



Kaçakçılık ve Organize
Suçlarla Mücadele
Daire Başkanlığı

Türkiye Uyuşturucu Raporu



2014

T.C.
İÇİŞLERİ BAKANLIĞI
EMNİYET GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı



Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu
Bağımlılığı İzleme Merkezi



Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu
Bağımlılığı İzleme Merkezi

EMCDDA 2014 ULUSAL RAPORU
(2013 Verileri)

Reitox Ulusal Temas Noktası

TÜRKİYE

Yeni Gelişmeler, Trendler, Seçilmiş Konular

TÜRKİYE UYUŞTURUCU VE UYUŞTURUCU BAĞIMLILIĞI
İZLEME MERKEZİ (TUBİM)

REITOX

İÇİNDEKİLER

ISBN Numarası : 978-605-149-685-6

Bakanlık Gen.Yayın No : 762

EGM Yay. Katalog No : 639

İÇİNDEKİLER	3
RAPORU HAZIRLAYAN EMCDDA TÜRKİYE ULUSAL İRTİBAT NOKTASI PERSONELİ	7
VERİ SAĞLAYAN KURUMLAR	8
ÖNSÖZ	11
KISALTMALAR	12
ÖZET	15
 1. BÖLÜM	25
UYUŞTURUCU MADDE POLİTİKASI: YASALAR, STRATEJİLER VE EKONOMİK ANALİZLER	25
1.1. Giriş	25
1.2. Yasal Çerçeve	25
1.2.1. Uyuşturucu Madde ile Mücadele Alanında Yeni Düzenlemeler (Kanunlar, Yönetmelikler, Genelgeler ve Diğer Uygulamalar)	25
1.2.1.1. Kanunlar	25
1.2.1.2. Yönetmelikler	28
1.2.1.3. Genelgeler	30
1.2.1.4. Diğer Uygulamalar	30
1.3. Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi ve Eylem Planlarının Değerlendirilmesi ve Koordinasyon	31
1.3.1. Ulusal Uyuşturucu Politika ve Stratejisi Belgesi ve Eylem Planı	31
1.3.2. Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi ve Eylem Planının Uygulaması ve Değerlendirilmesi	32
1.3.3. Diğer Uyuşturucu Madde Politikaları ile İlgili Gelişmeler	32
1.3.4. Koordinasyon Düzenlemeleri	33
1.4. Ekonomik Analizler	34
1.4.1. Kamu Harcamaları	34
1.4.2. Bütçe	35
1.4.3. Sosyal Maliyetler	35
 2. BÖLÜM	37
UYUŞTURUCU MADDE KULLANIM YAYGINLIĞI	37
2.1. Giriş	37
2.2. Genel Nüfusta Uyuşturucu Madde Kullanımı	37
2.3. Okullarda ve Genç Nüfusta Uyuşturucu Madde Kullanımı	37
2.4. Hedef Gruplar Arasında Uyuşturucu Madde Kullanımı /Ulusal ve Yerel Seviyede Düzenlemeler	40
 3. BÖLÜM	43
3.1. Giriş	43
3.2. Çevresel Önleme	44
3.2.1. Tütün ve Alkol Kontrolü Politikalarında Yapılan Düzenlemeler	44
3.2.1.1. Tütün Kontrolü Politikaları Yönünden Önleme Düzenlemeleri	44
3.2.1.2. Alkol Kontrolü Politikaları Yönünden Önleme Düzenlemeleri	45
3.3 Evrensel Önleme	45

3.3.1 Okul Odaklı Önleme.....	45
3.3.2. Aile Odaklı Önleme.....	46
3.3.3. Toplum Odaklı Önleme.....	46
3.4. Risk Altındaki Gruplarda Önleme.....	48
3.4.1. Çocuk ve Gençlere Yönelik Önleme.....	48
3.4.2. Sokakta Yaşayan/Çalışan Çocuklara Yönelik Önleme	48
3.4.3. Mahkumlara Yönelik Önleme	49
3.5 Birey Odaklı Önleme.....	49
3.6 Ulusal ve Yerel Medya Kampanyaları.....	49
4. BÖLÜM	51
YÜKSEK RİSKLİ UYUŞTURUCU MADDE KULLANIMI	51
4.1. Giriş	51
4.2. Yüksek Riskli Uyuşturucu Madde Kullanım Yaygınlığı ve Görülme Sıklığı Tahminleri.....	51
4.3. Yüksek Riskli Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Karakteristik Özellikleri	51
5. BÖLÜM	55
UYUŞTURUCU MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİ	55
5.1. Giriş	55
5.2. Genel Açıklama, Uygunluk ve Kalite Güvencesi.....	56
5.2.1. Strateji ve Politika	56
5.2.2. Tedavi Sistemleri	56
5.3. Tedaviye Erişim	58
5.3.1. Tedavi Gören Hastaların Özellikleri	58
5.3.2. Tedavi Gören Hastaların Eğilimleri.....	60
6. BÖLÜM	65
SAĞLIK İLİŞKİLERİ VE SONUÇLARI	65
6.1. Giriş	65
6.2. Uyuşturucu Madde Kullanımıyla İlişkili Bulaşıcı Hastalıklar	65
6.2.1. HIV/AIDS İnsidansı	65
6.2.2. Viral Hepatit İnsidansı	66
6.2.2.1. Hepatit B İnsidansı	67
6.2.2.2. Hepatit C İnsidansı	68
6.3. Uyuşturucu Madde Bağlantılı Diğer Sağlık Sorunları ve Sonuçlar	69
6.4. Madde Bağlantılı Ölümler ve Madde Bağımlıları Arasındaki Ölüm Oranı	70
6.4.1 Doğrudan Madde Bağlantılı Ölümler.....	70
6.4.2. Dolaylı Madde Bağlantılı Ölümler	75
6.4.3. Karşılaştırma ve Yönelim Analizi	78

7. BÖLÜM	89
SAĞLIK İLİŞKİSİ VE ETKİLERİNE YÖNELİK FAALİYETLER	89
7.1. Giriş	89
7.2. Uyuşturucu Madde Bağlantılı Acil Vakaların ve Ölümlerin Önlenmesi	89
7.3. Uyuşturucu Madde Bağlantılı Bulaşıcı Hastalıkların Önlenmesi ve Tedavisi	89
7.4. Uyuşturucu Madde Kullanıcıları Arasındaki Diğer Sağlık Sorunlarına Çözümler	89
8. BÖLÜM	91
UYUŞTURUCU MADDE BAĞIMLILARININ SOSYAL İLİŞKİLERİ VE TOPLUMA YENİDEN KAZANDIRILMALARI	91
8.1. Giriş	91
8.2. Sosyal Dışlanma ve Uyuşturucu Madde Kullanımı	93
8.3. Uyuşturucu Madde Bağımlılarının Toplumla Yeniden Entegrasyonları	93
8.3.1. Barınma	93
8.3.2. Eğitim	94
8.3.3. İstihdam	94
9. BÖLÜM	97
UYUŞTURUCU MADDE BAĞLANTILI SUÇLAR, UYUŞTURUCU MADDE BAĞLANTILI SUÇLARIN ÖNLENMESİ VE CEZAEVLERİ	97
9.1. Giriş	97
9.2. Uyuşturucu Madde Bağlantılı Suçlar	97
9.3. Uyuşturucu Kanunlarına Muhalefet	97
9.3.1. Uyuşturucu Bağlantılı Olay ve Şüpheli Sayıları	97
9.3.1.1. Toplam Olay ve Şüpheli Sayıları	97
9.3.1.2. Eroin	99
9.3.1.3. Esrar	100
9.3.1.4. Kokain	100
9.3.1.5. Ekstazi	101
9.3.1.6. Kaptopon	102
9.3.1.7. Metamfetamin	103
9.3.1.8. Sentetik Kannabinoidler (Bonzai vb.)	103
9.3.1.9. Asetik Anhidrit	104
9.3.2. Bağımlılık Yapıcı Madde Suçlarında Kullanıcı Profili Anketi (U-Formu)	105
9.3.3. Karapara Aklama / Suç Gelirlerinin Aklanması	112
9.4. Uyuşturucu Madde Bağlantılı Diğer Suçlar	113
9.5. Uyuşturucu Madde Bağlantılı Suçların Önlenmesi	113
9.6. Ceza Yargılama Sisteminde Müdahaleler	113
9.6.1. Cezaevine Alternatifler	113
9.6.2. Ceza Yargılama Sisteminde Diğer Müdahaleler	115
9.7. Cezaevlerinde Uyuşturucu Madde ve Problemlili Madde Kullanımı	116
9.8. Cezaevlerinde Uyuşturucu Madde Bağlantılı Sağlık Sorunlarına Çözümler	116

9.9. Cezaevinden Tahliye Olduktan Sonra Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Topluma Yeniden Kazandırılmaları.....	117
10. BÖLÜM	119
UYUŞTURUCU MADDENİN ARZ BOYUTU	119
10.1. Giriş	119
10.2. Ülkeye ve Ülke İçinde Arz.....	119
10.3. Yakalamalar.....	122
10.3.1. Afyon ve Türevleri	122
10.3.2. Esrar	124
10.3.3. Kokain	127
10.3.4. Ekstazi	128
10.3.5. Kaptagon	129
10.3.6. Metamfetamin	129
10.3.7. Sentetik Kannabinoidler (Bonzai vb.)	130
10.3.8. Asetik Anhidrit	133
10.4. Bulunabilirlik	133
10.4.1. Uyuşturucu Maddelerin Sokak ve Toptan Düzeyde Fiyatları	133
10.4.2. Uyuşturucu Maddelerin Saflığı / Etki Gücü	136
10.4.2.1 Uyuşturucu Maddelerin ve Tabletlerin Oluşumu	138
BÖLÜM B	141
REFERANSLAR	141
TABLolar	145
GRAFİKLER	149
ŞEKİLLER	155
EKLER	157

RAPORU HAZIRLAYAN**EMCDDA TÜRKİYE ULUSAL İRTİBAT NOKTASI PERSONELİ**

	Cengiz ERİŐİR	TUBİM Müdürü
	Bülent ÖZCAN	
	Mustafa ERSOY	
	Cenan EROL	
	Murat SARIKAMIŐLI	
	Berkan KESKİN	
	Turan BUDAK	
	Ali BERTAN	
	Halil TÜRKMEN	
	Resul OLUKMAN	
	Tülay ÇERÇİ	
	Onur ÖZEN	

VERİ SAĞLAYAN KURUMLAR

ADALET BAKANLIĞI

Adli Tıp Kurumu Başkanlığı
Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü

AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI

Aile ve Toplum Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü

ÇALIşMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI

Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı
Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü
Türkiye İş Kurumu Genel Müdürlüğü

DİYANET İşLERİ BAşKANLIĞI

GENÇLİK VE SPOR BAKANLIĞI

Gençlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü

GIDA TARIM VE HAYVANCILIK BAKANLIĞI

Toprak Mahsulleri Ofisi Genel Müdürlüğü
Bitkisel Üretim Genel Müdürlüğü
Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu

GÜMRÜK VE TİCARET BAKANLIĞI

Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü

İÇİşLERİ BAKANLIĞI

Emniyet Genel Müdürlüğü

Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele
Daire Başkanlığı
Koordinasyon ve Harekat Dairesi Başkanlığı
Ankara Kriminal Polis Laboratuvarı Müdürlüğü
İstanbul Kriminal Polis Laboratuvarı Müdürlüğü

Jandarma Genel Komutanlığı

Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele
Daire Başkanlığı
Kriminal Daire Başkanlığı

Sahil Güvenlik Komutanlığı

İstihbarat Başkanlığı

KALKINMA BAKANLIĞI

Türkiye İstatistik Kurumu

MALİYE BAKANLIĞI

Mali Suçların Araştırma Kurulu Başkanlığı

MİLLİ EĞİTİM BAKANLIĞI

Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

RADYO VE TELEVİZYON ÜST KURULU

TÜRKİYE RADYO-TELEVİZYON KURUMU

Katkılarından dolayı TUBİM Bilim Kurulu’nun değerli üyeleri;



Prof. Dr. Bülent ÇAPLI



Doç. Dr. Mustafa N. İLHAN



Prof. Dr. Cahide AYDIN



Prof. Dr. Recep AKDUR



Prof. Dr. Ferhunde ÖKTEM



Prof. Dr. Yıldırım B. DOĞAN



Prof. Dr. İbrahim CILGA



Prof. Dr. Zehra ARIKAN’a



Prof. Dr. İ. Hamit HANCI

teşekkür ederiz.

TUBİM



**T.C. İÇİŞLERİ BAKANLIĞI
EMNİYET GENEL MÜDÜRLÜĞÜ**



**KAÇAKÇILIK VE ORGANİZE
SUÇLARLA MÜCADELE
DAİRE BAŞKANLIĞI**

Önsöz

Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı bünyesinde yer alan Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM), hem ulusal düzeyde uyuşturucu ve uyuşturucu madde bağımlılığına ilişkin verileri toplayıp raporlamakta, hem de Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin (EMCDDA) Türkiye Temas Noktası olarak Türkiye verilerini EMCDDA ile paylaşma görevini sürdürmektedir.

TUBİM tarafından yerine getirilen ulusal düzeyde izleme görevinin en önemli çıktılarından olan Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2006 yılından beri yayınlanmakta olup, uyuşturucu ile etkin mücadele politikalarının oluşturulmasında ilgili kurum ve kuruluşların istifadesine sunulmaktadır.

