.C. Yeşilay Cemiyeti. (2019, Temmuz 03). "*Benim Kulübüm Yeşilay*" Projesi Türkiye Geneline 30 Bin Öğrenciye Ulaştı. YEŞİLAY: <https://yesilay.org.tr/tr/haberler/benim-kulubum-yesilay-projesi-turkiye-geneline-30-bin-ogrenciye-ulasti> Erişim Tarihi: 19 Mart 2020.
- T.C. Yeşilay Cemiyeti. (2020). *Ne Yapıyoruz?* Yeşilay Danışmanlık Merkezi YEDAM: <http://www.yedam.org.tr/ne-yapiyoruz> Erişim Tarihi: 19 Mart 2020.
- T.C. Yeşilay Cemiyeti. (2020). *Yeşilay Tarihçesi*. YEŞİLAY: <https://yesilay.org.tr/tr/kurumsal/tarihce> Erişim Tarihi: 15 Mart 2020.
- T.M.O. (2019). *2018 Yılı Haşhaş Sektör Raporu*. Ankara: Toprak Mahsulleri Ofisi Genel Müdürlüğü.
- Tammi, T., Rigoni, R., Maticic, M., Schaffer, D., van der Gouwe, D., Schiffer, K., . . . Schatz, E. (2020). *Civil Society Monitoring of Harm Reduction in Europe, 2019. Data Report*. Amsterdam: Correlation European Harm Reduction Network.
- Tan, M. (1993). Çocukluk: Dün ve Bugün. B. Onur içinde, *Toplumsal Tarihte Çocuk* (s. 31-56). İstanbul: Tarih Vakfı Yurt Yayınları.
- Tanrıvere, U. (2018). Alpha-PVP (Flakka) Jargonunun Semasiyolojik Analizi. *Tulip* 2018, 1(1), 43-52.
- Taşçı, F. (2017). *Türkiye'de Sosyal Politika ve Dönüşüm: Zihniyet, Aktörler, Uygulamalar*. Ankara: SETA.
- Theoharis, M. (2020). *North Carolina Felony Crimes by Class and Sentences*. Criminal Defense Lawyer: <https://www.criminaldefenselawyer.com/resources/criminal-defense/felony-offense/north-felony-class.htm> Erişim Tarihi: 09 Mart 2020.
- Tontuş, H. Ö. (2015). *Kıta Avrupası Almanya*. Sağlık Turizm Kurulu (SATURK): <http://www.satürk.gov.tr/images/pdf/ust/almanya.pdf> Erişim Tarihi: 12 Şubat 2020.
- Toumbourou, J. W., Stockwell, T., Neighbors, C., Marlatt, G. A., Sturge, J., ve Rehm, J. (2007). Interventions to Reduce Harm Associated With Adolescent substance Use. *The Lancet*, 369(9570), 1391-1401.
- Turan, R. (1992). Osmanlıların Kuruluş Yıllarında Türk Ailesi. *Sosyo-Kültürel Değişme Sürecinde Türk Ailesi*, 1(bila), 82-91.
- TÜİK. (2018). *Gençlik İstatistikleri 2018*. 2018: Türkiye İstatistik Kurumu. http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1068 Erişim Tarihi: 26 Kasım 2019.
- Türk Dil Kurumu. (1932). Türk Dil Kurumu Sözlükleri. *Güncel Türkçe Sözlük*. Ankara.
- Türkiye YEŞİLAY Cemiyeti. (2018, Mart 09). *Yeşilay, Türkiye'deki Bağımlılıkla Mücadelesini Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Komisyonu'nda Anlatıyor*. YEŞİLAY:

<https://yesilay.org.tr/tr/haberler/yesilay-turkiyedeki-bagimlilikle-mucadelesini-birlesmis-milletler-uyusturucu-komisyonunda-anlatiyor> Erişim Tarihi: 17 Mart 2020.