Bu doğrultuda hazırlanan 2014 Türkiye Uyuşturucu Raporu, içerdiği veriler ve analizler neticesinde Türkiye'nin mevcut uyuşturucu durumunu ortaya koymaktadır. Her geçen yıl verilerin toplanmasında ve çeşitlilik kazanmasında sağlanan ilerleme, uyuşturucu madde ve uyuşturucu madde bağımlılığı üzerine çalışan kamu kurumu temsilcileri ve bilim insanları için, raporun önemli bir bilimsel kaynak olma özelliğini güçlendirmektedir.

Türkiye'nin uyuşturucu profilini yansıtan raporda, uyuşturucu madde ile mücadele politikaları, uyuşturucu madde kullanım yaygınlığına ilişkin yapılan çalışmalar, uyuşturucu kullanımının önlenmesi alanında yapılan faaliyetler, yüksek riskli uyuşturucu madde kullanımına ilişkin veriler, uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisine ilişkin bilgiler, uyuşturucu madde bağlantılı bulaşıcı hastalıklar ve ölümler, uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi sonrası rehabilitasyon

çalışmaları ve uyuşturucu maddenin arzı ile mücadeleye ilişkin güncel veriler yer almaktadır. Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) tarafından belirlenen standartlara ilişkin olarak hazırlanan rapor, aynı zamanda İngilizce diline çevrilerek basılmakta ve EMCDDA ile düzenli olarak paylaşılmaya devam edilmektedir.

Uyuşturucu ile mücadele konusunda; toplumsal bilincin ve farkındalığın artırılması, mevcut sorunların belirlenmesi ve gelecekte atılması gereken adımların tespitinin büyük önem taşıdığı gerçeği, ilgili kurum ve kuruluşların işbirliği içerisinde hareket etmesinin etkin bir mücadele için gerekli olduğunu ortaya koymaktadır. Bu yönüyle rapor, ilgili tüm kurum ve kuruluşların konuya olan hassasiyetlerinin ve kurumlar arasında sağlanan koordinasyonun bir göstergesi, aynı zamanda kurumlar arası işbirliğinin de önemli bir başarısıdır.

Raporun hazırlanmasında, hem veri sağlayan TUBİM'in Kurumsal Temas Noktaları ve bölüm yazarlarının, hem de diğer bölümlerin yazımı konusunda gerekli koordinasyonu sağlayan ve raporu yayıma hazırlayan TUBİM görevlilerinin gayretleri takdire değerdir. Bu önemli eserin ortaya çıkmasına katkı sağlayan tüm kişi ve kurumlara teşekkür eder, raporun uyuşturucu ile mücadele faaliyetlerinde tüm kurum ve kuruluşlarımızca faydalanılmasını ve sürdürülen çalışmalara yön vermesini dilerim.

Orhan ÖZDEMİR
Kaçakçılık ve Organize Suçlarla
Mücadele Daire Başkanı
1. Sınıf Emniyet Müdürü

KISALTMALAR

6-MAM	: 6-Monoacetylmorphine
AA	: Asetik Anhidrit
AB	: Avrupa Birliği
ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AIDS	: Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu
AKB-48	: 1-pentyl-N-tricyclo[3.3.1.1 ^{3,7}]dec-1-yl-1H-indazole-3-carboxamide
AM-2201	: 1-[(5-fluoropentyl)-1H-indol-3-yl]-(naphthalen-1-yl)methanone
AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi
ASPB	: Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı
ATK	: Adli Tıp Kurumu
BM	: Birleşmiş Milletler
BSRM	: Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezi
CEDIA	: Klonlanmış Enzim Donör Bağışıklık Analizi
CTEGM	: Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü
EGM	: Emniyet Genel Müdürlüğü
EMCDDA	: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
EU	: Euro
EWS	: Erken Uyarı Sistemi
GMGM	: Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü
GPS	: Genel Nüfus Araştırması
GSS	: Genel Sağlık Sigortası
HBs	: Hepatit B'ye Karşı Bağışık
HBsAG	: Hepatit B Virüsünün Yüzey Antijeni
HBV	: Hepatit B Virüsü
HCV	: Hepatit C Virüsü
HIV	: İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
HRDU	: Yüksek Riskli Madde Kullanımı
ICD	: Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması
INCB	: Uluslararası Narkotik Kontrol Kurulu
İLTEM	: TUBİM İl İrtibat Noktası
İŞKUR	: Türkiye İş Kurumu
JGK	: Jandarma Genel Komutanlığı
JWH-018	: Naphthalen-1-yl-(1-pentylindol-3-yl)methanone
JWH-0122	: (4-methyl-1-naphthalenyl)(1-pentyl-1H-indol-3-yl)-methanone

JWH-073	: Naphthalen-1-yl-(1-butylindol-3-yl)methanone
KBRM	: Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi
KOM	: Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele
MASAK	: Mali Suçları Araştırma Kurulu
MBÖ	: Uyuşturucu Madde Bağlantılı Ölüm
MDA	: 3,4-methylenedioxyamphetamine
MDEA	: Metil dietanolamin
MDMA	: 3,4 methylenedioxymethamphetamine
MMDMG	: Metil3-[metilidindioxy]fenil 2-metil glycidate
NN	: Adsız Narkotikler
OST	: Opiyat İkame Programı
PDU	: Problemlili Uyuşturucu Madde Kullanımı
PMK	: 3,4 Ethylenedioxyphenylacetone
REITOX	: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı Enformasyon Ağı
RNA	: Ribonükleik Asit
RTÜK	: Radyo ve Televizyon Üst Kurulu
SAMBA	: Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Programı
SGK	: Sosyal Güvenlik Kurumu
SRO	: Safrol Zengini Yağ
ST	: Standart Tablo
SUT	: Sağlık Uygulama Tebliği
ŞİB	: Şüpheli İşlem Bildirimi
ŞÖNİM	: Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi
TBMM	: Türkiye Büyük Millet Meclisi
TCK	: Türk Ceza Kanunu
THC	: Tetrahydrocannabinol
TİTCK	: Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu
TL	: Türk Lirası
TMO	: Toprak Mahsulleri Ofisi
TRT	: Türkiye Radyo-Televizyon Kurumu
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNODC	: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi
YPK	: Yüksek Planlama Kurulu

ÖZET

Uyuşturucu Madde Politikası: Yasalar, Stratejiler Ve Ekonomik Analizler

Uyuşturucu kavramı, sadece uyuşturma özelliğine sahip maddeleri ifade eder gibi düşünölse de, esasen keyif veren, kışkırtan, yatıştıran, hayal gördüren ve uyanıklık sağlayan maddeler için de kullanılan ve anlamı, toplumumuzun büyük bir bölümünün de anladığı şekilde, geniş anlamda düşünölmesi gereken bir kavramdır. Uyuşturucu kelimesi ile anlatılmak istenen, maddenin merkezi sinir sistemi üzerindeki etkisi değil, bu etkilerden bağımsız olarak belirli birtakım özellikleri taşıyan madde türlerinin tamamıdır (Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi 2013-2018).

“Uyuşturucu ile mücadele” kavramı ise, uyuşturucu sorununun mevcut durumunun ortaya konulması ve soruna dair çözümün, arz azaltımı, talep azaltımı, uluslararası işbirliği, bilgi toplama, araştırma, değerlendirme ve koordinasyon gibi boyutlarıyla ele alınmasıdır.

Uyuşturucu ile mücadele politikasına ilişkin birinci bölümde ilk olarak, uygulamada bulunan uyuşturucu maddeler ile ilgili mevzuata yer verilmiş, 2013 yılı ve sonrasında uyuşturucu maddeler ve uyuşturucu madde bağımlılığı ile mücadele eden ve hizmet yürüten kurumlar tarafından hazırlanan/takip edilen kanuni değeriklikler, TUBİM’e bildirildiği ölçüde yer almıştır.

Ulusal uyuşturucu politika ve stratejisinin ortaya konulduğu, I. Ulusal Uyuşturucu Strateji Belgesi ve II. Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı belgelerinin yürürlük sürelerinin 0/01/2013 tarihi itibarıyla sona ermesiyle birlikte, kurumlarımızın katkı ve mutabakatı ile hazırlanan II. Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi (2013-2018) ve III. Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı (2013-2015) hazırlanmıştır. Hazırlanan yeni belgelerin yürürlüğe konulması, 02.09.2013 tarihli Başbakanlık Makamının Olur’ları ile uygun bulunmuştur.

Çocuk haklarının etkin bir şekilde korunması ve koordinasyonun sağlanması için 2013-2017 yıllarını kapsayan “Türkiye Çocuk Hakları Strateji Belgesi” hazırlanmış ve YPK tarafından onaylanarak 14.12.2013 tarih ve 2013/33 sayılı karar no ile Resmi Gazete ’de yayımlanmıştır. Bu Strateji Belgesi, bütün çocukların refahını sağlamayı, yaşam kalitesini yükseltmeyi ve yaşama, gelişme, korunma, katılım gibi temel haklarını en üst düzeyde yaşayabilmelerini hedeflemektedir. 2013-2017 yıllarını kapsayan “Türkiye Çocuk Hakları Strateji Belgesi”, diğer uyuşturucu madde politikaları ile ilgili gelişmeler kısmında yer verilen, ulusal anlamda politika belirleme araçlarından olup, tüm çocukların bağımlılık türlerinden korunması için gereken önlemlerin alınması konusunda hükümler ortaya koymaktadır.

Uyuşturucu ile mücadelenin ulusal anlamda koordinasyonunun sağlanması konusunda yetkili olan TUBİM, 2013 yılı sonu itibarıyla “Arz ile Mücadele” ve “Talep Azaltımı, Tedavi ve Rehabilitasyon” olmak üzere iki ayrı bölümde yapılan Ulusal Uyuşturucu Koordinasyon Kurulları toplantılarını 18 kez gerçekeştirmiştir.

Diğer yandan Türkiye’de uyuşturucu ve uyuşturucu madde bağımlılığı ile mücadele alanında Ulusal Uyuşturucu Koordinasyon Kurullarına bilimsel destek sağlamak amacıyla Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı Belgesi (2007-2009)’ne istinaden oluşturulan TUBİM Bilim Kurulu 2013 yılı sonu itibarıyla 18 kez toplanmıştır.

Ulusal koordinasyonun önemli unsurlarından olan EWS Çalışma Grubu’nun toplantıları neticesinde 2007-2013 yılları arasında toplam 94 yeni psikoaktif madde 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun kapsamına alınmıştır. Öte yandan 2014 yılı

içerisinde yasa kapsamına alınan 246 yeni psikoaktif madde ile birlikte 2007-2014 yılları arasında toplam 340 yeni psikoaktif madde yasa kapsamına alınmıştır.

Türkiye’de uyuşturucu ile mücadele alanında yapılan kamu harcamaları ise ilk kez 2010 yılında TUBİM tarafından raporlanmış olup söz konusu alandaki verilerin daha sağlıklı ve sistematik toplanabilmesi amacıyla 2011 yılında “Yasa Dışı Bağımlılık Yapıcı Maddeler İle Mücadeleye Yönelik Kamu Harcamaları Formu” geliştirilmiştir. Bu form aracılığıyla toplanan veriler 2012 yılından itibaren (2011 yılı verileri) raporlanmaya başlanmıştır. Öte yandan mevcut veri kapasitesini artırmak amacıyla daha önce yalnızca merkezi kurumlardan toplanan bu veriler, 2013 yılından itibaren (2012 yılı verileri) il belediyelerinden de toplanmaya başlanmıştır.

2012 yılında kamu harcamaları bir önceki yıla göre %6,21’lik bir artış ile 395.792.281 TL olarak gerçekleşmiştir. 2013 yılında ise kamu harcamaları bir önceki yıla göre büyük bir artış (%87,86) göstermiş ve 743.546.907 TL olarak gerçekleşmiştir. Bu artışın büyük bir bölümünün bir kurumumuzun araç-gereç ve alt yapı giderlerinin bir önceki yıla ait giderlerinden çok fazla olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Uyuşturucu Madde Kullanım Yaygınlığı

2011 yılında TUBİM tarafından yapılan Genel Nüfusta Madde Kullanımı Araştırmasında 25 ilde 8.145 hane halkı ile görüşülmüştür. Yapılan çalışmada yaşam boyu madde kullanım sıklığı %2,7 bulunmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, 15-24 yaş grubunda olmak, erkek olmak, bekar olmak, gelir düzeyi 500 TL ve altında olmak (araştırmanın yapıldığı sırada <200 EU ya da <250 USD), tütün, alkol, hekim önerisi dışında ilaç kullanıyor olmak uyuşturucu kullanımını anlamlı biçimde artırmaktadır.

2011 yılında yapılan TUBİM Genç Nüfusta Madde Kullanım Yaygınlığı Araştırmasında toplam 32 ilde genel ve teknik lise dağılımına göre alınan örnekleme 11.812 kişiye ulaşılmıştır. Öğrencilerin %49’u kız (5.783 kişi), %51’i erkek (6.029 kişi) olup yaş ortalaması 15,23±0,69, ortancası 15,00 olarak tespit edilmiştir.

Genç nüfusta madde kullanım yaygınlığı araştırmasında, yaşam boyu madde kullanım sıklığı %1,5’dir. %1,1’inin ailesinde tütün ya da alkol dışında başka madde kullanan birisi vardır ve bu kişilerin %87,4’ü anne/baba/kardeşlerden birisidir. Maddeyi ilk kez kullanma yaş ortalaması 13,88±2,39, ortancası 14,00 olarak tespit edilmiştir.

Halen madde kullananların %42,1’i haftada 1 kez, %36,8’i haftada 2 kez madde kullanmaktadır. Madde kullananların %49,5’i kullandıkları maddelerin adlarını belirtmişlerdir. Kullanılan maddelere ilişkin yanıtlar yaklaşık grubun yarısı olmakla birlikte, ilk sırada esrar gelirken ikinci sırada uçucular yer almaktadır. Yine az yanıt verilmekle birlikte her 5 kullanıcıdan birisinin çoklu madde kullandığı belirlenmiştir. Madde en çok solunum ve ağız yolu ile alınmaktadır. Kızların %0,7’si, erkeklerin %2,3’ü madde kullanmayı denemiştir.

Tüm kullandığı maddeyi bildirenler içinde esrar ve türevleri %84,1 ile ilk sırayı alırken, peşi sıra %32,9 ile uçucular ve %22,7 ile uyarıcılar gelmektedir. Esrar, kullandığı maddeyi bildirenler içinde ilk tercihte %61,3, ikinci tercihte %39,1, üçüncü tercihte %25 sıklıkla ilk sıralarda yer almaktadır.

Gençlerin bu çalışmaya içtenlikle katıldığı izlenimi edinilmiştir. Madde seçeneklerinin verilmemesinin bir sorun yaratmadığı, aksine esrar ve türevlerine ilişkin çok sayıda ismin belirtilerek gençlerin kendi bildiklerini aktardığı gözlenmiştir. Sonuçlar, Türkiye’de tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığının belli bir düzeyde gittiğini, ihmal edilir nitelikte olmadığını, ilaç kullanımının önemsenmesini ve Türkiye’nin bu alanda kendine özgü koruma ve önleme planlarını yapması gerektiğini düşündürmektedir.

Önleme

Uyuşturucu madde kullanımı ve bağımlılığına karşı yürütülecek mücadelenin en önemli kısmını önleme faaliyetleri oluşturmaktadır. Önleme, bireylerin zararlı alışkanlıklar edinmelerinin önüne geçmek amacıyla yapılan ve onların sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi hedefini esas alan, ön tedbir amacıyla yapılan faaliyetlerin tümüne verilen isimdir.

Önleme faaliyetlerinin temel amacı, uyuşturucu maddenin bireylere ulaştığı noktada, bireyin kullanmayı reddetmesi ve bağımlılık riskini en alt

seviyeye indirmesini sağlamaktır. Kolluk kuvvetleri tarafından uyuşturucu maddelerin satışına ve kaçakçılığına yönelik gerçekleştirilen mücadele ancak önleme faaliyetleri ile desteklendiği ölçüde başarılı olabilecektir.

Türkiye’de yapılan önleme çalışmalarının uygulandığı hedef gruplara baktığımızda, bu grupların büyük çoğunluğunu, uyuşturucu kullanımına başlama yaşının da yoğunlaştığı 15-24 yaş arasındaki gençler oluşturmaktadır. Bununla birlikte aileler, öğretmenler, kamu görevlileri ve sivil toplum örgütleri de önleme çalışmalarında önem verilen diğer gruplardır.

Farklı birçok kurum ve kuruluş tarafından uyuşturucu kullanımı ve bağımlılığının önlenmesi amacıyla çalışmalar yapılmaktadır. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) Şube Müdürlüğü de, 81 ilde bulunan Madde Kullanımı ile Mücadele Büro Amirliklerinde çalışan TUBİM İl İrtibat Noktası (İLTEM) personeli aracılığıyla önleme alanında faaliyetler gerçekleştirmektedir.

Madde Kullanımı ile Mücadele Temel Eğitimi almış uzman personel aracılığıyla 2013 yılında gerçekleştirilen çalışmalarla, toplam 3.848 faaliyette; 476.885 öğrenci, 62.244 aile, 61.080 kamu görevlisi, 18.756 öğretmen ve 54.230 diğer gruplardan olmak üzere toplam 673.195 kişiye yönelik olarak konferans, seminer, tiyatro gibi önleyici aktiviteler yapılmıştır.

Yüksek Riskli Uyuşturucu Madde Kullanımı

Türkiye’de 2010-2011 yıllarında TUBİM uzmanları ile ulusal ve uluslararası uzmanların katılımı ile ilk kez PDU ölçütü hesaplanmıştır. Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde yapılan çalışmaya göre problemlü afyon kullanıcısı Ankara için 5.800, İstanbul için 25.000 civarında, problemlü esrar kullanıcısı Ankara için 28.500, İzmir için 33.400 civarında saptanmıştır.

2013 yılında AMATEM Uzmanları ile görüşülerek yapılan hesaplama göre Türkiye’de Problemlü Madde Kullanıcı sayısı (esrar ve ekstazi haricinde) 59.895 (46.087-73.704) olarak tahmin edilmiştir.

Yüksek Riskli Uyuşturucu Kullanımına (HRDU) yönelik farklı yöntemler söz konusu olsa bile birçok Avrupa Birliği ülkesinde birden fazla yöntemin birlikte kullanıldığını görülmektedir.

Bu yaklaşımın temel amacı, hesaplamaların gerçeğe en yakın oranda tahmin edilebilmesidir. Ancak, tek bir veri seti kullanılarak elde edilen çarpan yöntemi (tedavi verileri, polis verileri ya da ölüm verileri), genel olarak kabul edilen önemli bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır.

Ölüm verileri (mortalite) kullanılarak yapılan çarpan yönteminin zayıf tarafları olduğu gibi (tek bir veriye bağlı olması gibi) güçlü olduğu yönler de vardır (tamamen yüksek riskli kullanımı tespit edebilmesi gibi). Dolayısıyla, uyuşturucu bağlantılı ölüm verileri, maddenin yüksek riskini gösterebilmekte ve tahmini sonucu daha net ortaya koyabilmektedir.

Geçtiğimiz yıllarda Türkiye’nin EMCDDA’ya gönderdiği raporlarda kullanılan çarpan yöntemi için Bargagli ve arkadaşlarının (2006) çalışması Türkiye’ye uyarlanmıştır. Bu çalışmada, Avrupa’nın 8 kentindeki ölüm verileri çerçevesinde bir hesaplama yapılmıştır. Aynı araştırma verilerinin Türkiye’deki ölüm verilerine uyarlanarak elde edilecek hesaplamanın, Türkiye’deki yüksek riskli uyuşturucu sayısını gösterebileceği değerlendirilmektedir.

Bargagli ve arkadaşlarının yaptığı söz konusu çalışma neticesinde yaklaşık olarak her 1000 yüksek riskli uyuşturucu kullanıcısından, en düşük 3,09 ila en yüksek 7,37 değer arasındaki kişi kadar ölüm gerçekleştiği tespit edilmiştir (araştırmadaki bazı farklı değerler dahil edilmemiştir). Bargagli ve arkadaşlarının (2006) araştırmasında, bu 8 kente ilişkin değerlerin ortalaması ise yaklaşık 6,44 olarak tespit edilmiştir.

Dolayısıyla Türkiye’de de bu çarpan sayı çerçevesinde, doğrudan (n=232) ve dolaylı ölüm verileri (n=416) böyle bir hesaplama dahil edilirse; 2013 yılında uyuşturucu bağlantılı ölüm verilerini (doğrudan ve dolaylı, n=648) (Bkz. Bölüm 6) Avrupa verilerine oranlayarak, Türkiye’de her 1.000 uyuşturucu kullanıcısından yaklaşık 6,44 kişinin öldüğünü varsayarsak; Türkiye’de yaklaşık olarak 100.621 kişinin yüksek riskli uyuşturucu kullanıcısı olduğu şeklinde bir sonuca ulaşabiliriz.

Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Tedavisi

Türkiye’de bağımlılık tedavisi Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastanelerinde, üniversitelerin Tıp Fakültesi psikiyatri kliniklerinde, Sağlık Bakanlığı ile ortak üniversite hastanelerinde ve bazı özel hastanelerin ilgili birimlerinde yapılmaktadır. Bağımlılık tedavisi yapan 26 tedavi merkezi bulunmaktadır ve toplam 706 hasta yatağı ayrılmıştır. Bunun 479 adedi Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde, 227 adedi ise üniversite ve özel hastaneler bünyesinde yer almaktadır. Tanımlanan bu kapasite alkol ve madde bağımlılığı tedavisi için toplam sayıdır.

2013 yılında 2 yeni merkez hizmete girmiş ve 2013 yılında Türkiye genelinde yatarak uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi hizmeti sunan 25 merkez bu çalışmaya veri sağlamıştır.

Uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisinin daha iyi seviyelere çıkarılması için, tedavi merkezlerinin kapasite ve ulaşılabilirliğinin artırılmasının yanı sıra, sunulan tedavinin kalitesinin artırılması ve standardizasyonunun sağlanması gereklidir. Bu amaçla, bağımlılık tedavi merkezlerinde çalışacak personel için Sağlık Bakanlığı tarafından standart bir eğitim programı oluşturulmuş ve 2013 yılında 35 kişi bu eğitimden geçerek sertifikalandırılmıştır. Altı ay süren bu eğitim teorik ve uygulamalı bölümlerden oluşmaktadır.

Türkiye’deki uyuşturucu bağımlılığına ilişkin verilere baktığımızda ise, tedavi gören bağımlı hastaların yaklaşık %95,3’ünün, Sağlık Bakanlığı’na bağlı merkezlerde tedavi olduğunu ve tedavi giderlerinin büyük ölçüde Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılandığını görmekteyiz. Resmi verilere göre 2012 yılında herhangi bir nedenle tedavi merkezine başvuran kişilerin giderlerinin %80,3’ünün SGK, %12,3’ünün GSS ve %4,3’ünün kendisi tarafından karşılandığı bildirilmiştir (TÜİK Sağlık Araştırması 2012).

Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğüne, 2013 yılları arasında, Türk Ceza Kanununun 191. Maddesi kapsamında mahkemelerce haklarında uyuşturucu ve uyarıcı madde tedavisi ile denetimli serbestlik tedbiri uygulanması kararı verilen dosya sayısı 141.454 olarak bildirilmiştir. Denetimli serbestlik kararı verilen bu dosyaların %92’sinin (130.345) yetişkin, %8’inin (11.109) ise çocuk olduğu tespit edilmiştir (Bkz. Bölüm 9).

2014 yılı içerisinde Denetimli Serbestlik yasası değiştirilmiştir. Madde kullanmak da suç kapsamına alınmış, daha önceden 1 yıldan 2 yıla kadar hapis ile cezalandırılan madde bulundurma ve yeni haliyle kullanma-bulundurma suçunun cezası 2 yıl ile 5 yıl arasına çıkarılmıştır. Bir eklemeye, daha önce denetimli serbestlik tedbirinden yararlanmış bir kişinin 5 yıl içinde ikinci kez yararlanması engellenmiştir.

Denetimli serbestlik faaliyetleri kapsamında hayata geçirilen SAMBA (Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı) Tedavi Programı ise, standardize edilmiş bir psikososyal programdır ve 17 oturumdan oluşmaktadır. Yetişkin, ergen ve ailelere yönelik ayrı uygulamaları vardır. 2013 yılında 23 merkezde toplam 65 kişi bu program için uygulayıcı eğitimi almıştır.

2013 yılı içerisinde toplam 7.897 yatarak tedavi gören hasta kaydı bulunmaktadır. Veri tabanı 24 tedavi merkezinden manuel olarak doldurulan formlardan oluşmaktadır. Formlar kodlama ile doldurulduğundan kişilerin kimlik bilgileri gizli tutulmaktadır. 2013 yıllı içinde hizmet veren 24 merkezin tamamı veri sağlamıştır.

Ayrıca 218.574 ayaktan tedavi alan hastanın 91.486’i ise Denetimli Serbestlik uygulamaları kapsamında tedavi merkezlerine başvurmuştur. Yatarak tedavi gören hastaların verileri incelendiğinde 2012 yılında 5.845 iken 2013 yılında yaklaşık %35’lük bir artışla 7.897 olmuştur. Bu artış tedavi istatistiklerinin daha düzenli toplanması ve kurumsal kayıtların güvenilir tutulması ile açıklanabilir.

2013 yılında tedavi görenlerin %51,5’i (3.738) ilk kez tedavi gördüğünü (daha önce hiç tedavi görmediğini) belirtirken, %48,5’i (3.527) daha önce tedavi gördüğünü belirtmiştir. 2013 yılı verilerinde bilgisine ulaşamayan hasta bulunmamaktadır. 2013 yılında ilk kez tedaviye başvuranların sayısının 2012 yılına göre %48,4, daha önce tedavi görmüş olanların da bir önceki yıla göre %61,8 oranında yükseldiği görülmektedir.

Yaş gruplarına göre sınıflandırma yapıldığında, tedavi olanların; %30,1’inin (2.190) 20-24 yaş aralığında, %26,8’inin (1.944) 25-29 yaş aralığında, %16,7’sinin (1.233) 15-19 yaş aralığında, %17’sinin (903) 30-34 yaş aralığında, %7’sinin (502) 35-39 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

2013 yılında tedavi gören hastaların eğitim durumları incelendiğinde; %1,8'inin (132) hiç okula gitmemiş, %25,7'sinin (1870) 1-5 yıl eğitim aldığı, %43'ünün (3126) 6-8 yıl eğitim aldığı, %25'inin (1817) 9-12 yıl eğitim aldığı, %4,4'ünün (320) yüksekokul mezunu olduğu görülmektedir.