- Tweed, E., ve Rodgers, M. (2016). *Taking Away The Chaos*. Glaskow: NHS.
- Tyls, F., Palenicek, T., ve Horacek, J. (2014). Psilocybin - Summary of knowledge and new perspectives. *European Neuropsychopharmacology*, 24(3), 342-356.
- U.S. Department of Commerce. (tarih yok). Official Gazette of the United States Patent Office. *Process For Making Alpha-Pyrrolidinovalerophenones*, 835. Washington, Alexandria, A.B.D.
- U.S. Department of Justice - Office of Justice Programs. (2020). *Drug Courts*. Washington: National Institute of Justice.
- U.S. Department of Justice/Drug Enforcement Administration. (2019). *About Synthetic Drugs*. Diversion Control Division: https://www.deadiversion.usdoj.gov/synthetic_drugs/about_sd.html Erişim Tarihi: 26 Ağustos 2019.
- Ulanowicz, A. (2005). Phileppe Aries. *Representing Childhood*. Pitsburg: Marah Gubar. <http://www.representingchildhood.pitt.edu/> Erişim Tarihi: 17 Mayıs 2019.
- Uluğ, B., ve Gürel, Ş. C. (2011). Esrar (Kannabis) Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar. T. S. Müdürlüğü içinde, *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı* (s. 144). Ankara: Pozitif Matbaa.
- UNDESA (BM Ekonomi ve Sosyal İşler Departmanı). (2013). United Nations YOUTH. *Definition of Youth*. New York, US.
- UNICEF. (1989). *ÇOCUK HAKLARINA DAİR SÖZLEŞME*. unicef TÜRKİYE MİLLİ KOMİTESİ: https://www.unicefturk.org/public/uploads/files/UNICEF_CocukHaklarinaDairSozlesme.pdf Erişim Tarihi: 01 Temmuz 2019.
- United Nations Commission on Sustainable Development. (1997). *ICELAND Country Profile*. National Implementation of Agenda 21: <https://www.un.org/esa/earthsummit/iceland-cp.htm> Erişim Tarihi: 27 Mart 2020.
- UNODC. (2001). *Turkey Programme - Situation Analysis*. UNODC: https://www.unodc.org/pdf/turkey_programme.pdf Erişim Tarihi: 16 Eylül 2019.
- UNODC. (2012). *International Standards on Drug Use Prevention*. Viyana: UNODC.
- UNODC. (2015, 03 13). Inclusion of 3,4-methylenedioxypyrovalerone (MDPV) in Schedule II of the Convention on Psychotropic Substance of 1971. Vienna, Avusturya.
- Üstün, O. (2008). Karapara Aklama ve Terörün Finansmanı ile Mücadelede Uluslararası Girişimler ve Araçlara Toplu Bakış. *Bankacılar Dergisi, bila*(65), 19-37.
- Vatandaş, C., Can, B., Mahitapoğlu, H., Yaman, V., ve Kırbaşoğlu, Z. (2016). SEKAM. *Türkiye'de Gençlik ve Uyusturucu Madde Sorunu*. İstanbul: Sosyal Ekonomik ve Kültürel Araştırmalar Merkezi.
- Wang, L. (2010). John W. Huffman. *C&EN ARCHIVES*, 88(26), 26-43.