Sağlık İlişkileri ve Sonuçları

2012 yılında 162 doğrudan MBÖ olayı meydana gelirken, 2013 yılında %43,2 artış göstererek 232'ye yükselmiştir. 2013 yılı doğrudan MBÖ olayları cinsiyete göre incelendiğinde; %97'sinin (n:225) erkek, %3'ünün (n:7) kadın olduğu saptanmıştır.

Genel ölüm verilerine baktığımızda 2013 yılında 232 olan doğrudan MBÖ olayı meydana gelmiştir. TÜİK tarafından sağlanan genel ölüm kayıtlarına göre, 2013 yılı içinde meydana gelen ölümlerin (372.094) %0,06'sının MBÖ olduğu tespit edilmiştir.

Doğrudan MBÖ olgularının yaş ortalamalarının; erkeklerde 31 (min:14-maks:68), kadınlarda 33,3 (min:16-maks:48), genel ortalama ise 31,1 olduğu saptanmıştır. Doğrudan MBÖ'lerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; yaklaşık %0,4'ünün 15 yaş altında, %11,2'sinin 15-19, %19'unun 20-24, %23,3'ünün 25-29, %10,8'inin 30-34, %11,6'sının 35-39, %11,2'sinin 40-44, %3,4'ünün 45-49, %2,6'sının 50-54, %2,2'sinin 55-59, %1,3'ünün 60-64 yaş grubunda, %0,9'unun 65 yaş ve üstünde olduğu, %2,2'sinin ise yaşının bilinmediği saptanmıştır.

2013 yılı doğrudan MBÖ olgularının en sık 25-29 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Erkek olguların yaş dağılımı her iki cinsiyetin toplamına çok yakın olup, kadın olguların dağılımı hakkında olgu sayısının azlığı nedeniyle ileri yorum yapılamamıştır.

Doğrudan MBÖ'ler illere göre incelendiğinde; ölümlerin toplam 26 ilde görüldüğü ve en yüksek ölüm oranının İstanbul'da (n:115, %49,6) gerçekleştiği saptanmıştır. İstanbul'u sıklıkla sırasıyla Antalya (n:25, %10,8), Adana (n:17, %7,3), Ankara (n:13, %5,6), İzmir (n:11, %4,7), Mersin (n:7, %3), Gaziantep (n:7, %3), Kocaeli (n:5, %2,5), Hatay (n:4, %1,7) izlemektedir. Bursa, Konya, Manisa illerinin her birinde 3 olgu (%1,3); Diyarbakır, Hakkari, Kayseri, Osmaniye ve Şanlıurfa illerinin her birinde 2 olgu (%0,86); Aydın, Afyon, Muğla, Muş, Kastamonu, Sivas, Tekirdağ, Van ve Yalova illerinin her birinde ise 1 olgu (%0,43) saptanmıştır.

2013 yılında Türkiye'de 416 dolaylı MBÖ olgusu saptanmıştır. Olguların %97,1'i (n:404) erkek, %2,9'u (n:12) kadındır. Erkeklerin yaş ortalaması 32,8 (min:13-maks:77), kadınların yaş ortalaması 26,6 (min:19-maks:35) ve tüm olguların yaş ortalaması 32,6 (min:13-maks:77) olarak hesaplanmıştır.

Dolaylı MBÖ olgularının yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde; 15 yaş altında 2; 15-19 yaş grubunda 32; 20-24 yaş grubunda 81; 25-29 yaş grubunda 76; 30-34 yaş grubunda 69; 35-39 yaş grubunda 40; 40-44 yaş grubunda 31; 45-49 yaş grubunda 24; 50-54 yaş grubunda 13; 55-59 yaş grubunda 16; 60-64 yaş grubunda 8; 65 yaş üzerinde 6 ölüm olayının gerçekleştiği, 18 olgunun yaşının bilinmediği saptanmıştır. 2013 yılı dolaylı MBÖ olgularının en sık 20-24 yaş grubunda olduğu saptanmıştır.

Olguların ölüm nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde; önceki yıllardan farklı olarak en sık ölüm nedeni ateşli silah yaralanması olup, sıklıkla sırasıyla; trafik kazası, kalp-damar hastalığı, kesici-delici alet yaralanması, ası, bilinmeyen, yüksekte düşme, suda boğulma, künt kafa travması (cinayet orijinli), karbonmonoksit intoksikasyonu, akciğer enfeksiyonu ve elektrik yaralanması şeklinde devam etmektedir.

Dolaylı MBÖ'ler illere göre incelendiğinde; ölümlerin 50 ilde ve en yüksek ölüm oranının İstanbul'da 134 (%32,2) gerçekleştiği saptanmıştır. İstanbul'u sıklıkla sırasıyla; İzmir 41 (%10,7), Adana 37 (%8,9), Ankara 28 (%6,7), Antalya 22 (%5,3), Manisa 17 (%4,1), Mersin 12 (%2,9), Sakarya 11 (%2,6), Samsun 9 (%2,2), Aydın 8 (%1,9), Muğla 8 (%1,9), Tekirdağ 7 (%1,7) ve Düzce 5 (%1,2), Kayseri 5 (%1,2) izlemekte olup Bingöl, Elazığ, Rize, Trabzon ve Uşak illerinin her birinde 4 (%1); Artvin, Kocaeli, Diyarbakır, Urfa, Malatya, Niğde ve Zonguldak illerinin her birinde 3 (%0,7); Ağrı, Hatay, Kütahya, Osmaniye, Çorum, Gaziantep ve Van illerinin her birinde 2 (%0,5); Afyonkarahisar, Aksaray, Amasya, Ardahan, Bayburt, Bolu, Bursa, Çanakkale, Çankırı, Hakkari, Iğdır, Karabük, Kırıkkale, Kırklareli, Sinop, Sivas ve Yalova illerinin her birinde 1 (%0,2) olgu saptanmıştır.

Uyuşturucu Madde Bağımlılarının Sosyal İlişkileri ve Toplumla Yeniden Kazandırılmaları

Uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi zor bir süreç olmakla birlikte, başarıya ulaşma ihtimali ancak devamında gerçekleştirilecek rehabilitasyon faaliyetleri ile mümkün olan bir olgudur. Bağımlıların sosyal hayata tekrar adapte olmasının zor olduğu toplumlar, bağımlılık tedavisinde başarı oranının en düşük olduğu toplumlardır. Bu açıdan sadece tedavi değil, devamında yapılacak olan topluma yeniden kazandırma faaliyetleri de sağlıklı bir toplum için önemlidir.

Türkiye’de tedavi sonrası süreçlere ilişkin duruma baktığımızda, öncelikle tedaviden beklenen sonucun alınması oranının yeterli rehabilitasyon çalışması olmaması dolayısıyla düştüğü belirtilmelidir. Çünkü bağımlılık tedavisi ancak tam manasıyla gerçekleştirilen sosyal bütünleşme programlarının varlığıyla başarıya ulaşabilecek bir süreçtir. Bu anlamda bireyin tekrar uyuşturucu madde kullanımı davranışı göstermesinin önüne geçmek için ekonomik, psikolojik ve sosyal bazı faktörlerin, bireyin hayatını kolaylaştıracak şekilde değiştirilmesi gerekmektedir. 2013 yılında bağımlılık tedavi merkezlerinde yatarak tedavi gören hastaların %48,54’ünün daha önceden tedavi gördüğünü söylemesi, Türkiye’de uygulanmakta olan tedavi ve devamındaki sosyal rehabilitasyonun ne kadar yetersiz kaldığını ortaya koymaktadır.

Uyuşturucu Madde Bağlantılı Suçlar, Uyuşturucu Madde Bağlantılı Suçların Önlenmesi ve Cezaevleri

2013 yılında Türkiye genelinde toplam 98.933 uyuşturucu olayı meydana gelmiş, bu olaylarda 148.121 şüpheli yakalanmıştır. Önceki yıllarla karşılaştırıldığında; 2013 yılında hem olay sayısında hem de şüpheli sayısında bir artış meydana gelmiştir. Bir önceki yıla göre olay sayısındaki artış %19,01, şüpheli sayısındaki artış ise %13,90 oranında gerçekleşmiştir.

Türkiye’de 2013 yılında gerçekleşen toplam 98.933 uyuşturucu olayı suç türlerine göre incelendiğinde; 81.363 olayın (%82,24) kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma (TCK m:191), 13.840 olayın (%13,99) uyuşturucu madde imal ve ticareti (TCK m:188), ve 4 olayın kullanımı kolaylaştırma (TCK m:190), 3.706 olayın (%3,75) 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanununa muhalefet ve 20 olayın (%0,02) ise 3298 sayılı

Uyuşturucu Maddeler İle İlgili Kanununa muhalefet kapsamında gerçekleştiği anlaşılmıştır.

Türkiye’de 2013 yılında yakalanan toplam 148.121 şüphelinin suç türlerine göre dağılımı incelendiğinde; 112.505 şüphelinin (%75,95) kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma (TCK m:191), 31.183 şüphelinin (%21,05) uyuşturucu madde imal ve ticareti (TCK m:188), 5 şüphelinin kullanımı kolaylaştırma (TCK m:190), 4.407 şüphelinin (%2,98) 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanununa muhalefet ve 21 şüphelinin (%0,01) ise 3298 sayılı Uyuşturucu Maddeler İle İlgili Kanununa muhalefet kapsamında yakalandığı anlaşılmıştır.

Türkiye’de 2013 yılında 6.096 eroin olayı gerçekleşmiş, bu olaylarda 9.849 şüpheli yakalanmıştır. Türkiye’de 2013 yılında 69.780 esrar olayı gerçekleşmiş, bu olaylarda 106.390 şüpheli yakalanmıştır. Türkiye’de 2013 yılında 863 kokain olayı gerçekleşmiş ve bu olaylarda 1.288 şüpheli yakalanmıştır. Türkiye’de 2013 yılında 4.274 ekstazi olayı gerçekleşmiş ve bu olaylarda 6.271 şüpheli yakalanmıştır. 2013 yılında, toplam 227 kaptagon¹ olayı gerçekleşmiş ve bu olaylarda 380 şüpheli yakalanmıştır. Türkiye’de 2009 yılından itibaren görülmeye başlayan metamfetamin maddesinin olay sayısı sürekli artış göstermektedir. 2013 yılında Türkiye’de 119 metamfetamin olayı gerçekleşmiş ve bu olaylarda 197 şüpheli yakalanmıştır. Türkiye’de yakalanan asetik anhidrit maddesi az sayıda gerçekleşen olaylarda ele geçirilmektedir. 2013 yılında gerçekleşen asetik anhidrit olay sayısında 2011 ve 2012 yılına göre bir değişiklik olmamış ve yine 3 olay meydana gelmiştir. Bu olaylarda toplam 7 şüpheli yakalanmıştır.

Türkiye’de ilk defa sokak ismi “Bonzai” (JWH-018) olarak karşımıza çıkan ve değişik türleriyle hızla yayılan sentetik kannabinoidler, TUBİM koordinesinde gerçekleşen EWS Ulusal Çalışma Grubu’nun çalışmaları neticesinde, 2011 yılında 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun kapsamına alınmıştır. Türkiye’de 2013 yılında 11.139 sentetik kannabinoid olayı gerçekleşmiş ve bu olaylarda 15.065 şüpheli yakalanmıştır.

TUBİM İl İtibat Noktası (İLTEM) personeline uygulanan “Bağımlılık Yapıcı Madde Suçlarında Kullanıcı Profili Anketi-U Formu” verilerine göre; uyuşturucu madde kullanıcılarının maddeye başlama nedeni olarak, arkadaş etkisi (%48,98) ve

¹ Kaptagon logolu ve görünümünde olup, etken madde olarak amfetamin içeren tabletler.

merak (%23,71) ilk iki sırada gelmektedir. Ankete katılan şahısların büyük çoğunluğunun (%72,25) 18-29 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

U Formu verilerine göre, uyuşturucu madde kullanıcılarının ortalama yaşı 26,33'tür. Öte yandan ankete katılan uyuşturucu madde kullanıcılarının büyük çoğunluğunun (%75,61) 18-29 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Uyuşturucu madde kullanıcılarının büyük çoğunluğunun (%69,74) ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir. Öte yandan TUBİM GPS Araştırmasının² sonuçlarına göre, öğrenim durumu ile uyuşturucu madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır. Bu nedenle U Formu verilerinin, "düşük öğrenim düzeyine sahip kişilerde kullanım oranının daha yaygındır" şeklinde yorumlanmasının doğru olmayacağı değerlendirilmektedir.

Uyuşturucu madde kullanıcılarının kullandıkları ilk maddeye (sigara ve alkol dahil) bakıldığında; kullanıcıların büyük çoğunluğunun (%84,06) sigara ile maddeye başladıkları görülmektedir. Bu nedenle sigaranın uyuşturucu madde kullanımına geçişte bir basamak olduğu değerlendirilmektedir.

U Formu verilerine göre; uyuşturucu madde kullanıcılarının büyük çoğunluğu (%66,49) hiç evlenmemiş kişilerden oluşmaktadır. Öte yandan TÜİK'in 2013 yılı verilerine göre; Türkiye'deki 15 yaş ve üzeri kişilerin %27,38'i hiç evlenmemiş, %63,92'si evli, %5,44'ü boşanmış iken %3,26'sının ise eşi ölmüştür. Türkiye genelinde 15 yaşından büyük kişiler arasında hiç evlenmeyenlerin oranı %27,38 iken U Formu verilerinde hiç evlenmeyen uyuşturucu madde kullanıcılarının oranı oldukça yüksektir (%66,49). Bununla birlikte GPS araştırması sonucunda medeni durum ile uyuşturucu madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu anlaşılmıştır. GPS araştırmasının sonuçları, madde kullanımının bekarlar arasında daha yaygın olduğunu göstermektedir.

Uyuşturucu Maddelerin Arz Boyutu (Uyuşturucu Madde Piyasası)

Türkiye, stratejik konumu gereği Asya ve Avrupa kıtaları arasında yasal veya yasa dışı ticareti yapılan ürünlerin yoğun akışına maruz kalmaktadır. Bu bağlamda Türkiye, 2013 yılında da Afganistan kaynaklı afyon ve türevleri kaçakçılığına maruz kalmaya devam etmiştir.

2013 yılında global potansiyel afyon üretimi 6.883 ton olarak tahmin edilmektedir. Bu rakam 2012 yılına göre %40,3 oranında bir artış ifade etmektedir. (Grafik 10-2). Afganistan'daki potansiyel afyon üretimi, 2012 yılındaki 3.700 ton seviyesinden %49'luk bir artışla 2013'te 5.500 ton olarak tahmin edilmektedir (UNODC Afganistan Afyon Araştırması, 2013:10). Afganistan'daki afyon üretimi dünya geneli afyon üretiminin %80'ini oluşturmaktadır (UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014:21)

Global potansiyel eroin imali 2013 yılında 2012 yılına göre %45,5 artarak 560 tona yükselmiştir (UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014:21). 2013 yılında Türkiye'de 210 kg afyon yakalanmıştır. Türkiye'nin iç pazarında afyon talebi yok denecek kadar azdır. 2012 ve 2013 yıllarında yakalanan afyon maddesinin çoğunluğu Kanada, ABD, İngiltere, Avustralya ve Arnavutluk gibi ülkelere kargo ile sevk edilirken ele geçirilmiştir.

2013 yılında Türkiye'de yakalanan afyon ve türevlerinin %98,44'ü eroin formundadır. Afganistan ve İran İslam Cumhuriyeti menşeli eroinin Türkiye'ye başta Hakkari, Van ve Ağrı olmak üzere doğu illerimizden yasa dışı yollardan girişinin yapıldığı, ancak son zamanlarda Kuzey Irak'tan temin edilen eroinin Habur Sınır Kapısı'ndan da Türkiye'ye girişinin olduğu tespit edilmiştir. 2012 yılında dünyada en fazla eroin yakalayan ülke olan Türkiye'de (UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014), 2006'dan beri her yıl tüm AB ülkelerinin tamamından daha fazla eroin yakalanmıştır. 2012 yılında Türkiye'de 13.301 kg eroin yakalanmışken, 2013 yılında %1,35'lik bir artışla bu sayı 13.480 kg olmuştur.

Esrar, dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de en fazla kullanılan ve yakalanan uyuşturucu olmaya devam etmiştir. Türkiye'de üretilen esrar, suç organizasyonları tarafından iç piyasaya sürülmektedir. Esrar Türkiye'de daha çok kubar formunda üretilmekte ve tüketilmektedir. Türkiye 2012 yılında Avrupa genelinde en fazla esrar yakalayan ikinci ülke olmuştur. 2012 yılında Türkiye'de 152.086 kg esrar yakalanmışken, 2013 yılında %80,41'lik bir artışla bu sayı 274.380 kg olmuştur.

Kokain kaçakçılığında Türkiye hem transit hem de hedef ülke olarak etkilenmektedir. Türkiye'yi hedef

² Türkiye'de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması (TUBİM GPS Araştırması); 2011 yılında TUBİM tarafından, TÜİK tarafından belirlenen 25 ilde, yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır. Çalışmada toplam 8.045 kişiye ulaşılmıştır.

alan kokain trafiğinin başlangıç noktası Arjantin, Brezilya, Ekvator, Paraguay ve Venezuela'dır. Bunun yanı sıra Türkiye'nin hedef olduğu birçok olayda kokain, öncelikle Batı Afrika'ya daha sonra da Türkiye'ye sevk edilmektedir. Kokain, Güney Amerika'dan Türkiye'ye kimi zaman konteynerler içerisine yüklenerek deniz yoluyla, kimi zaman da kuryeler vasıtasıyla hava yolu ile getirilmektedir. Bunların dışında, Avrupa ve Orta Doğu'ya ulaştıktan sonra iç bölgelere doğru kara yolu vasıtalarıyla nakli de yapılabilmektedir. Türkiye'deki kokain operasyonları genellikle havalimanlarında kuryelere yöneliktir. Geçmiş yıllarda Türkiye'de yakalanan kokain kuryelerinin çoğunluğunu Batı Afrikalılar oluştururken, 2013 yılında Avrupalı kuryelerin ön planda olduğu görülmüştür (EGM 2013 Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Raporu, 2014). 2012 yılında Türkiye'de 476 kg kokain yakalanmışken, 2013 yılında %5,46'lık bir düşüşle bu miktar 450 kg olmuştur.

Türkiye ekstazi açısından hedef ülke konumundadır. 2013 yılında Türkiye'de ele geçirilen ekstazinin büyük çoğunluğu Hollanda ve Belçika kaynaklıdır. ekstazi, Avrupa ülkelerinden hava, deniz ve kara yolu ile Türkiye'ye getirilmektedir. Son yıllarda uyuşturucu piyasasında yüksek kalitede Ekstazi tekrar görülmeye başlamıştır. 2012 yılında Türkiye'de 4.389.309 adet ekstazi yakalanmışken, 2013 yılında %1,18'lik bir artışla bu sayı 4.441.217 adet olmuştur.

Türkiye kaptagon kaçakçılığından hem transit hem de pazar olarak etkilenmektedir. Kaptagon üretiminin son dönemde kademeli olarak Ortadoğu'ya yayıldığı görülmektedir (UNODC 2011). Türkiye'de son yıllarda ele geçirilen kaptagon tabletlerin analizlerinde, birçoğunda etken maddenin amfetamin olduğu tespit edilmiştir. 2012 yılında Türkiye'de 183.537 adet kaptagon yakalanmışken, 2013 yılında 23,68'lik ciddi bir artışla bu sayı 4.529.846 adet olmuştur.

Türkiye'de yakalanan metamfetamin genellikle İran İslam Cumhuriyeti menşelidir. İran İslam Cumhuriyeti'nden çoğunlukla kara yoluyla temin edilen metamfetamin, Türkiye üzerinden kurye veya kargo yoluyla; Malezya, Tayland, Singapur, Japonya, Endonezya, Vietnam ve Avustralya gibi Asya-Pasifik ülkelere taşınmaktadır. 2012 yılında Türkiye'de 502 kg metamfetamin yakalanmışken,

2013 yılında %79,08'lik bir düşüşle bu sayı 105 kg olmuştur. Gümrük makamları, metamfetamin yakalamalarındaki keskin düşüşü, Türkiye'nin Doğu Sınır Kapılarında alınan önlemlere bağlamaktadırlar.

Sentetik kannabinoid kaçakçılığında Türkiye hedef ülke konumundadır. Sentetik kannabinoidler, Avrupa ülkeleri ile birlikte ABD ve Çin gibi ülkelere yasa dışı yollarla Türkiye'ye getirilmektedir. Türkiye'ye getirilen etken maddeler, ada çayı, damiana çayı vb. gibi kurutulmuş değişik bitki yapraklarına emdirildikten sonra paketlenerek 2-3 gramlık paketler halinde piyasaya sunulmaktadır. Sentetik kannabinoidlerin Türkiye'de sıvı, toz ve tablet halde yakalamaları da gerçekleşmiştir. Türkiye'de 2013 yılında 780 kg sentetik kannabinoid yakalanmıştır. Sentetik kannabinoid yakalamalarında 2013 yılında 2012 yılına göre %79,72 oranında önemli bir artış yaşanmıştır. Sentetik kannabinoid yakalama miktarlarında, Türkiye'de ilk yakalandığı 2011 yılına göre yaklaşık 17 kat artış gerçekleşmiştir.

BÖLÜM A

YENİ GELİŞMELER VE TRENDLER

1. BÖLÜM

UYUŞTURUCU MADDE POLİTİKASI: YASALAR, STRATEJİLER VE EKONOMİK ANALİZLER

Bülent ÖZCAN³

1.2.1.1. Kanunlar

Fikret DENİZ⁴

5237 sayılı Türk Ceza Kanununda;

1.1. Giriş

Uyuşturucu kavramı, sadece uyuşturma özelliğine sahip maddeleri ifade eder gibi düşünülse de, esasen keyif veren, kışkırtan, yatıştırıcı, hayal gördüren ve uyanıklık sağlayan maddeler için de kullanılan ve anlamı, toplumumuzun büyük bir bölümünün de anladığı şekilde, geniş perspektifte düşünülmesi gereken bir kavramdır. Uyuşturucu kelimesi ile anlatılmak istenen, maddenin merkezi sinir sistemi üzerindeki etkisi değil, bu etkilerden bağımsız olarak belirli birtakım özellikleri taşıyan madde türlerinin tamamıdır (Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi 2013-2018).

Bu açılarından bakıldığında uyuşturucu; “belirli dozda alındığı zaman, kişinin sinir sistemi üzerinde etki ederek; akli, fiziki ve psikolojik dengesini bozan, fert ve toplum açısından iktisadi ve sosyal çöküntü meydana getiren, bağımlılık yapan, kanunların kullanılmasını, bulundurulmasını ve ticaretini yasakladığı maddeler” olarak tanımlanabilir (Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi 2013-2018).

1.2. Yasal Çerçeve

1.2.1. Uyuşturucu Madde ile Mücadele Alanında Yeni Düzenlemeler (Kanunlar, Yönetmelikler, Genelgeler ve Diğer Uygulamalar)

Uyuşturucu ile mücadele alanında 2013 yılında gerçekleştirilen mevzuat düzenlemeleri Kanunlar, Yönetmelikler ve Genelgeler olarak üç başlık altında incelenmiştir.

- 28.06.2014 tarihli ve 29044 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakanlar Kurulu’nun 18.06.2014 tarihli ve 2014/6545 sayılı kararı ile değişiklikler yapılmıştır (Ek-1).

2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkındaki Kanun;

- 25.01.2014 tarihli ve 28893 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakanlar Kurulu’nun 16.12.2013 tarihli ve 2013/5742 sayılı kararı ile 113 yeni psikoaktif madde 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun hükümlerine tabi tutulmuştur (Ek-2).
- 07.02.2014 tarihli ve 28906 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakanlar Kurulu’nun 03/01/2014 tarihli ve 2014/5818 sayılı kararı ile 26 yeni psikoaktif madde 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun hükümlerine tabi tutulmuştur (Ek-3).
- 23.05.2014 tarihli ve 29008 (Mükerrer) sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakanlar Kurulu’nun 05.05.2014 tarihli 2014/6330 sayılı kararı ile 41 yeni psikoaktif madde 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun hükümlerine tabi tutulmuştur (Ek-4).
- 02.10.2014 tarihli ve 29137 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakanlar Kurulu’nun 15.09.2014 tarihli 2014/6800 sayılı kararı ile 66 yeni psikoaktif madde 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun hükümlerine tabi tutulmuştur (Ek-5).

³ TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi), Uzman Sosyal Çalışmacı

⁴ TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi), İstatistikçi

5607 sayılı Kaçakçılıkla Mücadele Kanunu;

- 11.04.2013 tarihli ve 28615 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakanlar Kurulu’nun 28.03.2013 tarihli kararı ile 6455 numaralı “Gümrük Kanunu ile Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”un 60. Maddesinde; bu kanunun 19. Maddesinin dördüncü fıkrası, “Bu Kanunun 3. maddesi kapsamındaki suçları ihbar edenler ile 23. Maddesi gereğince ikramiye ödemesi öngörülen muhbirlerin kimliği izinleri olmadıkça veya ihbarın niteliği haklarında suç oluşturmamakla hiçbir şekilde açıklanamaz. Bu kişiler hakkında tanıkların korunmasına ilişkin hükümler uygulanır” şeklinde düzenlenmiştir.
- 11.04.2013 tarihli ve 28615 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakanlar Kurulu’nun 28.03.2013 tarihli kararı ile 6455 numaralı “Gümrük Kanunu ile Bazı Kanun Ve Kanun Hükmünde Kararnamelerde Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun”un 61. Maddesinde bu kanunun 23. Maddesinin (b) bendi, “Uyuşturucu madde ve uyuşturucu madde elde etmek amacıyla ekilen bitki yakalamalarında, her türlü uyuşturucu maddenin birim miktarı ve uyuşturucu madde elde edilen bitkilerin ekili olduğu alanın yüzölçümü esas alınarak Bakanlar Kurulunca tespit edilecek sabit bir rakamın memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak değerinin; 3 üncü maddenin on sekizinci ve on dokuzuncu fıkraları kapsamında gerçekleştirilen yakalamalarda ise, Bakanlar Kurulunca paket, kilogram ve litre bazında tespit edilecek sabit rakamların memur aylık katsayısı ile çarpımı sonucu bulunacak değerinin; sahipli yakalanmış ise yarısı kamu davasının açılmasını, diğer yarısı mahkûmiyete ilişkin hükmün veya müsadere kararının kesinleşmesini takip eden üç ay içinde, sahipsiz yakalanmış ise tamamı müsadere kararının kesinleşmesini takip eden üç ay içinde,” şeklinde düzenlenmiştir.