- Wikipedia. (2020). *İzlanda*. Vikipedi Özgür Ansiklopedi: <https://tr.wikipedia.org/wiki/Izlanda> Erişim Tarihi: 27 Mart 2020.
- Women Aid International. (2019). *Children Of the World Initiative*. Women Aid International: <http://www.womenaid.org/wcwi.htm> Erişim Tarihi: 12 Kasım 2019.
- Yavuzer, H., Baltaş, Z., Davaslıgil, Ü., Demir, İ., Ergün, H., Ergün, T., . . . Birkan, B. (2006). *Ana-Baba Okulu*. İstanbul: Remzi Kitabevi.
- Yıldırım, Ö. (2005). *FELSEFE*. Felsefe.gen.tr: http://www.felsefe.gen.tr/filozoflar/spartali_chilon_khilon_kimdir.asp Erişim Tarihi: 06 Ağustos 2019.
- Yüksel, E. (2017). Ne Demek Lazım; Uyuşturucu mu Madde Bağımlılığı mı? Uyuşturucuyla Mücadelenin Temel Kavramlarına Yönelik Uygulama ve Tartışmalar. *Anadolu Üniversitesi İletişim Bilimleri Fakültesi Uluslararası Hakemli Dergisi*, 25(2), 39-64.
- Yüksel, H. (2014). *Güncel Gelişmeler Işığında Sosyal Politika*. Bursa: Ekin Basım Yayın.
- Zhuk, O., Jasicka-Misiak, I., Poliwoda, A., Kazakova, A., Godovan, V. V., Halama, M., ve Wieczorek, P. P. (2015). Research on Acute Toxicity and the Behavioral Effects of Methanolic Extract from Psilocybin Mushrooms and Psilocin in Mice. *Toxins*, 7(4), 1018-1029.
- Zonneville-Bender, M. J., Matthys, W., van de Wiel, N., ve Lochman, J. (2007). Preventive Effects of Treatment of Disruptive Behavior Disorder in Middle Childhood on Substance Use and Delinquent Behavior. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 46(1), 33-39.
- Zuardi, A. W. (2006). History of Cannabis as a medicine: A Review. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 28(2), 153-157.

ÖZGEÇMİŞ

Murat YILDIRIM 1972 yılında Almanya’da doğmuştur. İlk ve ortaöğrenimini Almanya’da tamamladıktan sonra Bursa Süleyman Çelebi Lisesi’ni bitirmiş, sırasıyla 1994 yılında Dumlupınar Üniversitesi, Kütahya Meslek Yüksek Okulu, Maden Programı, 2001 yılında Anadolu Üniversitesi, İktisat Fakültesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Bölümlerinden mezun olmuştur. 2017 yılında Yalova Üniversitesi, Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri Ana Bilim Dalı, Sosyal Politika Bilim Dalı’nda tezli yüksek lisans eğitimine başlamıştır. 09-13 Mayıs 2018 tarihleri arasında Mardin’de düzenlenen “Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Kongresi” nde sunumunu gerçekleştirdiği *“Çocuğa Yönelik Şiddet Türlerinden Çocuk İstismarını Önlemek Amacıyla Türkiye’de Uygulanan Sosyal Politikalar”* isminde akademik çalışması mevcuttur.

1995 yılında emniyet mensubu olarak başladığı meslek hayatında farklı birimlerde görevlerde bulunmuş ve halen görevine “Narkotik Suçlarla Mücadele” biriminde polis memuru olarak devam etmektedir. Birleşmiş Milletler Barış Koruma Misyonları çerçevesinde iki yıl (2008-2010) Doğu Timor ülkesinde UNMIT Misyonu kapsamında “BM Devlet Büyüklerini Koruma Daire Başkanı” olarak ve bir buçuk yıl (2014-2015) Güney Sudan ülkesinde UNMISS Misyonu kapsamında “Mülteci Kamplarını Değerlendirme Tim Amiri” olarak ve sonrasında doğrudan BM Genel Sekreteri’ne bağlı özel bir birim olan OIOS kapsamında “Afrika’da bulunan BM Misyonlarını Soruşturma Uzmanı” olarak üst düzey görevlendirmelerde bulunmuştur. Halihazırda Fransa/Lyon’da bulunan Interpol Genel Sekreterliği bünyesinde “İnsan Ticareti ile Mücadele Koordinatörlüğü” nde aktif olarak görev yapmaktadır. İngilizce ve Almanca yabancı dillerine hakim olup, orta seviyede Arapça bilmektedir. Evli ve bir kızı bulunmaktadır.