2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu;

- 11.06.2013 tarihli ve 28674 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakanlar Kurulu’nun 24.05.2013 tarihli 6487 numaralı “Bazı Kanunlar İle 375 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun”un 19. Maddesi ile bu kanunun 48. Maddesi,

- “Uyuşturucu veya uyarıcı maddeleri almış olan sürücüler ile alkollü olan sürücülerin karayolunda araç sürmeleri yasaktır.
- Uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılıp kullanılmadığı ya da alkolün kandaki miktarını tespit amacıyla, kollukça teknik cihazlar kullanılır.
- Kişinin yaralanmalı veya ölümlü ya da kollukça müdahil olunan maddi hasarlı trafik kazasına karışması hâlinde, ikinci fıkrada belirtilen muayeneye tabi tutulması zorunludur. Teknik cihaz ile yapılan ölçüme itiraz eden veya bu cihaz ile ölçüm yapılmasına müsaade etmeyen bu sürücüler, en yakın adli tıp kurumuna veya adli tabipliğe veya Sağlık Bakanlığına bağlı sağlık kuruluşlarına götürülerek uyuşturucu veya uyarıcı madde ya da alkol tespitinde kullanılmak üzere vücutlarından kan, tükürük veya idrar gibi örnekler alınır. Bu işlem bakımından 4/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 75. Maddesi hükümleri, beşinci fıkrası hariç olmak üzere uygulanır.
- Trafik kazası sonucunda kişinin ölmesi veya teknik cihaza üfleyemeyecek kadar yaralanmış olması hâlinde, üçüncü fıkra hükümlerine göre bu kişilerden kan, tükürük veya idrar gibi örnekler alınır.
- Yapılan tespit sonucunda, 0.50 promilin üzerinde alkollü olarak araç kullandığı tespit edilen sürücüler hakkında, fiili bir suç oluştursa bile, 700 Türk Lirası idari para cezası verilir ve sürücü belgesi altı ay süreyle geri alınır. Hususi otomobil dışındaki araçları alkollü olarak kullanan sürücüler bakımından promil alt sınırı 0.21 olarak uygulanır. Alkollü olarak araç kullanma nedeniyle sürücü belgesi geri alınan kişiye, son ihlalin gerçekleştiği tarihten itibaren geriye doğru beş yıl içinde; ikinci defasında 877 Türk Lirası idari para cezası verilir ve sürücü belgeleri iki yıl süreyle, üç veya üçten fazlasında ise, 1.407 Türk Lirası idari para cezası verilir ve sürücü belgeleri her seferinde beşer yıl süreyle geri alınır. Sürücü belgelerinin herhangi bir nedenle geçici olarak geri alınmış olması hâlinde belirtilen süreler, geçici alma süresinin bitiminde başlar.
- Yapılan tespit sonucunda, 1.00 promilin üzerinde alkollü olduğu tespit edilen sürücüler hakkında ayrıca Türk Ceza Kanununun 179. Maddesinin üçüncü fıkrası hükümleri uygulanır.

- Hususi otomobil sürücüleri bakımından 0.50 promilin, diğer araç sürücüleri bakımından 0.20 promilin üzerinde alkollü olan sürücülerin trafik kazasına sebebiyet vermesi hâlinde, ayrıca Türk Ceza Kanununun ilgili hükümleri uygulanır.
- Uyuşturucu veya uyarıcı madde aldığı tespit edilen sürücülere 3.600 Türk Lirası idari para cezası verilir ve sürücü belgesi beş yıl süreyle geri alınır. Bu kişiler hakkında ayrıca Türk Ceza Kanunu hükümleri uygulanır.
- Uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanılıp kullanılmadığı ya da alkolün kandaki miktarını tespit amacıyla, kollukça teknik cihazlar kullanılmasını kabul etmeyen sürücülere 2.000 Türk Lirası idari para cezası verilir ve sürücü belgesi iki yıl süreyle geri alınır.
- Sürücünün uyuşturucu veya uyarıcı madde kullandığından şüphe edilmesi hâlinde 5271 sayılı Kanunun adli kolluğa ilişkin hükümleri uygulanır.
- Alkollü olarak araç kullanması nedeniyle son ihlalin gerçekleştiği tarihten itibaren geriye doğru beş yıl içinde sürücü belgeleri ikinci defa geri alınan sürücüler Sağlık Bakanlığınca, usul ve esasları İçişleri, Milli Eğitim ve Sağlık bakanlıklarınca çıkarılacak yönetmelikte gösterilen sürücü davranışlarını geliştirme eğitimine; üç veya üçten fazla geri alınan sürücüler ise psiko-teknik değerlendirmeye ve psikiyatri uzmanının muayenesine tabi tutulurlar.
- Sürücü belgelerinin geçici geri alma işlemleri bu Kanunun 6. maddesinde sayılan görevliler tarafından yapılır.
- Bu madde hükümlerine göre geri alınan sürücü belgesinin iade edilebilmesi için; ilgili kişi hakkında trafik kurallarına aykırılık dolayısıyla bu Kanun hükümlerine göre verilmiş olan idari para cezalarının tamamının tahsil edilmiş olması; uyuşturucu veya uyarıcı madde alması nedeniyle sürücü belgesi geri alınanların ayrıca sürücü olmasında sakınca bulunmadığına dair resmi sağlık kurumlarından alınmış sağlık kurulu raporunun ibraz edilmesi şarttır.
- Alkol, uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin tespiti için kullanılacak teknik cihazların sahip olacağı asgari koşullar ile diğer usul ve esaslar yönetmelikte gösterilir.” şeklinde düzenlenmiştir.

2954 Sayılı Türkiye Radyo Televizyon Kanunu;

- 2954 Sayılı Türkiye Radyo Televizyon Kanununun Temel İlkeler ve Yayın Esasları ile ilgili kısımda, “Toplumun beden ve ruh sağlığına zarar verecek hususlara yer vermemek” hükmü bulunmaktadır. Bu hükme uygun olarak TRT, kamu yayıncılığının gereği olarak aşağıda sayılan, Genel Yayın Planında da yer alan hususlara uygun bir şekilde yayıncılık faaliyetlerini sürdürür:
 - ✓ Gençlere yönelik programlar planlanır; gençlerin, içinde bulundukları fiziksel ve duygusal gelişim dönemlerini sağlıklı bir biçimde geçirmelerine, zihinsel olarak daha da gelişmelerine, olumlu yeni tutum ve davranışlar kazanmalarına, kişiliklerinin daha da geliştirilmesine, topluma; dürüst, sağlıklı, mutlu ve verimli kişiler olarak katılmalarına yardımcı olacak içeriklere yer verilir,
 - ✓ Sağlık programları hazırlanır. Bu programlarda; topluma sağlıklı yaşama bilinç, istek ve davranışının kazandırılmasına; sağlık hizmetleri, hastalıklar ve tedavi imkânları, sağlık hizmeti veren kurum ve kuruluşlar ile bu kuruluşların imkânlarına, bilim adamları ve uzman kişilerin görüşlerine, sağlığı koruma ve geliştirme konularına öncelik verilir. Sağlıkla ilgili uygulama konuları, vatandaşın görüşünü de yansıtır biçimde haberlerde, çeşitli kuşak ve programlarda değerlendirilerek; röportaj, forum, panel ve açık oturum gibi uygulamalar yayınlarda yer alır,
 - ✓ Reklamlarda, yaşlıları istismar eden, çocukları ve gençleri olumsuz yönde etkileyen, kötü alışkanlıklara yönlendiren tema ve mesajlardan kaçınılır,
 - ✓ Sağlık programları içerisinde; sigara, alkol ve uyuşturucu kullanımı ile ilgili çalışmalar yapan kamu kurumları ile sivil toplum kuruluşlarının faaliyetlerine yer verilir,
 - ✓ Gençlere yönelik programlarda; aile, çevre, arkadaşlık ve toplum ilişkileri, uyum problemleri, sosyal ve psikolojik problemler, ailelerini terk eden ve suça itilen gençlerin karşılaşabileceği problemler, çocuk mahkemeleri ile infaz kurumlarından tahliye olan gençlerle ilgili çalışmalar, karşılaştıkları problemler ve çözüm yolları, gençlerin ergenlik dönemi sorunları ve çözüm

yolları, kahvehane, alkol, sigara, uyuşturucu gibi alışkanlıkların gençler üzerindeki olumsuz etkilerine yer verilir,

- ✓ Haber programlarında, kara para ve uyuşturucu kaçakçılığı ile mücadele konusunda yürütülen çalışmalar öncelikle işlenir; sigara, alkol, uyuşturucu ve kumar gibi kötü alışkanlıkların zararları, özellikle çocuk ve gençlere açıklanması, korunma ve mücadele yolları; radyo ve televizyon ünitelerinin işbirliği içinde, kampanya konusu olarak değerlendirilir.

Gençlik ve Spor Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname;

- 03.06.2011 tarihli ve 638 sayılı Gençlik ve Spor Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 7. Maddesinin (e) bendinde “Gençleri kötü alışkanlıklardan koruyacak çalışmalar yapmak ve bu konuda faaliyetler yürütmek.” ve 8/A maddesinin 1(a) bendinde “Gençlere rehberlik ve danışmanlık hizmeti yapmak, eğitim hizmet ve imkanlarını geliştirici faaliyetlerde bulunmak” ve 8.Maddenin (b) bendinde “Dezavantajlı gençlere ve gençlerin hareketliliğine yönelik projeleri öncelikli olarak desteklemek.” hükümleri bulunmaktadır.

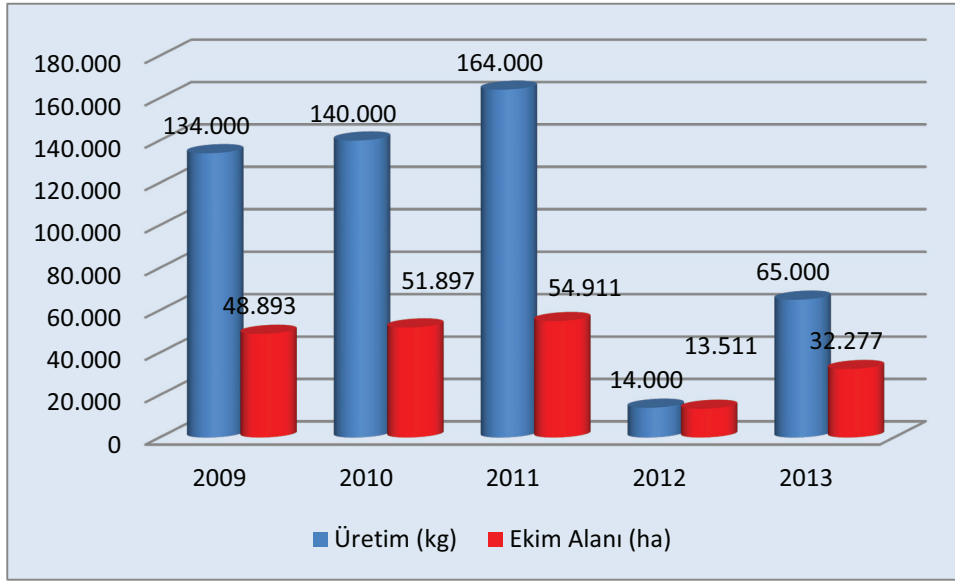
1.2.1.2. Yönetmelikler

- Birleşmiş Milletler Teşkilatı denetiminde yasal olarak Türkiye, Hindistan, Avustralya, Fransa, İspanya, Macaristan ve Slovakya’da haşhaş ekimi yapılmaktadır. Türkiye, dünyada geleneksel haşhaş üreticisi ve tıbbi amaçlı haşhaş kökenli alkaloid tedarikçisi ülke olarak kabul edilmektedir. Türkiye’de haşhaş ekilecek yerler her yıl Bakanlar Kurulunca belirlenmektedir. Bakanlar Kurulunca tespit edilen yörelerin dışında ne maksatla olursa olsun haşhaş ekilmesi yasaktır. Ekimi yapılan haşhaş, 3298 sayılı “Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun” ve bu kanuna dayanılarak çıkarılan “Haşhaşın Ekimi, Kontrolü, Toplanması, Değerlendirilmesi, İmhası, Satın Alınması, Satılması, İhracı ve İthalı Hakkında Yönetmelik” hükümlerine göre kontrol altına alınmakta ve denetimi Toprak Mahsulleri Ofisi ve kolluk güçlerince yapılmaktadır.

22/02/2014 tarihli ve 28921 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan Bakanlar Kurulu’nun 27/01/2014 tarihli ve 2014/5876 sayılı “Haşhaş Kapsülü ve Tohumu Alımı ve

Satımı Hakkında Karar”ına göre; 2013 yılı sonbaharından itibaren Afyonkarahisar, Amasya, Burdur, Çorum, Denizli, Isparta, Kütahya, Tokat, Uşak illerinin tamamı ile Balıkesir ilinin Balya, Bigadiç, Dursunbey, İvrindi, Kepsut, Savaştepe ve Sındırgı ilçeleri, Eskişehir ilinin Alpu, Beylikova, Çifteler, Günyüzü, Han, Mahmudiye, Mihalıççık, Seyitgazi ve Sivrihisar ilçeleri, Konya ilinin Ahırılı, Akören, Akşehir, Beyşehir, Derbent, Doğanhisar, Hüyük, Ilgın, Kadınhanı, Seydişehir, Tuzlukçu, Yalılıyük ve Yunak ilçeleri, Manisa ilinin Merkez, Demirci, Gördes, Köprübaşı, Kula, Sarıgöl ve Selendi ilçelerinde izin belgesi karşılığında haşhaş ekimi ve çizilmemiş haşhaş kapsülü üretimine müsaade edilmiştir.

Yasal ekim alanlarında üretilen haşhaş kapsülleri Toprak Mahsulleri Ofisi taşra teşkilatları vasıtasıyla üreticilerden satın alınarak işlenmek üzere Afyon Alkaloidleri Fabrikasına sevk edilmektedir. Afyon Alkaloidleri Fabrikasında üretilen morfin ve türevleriyle yurt içi ve yurt dışı ilaç fabrikalarının alkaloid hammadde ihtiyaçları karşılanmaktadır.

Grafik 1-1: Türkiye Morfine Eşdeğer Opiyat Hammadde Üretim Miktarı ve Haşhaş Ekim Alanları

Kaynak: Gıda Tarım ve Hayvancılık Bakanlığı Toprak Mahsulleri Ofisi Genel Müdürlüğü, 2014.

- 29/12/2013 tarihli ve 28866 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan “Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği” yürürlüğe girmiştir.
- 18/01/2013 tarihli ve 28532 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 6284 sayılı Ailenin Korunması ve Kadına Karşı Şiddetin Önlenmesine Dair Kanuna İlişkin Uygulama Yönetmeliği’nin;
- ✓ 17. Maddesi (h) bendinde ; “Korunan kişilerin bulundukları yerlerde alkol ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmaması ya da bu maddelerin etkisinde iken korunan kişilere ve bunların bulundukları yerlere yaklaşmaması, bağımlılığının olması hâlinde, hastaneye yatmak dâhil, muayene ve tedavisinin sağlanması”,
- ✓ 27. Maddesinin birinci fıkrası; “Hâkim tarafından, şiddet uygulayanın, korunan kişilerin bulundukları yerlerde alkol, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmaması ya da bu maddelerin etkisinde iken korunan kişilere ve bunların bulundukları yerlere yaklaşmaması, bağımlılığının olması hâlinde, hastaneye yatmak dâhil, muayene ve tedavisinin sağlanmasına yönelik karar verilebilir”,
- ✓ 27. Maddesinin ikinci fıkrası; “Hakkında önleyici tedbir kararı verilen kişinin, bir

sağlık kuruluşunda muayene veya tedavi olmasının sağlanması ve sonuçları ile tedbirin kişi üzerindeki etkilerinin takibi ŞÖNİM (Şiddet Önleme ve İzleme Merkezi) tarafından ilgili kurum veya kuruluş ile koordinasyon içerisinde yerine getirilir. ŞÖNİM olayın özelliğine göre bu kararın yerine getirilmesi sırasında kolluktan yardım isteyebilir”,

- ✓ 27. Maddesinin üçüncü fıkrası; “Hakkında tedbir kararı verilen kişinin sağlık kuruluşunda tedaviyi reddetmesi halinde durum tutanakla tespit edilerek ivedilikle Cumhuriyet başsavcılığına ve ŞÖNİM’e bildirilir”,
- ✓ 27. Maddesinin dördüncü fıkrası; “Bu tedbirin uygulanmasına ilişkin giderler, 44. Maddenin üçüncü fıkrasındaki usul ve esaslara göre karşılanır” şeklinde düzenlenmiştir.
- 31/03/2012 tarihli ve 28250 sayılı Gençlik ve Spor Bakanlığı Proje Destek Programları Yönetmeliğinin 4 üncü maddesinin (1) fıkrasında “Eğitim, kültür, araştırma, sanat, bilim, girişimcilik, spor, gönüllülük, hareketlilik, katılım, sosyal uyum ve Bakanlığın görev, yetki ve sorumluluk alanına giren diğer konularda, kalkınma planları, hükümet programları, politika belgeleri ve stratejik planlarda belirlenen hedef ve

öncelikler dikkate alınarak, Bakan onayıyla bölgesel, ulusal veya uluslararası proje destek programları oluşturulabilir.” hükmü yer almakta olup, bu hüküm kapsamında madde bağımlısı gençlere yönelik projelere destek olunması hedeflenmiştir.

1.2.1.3. Genelgeler

Başbakanlık Makamı tarafından, Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi ile aynı tarihte yürürlüğe konması uygun görülen 3. Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı’nın (2013-2015), TUBİM’in sorumlu kurum olarak tayin edildiği, “81 İl Valiliği bünyesinde İl Uyuşturucu Koordinasyon Kurulları’nın kurulması için gerekli çalışmaların yapılması” konusundaki 28.1 ve “İl Uyuşturucu Eylem Planları’nın hazırlanması” konusundaki 28.2 numaralı faaliyetleri gereğince; “İl Uyuşturucu Koordinasyon Kurullarının Kuruluş, Görev ve Çalışma Usul ve Esasları” ile “İl Uyuşturucu Eylem Planlarının Hazırlanma Usul ve Esasları” TUBİM tarafından hazırlanmış ve 04/11/2013 tarihinde İçişleri Bakanı tarafından imzalanarak yürürlüğe konmuştur.

2013/51 sayılı bahse konu Bakanlık Genelgesi ile;

- Valiliklerimizden İl Uyuşturucu Koordinasyon Kurullarını, hazırlanan genelgedeki usul ve esaslara göre yeniden revize etmeleri,
- İl Uyuşturucu Eylem Planlarını henüz hazırlamamış veya süresi dolmuş Valiliklerimizin bu Planlarını en geç üç ay içerisinde hazırlamaları,
- Revize edilecek Kurulun kuruluşuna ilişkin Vali onayının ve Eylem Planlarının birer suretlerini üç ay içerisinde TUBİM’e iletmeleri, istenmiştir.
- “16/02/2004 tarihli ve 25375 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Madde Bağımlılığı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği’nin revize edilerek 29/12/2013 tarihli ve 28866 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe girmesi sonucu ayaktan ve yatarak kamu kurum ve kuruluşları ile özel hastaneler bünyesinde Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (AMATEM) açma izni verilmesi nedeniyle Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından düzenlenen 20.01.2014 tarihli ve 1165623 (2014/2) sayılı Genelgede madde bağımlılığı ikame tedavisinde kullanılan Suboxone 2/0,5 mg Dilatı Tablet ile Suboxone 8 mg/2 mg Dilatı Tablet adlı ilaçların reçetelenmesi için gerekli olan raporun kamu kurum ve kuruluşları ile özel hastaneler bünyesinde ayaktan ve yatarak madde bağımlılığı merkezleri tarafından verilebileceği belirtilerek ilaca

dolayısıyla tedaviye ulaşımın kolaylaştırılması ve artırılması sağlanmıştır.

- Sağlık Bakanlığı Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu’nun (TİTCK) 19.07.2013 tarihli ve 79687 (2013/7) sayılı Genelgesi ile Efedrin ve Psödoefedrin tuzlarını içeren kombine ilaçlar İlaç Takip Sistemi üzerinden kontrollü tüketimi yapılacak ilaçlar olarak belirlenmiştir.” hususlarının eklenebileceği mütalaa edilmektedir.

1.2.1.4. Diğer Uygulamalar

- Yayın hizmetlerinin denetiminden sorumlu RTÜK tarafından, 2013 yılında da yayın hizmetlerinin, uyuşturucu madde kullanımını özendiren yayınların önlemesine yönelik denetim faaliyetlerine devam edilmiştir. Bu çerçevede, 6112 sayılı Kanunun “Yayın hizmetleri; alkol, tütün ürünleri ve uyuşturucu gibi bağımlılık yapıcı madde kullanımını ve kumar oynamayı özendirir nitelikte olamaz” hükmünün ihlali nedeniyle 2013 yılı içinde RTÜK tarafından sekiz adet müeyyide kararı alınmıştır (RTÜK 2014).
- 01/08/2013 tarihli ve 28725 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 4. Madde Sosyal Güvenlik Kurumu Sağlık Uygulama Tebliği “Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi hizmet başına ödeme yöntemi” ile faturalandırılır. Bu durumda SUT eki EK-2/A Listesinde yer alan tutarlar faturalandırılmaz. Hizmet başına ödeme yöntemi kapsamında ayaktan muayene sonrasında sağlık kurumunda, söz konusu muayene ile ilgili olarak yapılması gerekli görülen tanı ve/veya tedaviye yönelik işlemler için muayene girişi yapılmayacaktır” ifadeleri eklenmiştir.

1.3. Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi ve Eylem Planlarının Değerlendirilmesi ve Koordinasyon

Tablo 1-1: Ulusal Uyuşturucu Strateji ve Politika Belgeleri İle Ulusal Uyuşturucu Eylem Planları'nın Uygulama Süreleri

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
I. Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi													
I. Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı													
II. Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı													
II. Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi													
III. Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı													

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

1.3.1. Ulusal Uyuşturucu Politika ve Stratejisi Belgesi ve Eylem Planı

Türkiye'nin uyuşturucu ile mücadele politikalarının ve bu kapsamdaki amaç ve hedeflerinin ortaya konduğu ilk Ulusal Politika ve Strateji Belgesi, 2006 yılında yürürlüğe girmiştir. Devamında, bu belgede belirlenen hedeflere ulaşmak için yapılması gerekli faaliyetlerin yer aldığı üçer yıllık iki ayrı Eylem Planı hazırlanarak yürürlüğe konmuştur.

Bu belgelerin yürürlük sürelerinin 01/01/2013 tarihi itibarıyla sona ermesiyle birlikte, Türkiye'nin uyuşturucu kaçakçılığı ve bağımlılığına karşı mücadeledeki politika ve stratejilerini ortaya koyan ve 2013-2018 yıllarını kapsayan "Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi", ilgili kurumlarımızın katkı ve mutabakatı ile hazırlanmıştır.

Belgenin hazırlanmasında; kurumsal tecrübeler, ihtiyaç analizleri neticesi yapılan değerlendirmeler, ilgili kurum ve kuruluşların katkıları, önceki Ulusal Uyuşturucu Strateji Belgesi, Bilim ve Koordinasyon Kurulu Toplantılarında alınan kararlar, diğer ulusal kurumlarımız ve AB üyesi ülkeler tarafından hazırlanmış strateji belgeleri, Türkiye Uyuşturucu Raporları, 2011 yılında Antalya'da yapılan Türkiye Uyuşturucu Konferansı sonuçları ve 2008 yılında Uyuşturucu Başta Olmak Üzere Madde Bağımlılığı ve Kaçakçılığı Sorunlarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırma Komisyonu Raporu gibi kaynak ve tecrübeler dikkate alınmıştır (Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi 2013-2018).

Bununla birlikte Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi (2013-2018)'nde belirlenen stratejik hedeflerin gerçekleştirilebilmesi amacıyla yine ilgili kurumlarımızın katkı ve mutabakatı ile Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı (2013-2015) hazırlanmıştır.

Yeni hazırlanan 3. Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı da, Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi'ne (2013-2018) paralel olarak, uyuşturucu sorununun arz azaltımı ve talep azaltımı süreçlerine yönelik dengeli bir yaklaşımı benimsemektedir (Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı 2013-2015).

AB İlerleme Raporları'nda da her yıl Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi ve Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı'na yer verilmekte ve Türkiye'deki bu belgelerle ilgili gelişmeler yakından takip edilmektedir (Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi 2013-2018).

Hazırlanan Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi (2013-2018) Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı (2013-2015)'nin yürürlüğe konulması, 02/09/2013 tarihli Başbakanlık Makamının Olur'ları ile uygun bulunmuştur.

1.3.2. Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi ve Eylem Planının Uygulanması ve Değerlendirilmesi

Türkiye’de uyuşturucu ile mücadele alanında hazırlanan ilk strateji belgesi olan “Ulusal Uyuşturucu Strateji Belgesi (2006-2012), 2006 yılında yürürlüğe girmiştir. Söz konusu strateji belgesinde yer alan hedefleri gerçekleştirmek amacıyla “Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı (2007-2009) ve Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı (2010-2012)” olmak üzere iki ayrı eylem planı hazırlanarak yürürlüğe konmuştur.

I. ve II. Ulusal Uyuşturucu Eylem Planlarının yürürlük sürelerinin tamamlanmasına müteakip iki ayrı eylem planında da yer alan ve aşağıda belirtilmiş hükümler gereğince gerekli değerlendirmeler yapılmıştır:

- I. Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı’nın; “Dördüncü Bölüm” “Değerlendirme Metotları” başlığı altında yer alan; “...Eylem

Planı uygulandıktan sonra, iki ay içerisinde sonuçları ve etkileri bakımından incelenerek bir değerlendirme raporu hazırlanacaktır. Bu raporlar, TUBİM koordinesinde, eylem planında kendilerine görev verilen kurum temsilcileri tarafından hazırlanacaktır.”

- II. Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı’nın “Üçüncü Bölüm” “Değerlendirme Metotları” başlığı altında yer alan; “...Eylem Planı süre itibarıyla tamamlandıktan sonra, üç ay içerisinde sonuçları ve etkileri bakımından incelenerek, TUBİM koordinesinde, eylem planında kendilerine görev verilen kurum temsilcileri tarafından bir değerlendirme raporu hazırlanacaktır.”

Söz konusu eylem planları hakkında yapılan değerlendirme; “Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılıkla Mücadelede Ulusal Strateji Belgesi’nin Uygulanması İçin Eylem Planı Değerlendirme Formu” aracılığıyla ilgili kurumlarımızdan toplanan bilgilerle yapılmıştır.

Tablo 1-2: I. ve II. Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

	I. Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı (2007-2009)	II. Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı (2010-2012)
Amaç sayısı	73	33
Faaliyet sayısı	130	72
Faaliyetlerden uygulanmasından sorumlu kurum sayısı	34	27
Değerlendirmeye katkı sağlayan kurum/kuruluş sayısı	30 (%87)	27 (%100)
Faaliyetlerin gerçekleştirilme düzeyleri	-%33 (43) gerçekleştirildi, -%51 (66) kısmen gerçekleştirildi, -%15 (20) gerçekleştirilemedi, -%1 (1) ölçülebilir olmayan/cevapsız faaliyetler	-%40 (29) gerçekleştirildi, -%43 (31) kısmen gerçekleştirildi, -%10 (7) gerçekleştirilemedi, -%7 (5) ölçülebilir olmayan/cevapsız faaliyetler

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2013.

1.3.3. Diğer Uyuşturucu Madde Politikaları ile İlgili Gelişmeler

Türkiye Çocuk Hakları Strateji Belgesi (2013-2017):

Çocuk haklarının etkin bir şekilde uygulanması ve koordinasyonunun sağlanması için 2013-2017 yıllarını kapsayan “Türkiye Çocuk Hakları Strateji Belgesi” hazırlanmış ve YPK⁵ tarafından onaylanarak 14/12/2013 tarih ve 2013/33 sayılı karar no ile

Resmi Gazete ‘de yayımlanmıştır. Bu Strateji Belgesi, bütün çocukların refahını sağlamayı, yaşam kalitesini yükseltmeyi ve yaşama, gelişme, korunma, katılım gibi temel haklarını en üst düzeyde yaşayabilmelerini sağlamayı hedeflemektedir. Söz konusu belgede tüm çocukların bağımlılık türlerinden korunması için gereken önlemlerin alınması ile ilgili olarak belirlenen amaç ve faaliyetler şunlardır:

- Amaç 6: Aileye ve Çocuğa Yönelik Destek ve Özel Koruma Hizmetlerini Geliştirmek.

⁵ Yüksek Planlama Kurulu, Başbakanın başkanlığında, Bakan ile Başbakanın belirleyeceği diğer bakanlardan oluşur. Başbakanın bulunmadığı toplantılara Bakan veya Başbakanın belirleyeceği bir bakan başkanlık eder.

- Hedef 6.2: Tüm çocukların bağımlılık türlerinden korunması için gereken önlemlerin alınması,
- ✓ Faaliyet 6.2.1: Tüm çocukların madde bağımlılığından korunması için gereken koruyucu-önleyici ve destekleyici hizmetlerin yaygınlaştırılması için kurumlar arası işbirliği güçlendirilecektir. Bu amaçla TUBİM tarafından hazırlanan (2013-2018) Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesinin hayata geçirilmesi için kurumlar arası koordinasyon ve işbirliği sağlanacaktır.
- ✓ Faaliyet 6.2.2: Madde bağımlısı çocuklara yönelik tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini sunmak üzere çocuklara yönelik madde bağımlılığı tedavi merkezleri ülke genelinde yaygınlaştırılacak ve kalite bakımından geliştirilecektir.

Ulusal Gençlik ve Spor Politikası Belgesi

638 sayılı Gençlik ve Spor Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 18. Maddesi hükmü uyarınca hazırlanan “Ulusal Gençlik ve Spor Politikası Belgesi” Bakanlar Kurulu kararıyla 27/1/2013 tarihli 28541 sayılı kararı ile Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir.

Ulusal Gençlik ve Spor Politika Belgesinin 5.bölümünde yer alan Temel Politika Alanları kısmının ilgili maddelerinde “Gençleri, madde bağımlılığı ve şiddetten uzak tutmak için bulundukları çevreleri ve eğitim kurumlarını daha güvenli hale getirmek”, “Gençleri bağımlılık yapan maddelerden korumak için önleyici tedbirlerin alınması ve bağımlı gençlerin tedavileri ile ilgili olarak çalışmaların yürütülmesi”, “Sokakta yaşayan gençlerin toplumla bütünleşmelerinin sağlanması”, “Suç işleyen gençlerin topluma kazandırılması ve gençlerin suç davranışına yönelmelerinin önlenmesi”, Gençlerin ve toplumdaki diğer kesimlerin dezavantajlı bireylere karşı farkındalıklarının artırılması ve sosyal uyum süreçlerine aktif katılımı” ve “Gençlerin madde bağımlılığı, sigara ve alkol gibi sağlığa zararlı alışkanlıklardan korunmasına dair tedbirlerin yaygınlaştırılması” gibi hedeflere atıf yapılmıştır.

Gençlik ve Spor Bakanlığı Stratejik Planı (2013-2017)

Gençlerin aktif vatandaş olmalarını ve serbest zamanlarını etkili değerlendirmelerini sağlamak, gençlere; eğitsel, sosyal, kültürel, sanatsal, sportif beceriler kazandırmak, bireysel ve sosyal gelişimlerine katkıda bulunmak, etik ve insani

değerleri içselleştirmelerini sağlamak, şiddet ve kötü alışkanlıklara yönelmelerini önlemek, ulusal ve uluslararası etkinlikler düzenlemek, Gençlik Kampları ve Gençlik Merkezleri kurmak ve bu kamp ve merkezlerin etkililiklerini artırmaktır.

Gençlerin şiddete ve kötü alışkanlıklara yönelmesini önlemek için plan döneminin sonuna kadar paydaşlarımızla işbirliği yaparak 250.000 gencimize ulaşım bilgilendirme ve önleme çalışmaları yapmak.

- ✓ Gençlerin şiddete ve kötü alışkanlıklara yöneliminin önlenmesine ilişkin paydaşlarla birlikte çalışmalar yapılmaktadır.

1.3.4. Koordinasyon Düzenlemeleri TUBİM Ulusal Uyuşturucu Koordinasyon Kurulu

Türkiye’de uyuşturucu ile mücadele alanında ilgili kurum/kuruluşlar arasındaki ulusal düzeydeki koordinasyon TUBİM tarafından sağlanmaktadır. TUBİM bünyesinde 2006 yılında kurulan Ulusal Uyuşturucu Koordinasyon Kurulu toplantıları, “Arz İle Mücadele” ve “Talep Azaltımı, Tedavi ve Rehabilitasyon” olmak üzere iki ayrı bölümde yapılmaktadır. Ulusal Uyuşturucu Koordinasyon Kurulu 2013 yılı sonu itibarıyla 18 kez toplanmıştır.

TUBİM Bilim Kurulu

TUBİM Bilim Kurulu Ulusal Uyuşturucu Eylem Planına (2007-2009) istinaden oluşturulmuştur. Türkiye’de uyuşturucu ve uyuşturucu madde bağımlılığı ile mücadele alanında yapılan çalışmalara bilimsel destek sağlamak amacıyla oluşturulan bu kurul Ulusal Uyuşturucu Koordinasyon Kurulları için bilimsel çerçevede tavsiye kararları almaktadır. Söz konusu kurul 2013 yılı sonu itibarıyla 18 kez toplanmıştır.

Erken Uyarı Sistemi (EWS-Early Warning System)

Tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de, bilinen ve yasalar tarafından kontrol altına alınmış olan narkotik ve psikotrop maddelerin dışında, bu maddelere benzer etkiler gösteren ancak herhangi bir yasal kısıtlılığı olmayan yeni psikoaktif maddelerin görülme sıklığı giderek artmaktadır. Yasal bir kısıtlılığının olmaması ve nispeten kolay temin edilebilmesi, bu maddelerin piyasaya arzını giderek artırmaktadır.

Bu itibarla, uyuşturucu madde ve uyuşturucu madde bağımlılığı ile mücadelede, ortaya yeni çıkan psikoaktif maddelerin en kısa sürede yasa kapsamına alınması büyük bir önem taşımaktadır.

EWS kapsamındaki kurumlar ülkede yeni bir madde ile karşılaştıklarında “Yeni Psikoaktif Maddeler

(uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen, v.b. maddeler) İçin Rapor Formu"nu doldurarak TUBİM'e göndermektedir. Daha sonra bu maddelerle ilgili olarak yapılan toplantılarda;

1. Bağımlılık gelişme ihtimali ve olası bağımlılığın ağırlığı,
2. Kullanıcı açısından taşıdığı sosyal riskler,
3. Toplumda yaratacağı huzursuzluk ve şiddet ile ilişkisi değerlendirilmektedir.

EWS Çalışma Grubu'nun toplantıları neticesinde 2007-2013 yılları arasında toplam 94 yeni psikoaktif madde 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun kapsamına alınmıştır. Öte yandan 2014 yılı içerisinde yasa kapsamına alınan 246 yeni psikoaktif madde ile birlikte 2007-2014 yılları arasında toplam 340 yeni psikoaktif madde yasa kapsamına alınmıştır.

1.4. Ekonomik Analizler

1.4.1. Kamu Harcamaları

Türkiye'de uyuşturucu ile mücadele alanında gerçekleştirilen kamu harcamaları kurumların genel bütçelerinden yapılmaktadır. Kurumların genel bütçelerinden yapılan bu harcamaların ne kadarının uyuşturucu ile mücadele alanında yapıldığının belirlenmesi oldukça zordur. Bu nedenle bu bölümde bahsedilen kamu harcamaları ilgili kurumlarımızdan yaklaşık harcama olarak toplanmıştır.

Türkiye'de uyuşturucu ile mücadele alanında yapılan kamu harcamaları ilk kez 2010 yılında TUBİM tarafından raporlanmıştır. Söz konusu alandaki verilerin daha sağlıklı ve sistematik toplanabilmesi amacıyla 2011 yılında "Yasa Dışı Bağımlılık Yapıcı Maddeler İle Mücadeleye Yönelik Kamu Harcamaları Formu" geliştirilmiştir. Bu form aracılığıyla toplanan veriler 2012 yılından itibaren (2011 yılı verileri) raporlanmaya başlanmıştır. Öte yandan mevcut veri kapasitesini artırmak amacıyla daha önce yalnızca merkezi kurumlardan toplanan bu veriler, 2013 yılından itibaren (2012 yılı verileri) il belediyelerinden de toplanmaya başlanmıştır.

Tablo 1-3: Uyuşturucu İle Mücadele Alanında Yapılan Kamu Harcamalarının Yıllara Göre Dağılımı (TL)

Yıllar	2010	2011	2012	2013
Kamu Harcamaları (TL)	563. 835.266	372. 638.683	395. 792.281	743. 546.907

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2011 yılında 372.638.683 TL harcama yapılmıştır. 2010 yılında 563.835.266 TL olan harcamaya göre 2011 yılındaki bu düşüşün nedeninin; veri gönderen kurumlardan birisinin sehven sadece narkotik birimlerinde çalışan değil, tüm bakanlık biriminin giderlerini hesaplamasından kaynaklandığı öğrenilmiştir (Türkiye Uyuşturucu Raporu 2012).

2012 yılında kamu harcamaları bir önceki yıla göre %6,21'lik bir artış ile 395.792.281 TL olarak gerçekleşmiştir. 2013 yılında ise kamu harcamaları bir önceki yıla göre büyük bir artış (%87,86) göstermiş ve 743.546.907 TL olarak gerçekleşmiştir. Bu artışın büyük bir bölümünün bir kurumumuzun araç-gereç ve alt yapı giderlerinin bir önceki yıla ait giderlerinden çok fazla olmasından kaynaklandığı tespit edilmiştir.

Tablo 1-4: 2013 Yılında Gerçekleştirilen Kamu Harcamaları

Sıra No	Gider Türü	Kurumlar (TL)	Kurumlar (%)	İller (TL)	İller (%)	Toplam (TL)	Toplam (%)
1	Personel Giderleri	363.435.367,28	48,96	609.497,70	51,46	364.044.864,98	48,96
2	Araç-Gereç ve Altyapı Giderleri	234.615.534,61	31,60	130.894,18	11,05	234.746.428,79	31,57
3	Eğitim Giderleri (Personel)	1.633.512,00	0,22	2.770,00	0,23	1.636.282,00	0,22
4	Ar-Ge Çalışma Giderleri	3.000,00	0,00	0,00	0,00	3.000,00	0,00
5	Ayaktan Tedavi Giderleri	25.855.939,65	3,48	0,00	0,00	25.855.939,65	3,48
6	Yatarak Tedavi Giderleri	33.926.045,99	4,57	0,00	0,00	33.926.045,99	4,56
7	Rehabilitasyon ve Destek Giderleri	1.116.090,71	0,15	0,00	0,00	1.116.090,71	0,15
8	İlaç Giderleri	12.301.095,51	1,66	0,00	0,00	12.301.095,51	1,65
9	Önleme Faaliyeti Giderleri	636.577,00	0,09	357.144,87	30,15	993.721,87	0,13
10	Mahkeme Giderleri	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
11	Otopsi Giderleri	17.000.000,00	2,29	0,00	0,00	17.000.000,00	2,29
12	Hükümlü/Tutuklu Giderleri	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
13	Denetimli Serbestlik Giderleri	2.114.070,00	0,28	0,00	0,00	2.114.070,00	0,28
14	Operasyon Giderleri	5.130.112,48	0,69	0,00	0,00	5.130.112,48	0,69
15	Analiz Giderleri	14.076.559,61	1,90	0,00	0,00	14.076.559,61	1,89
16	İkramiye Giderleri	29.113.289,54	3,92	0,00	0,00	29.113.289,54	3,92
17	Diğer	1.405.235,90	0,19	84.170,23	7,11	1.489.406,13	0,20
Toplam		742.362.430,28	100,00	1.184.476,98	100,00	743.546.907,26	100,00

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılı kamu harcamalarına ait veriler; Adalet, Aile ve Sosyal Politikalar, Gençlik ve Spor, Gıda, Tarım ve Hayvancılık, Gümrük ve Ticaret, Maliye, Milli Eğitim, Sağlık Bakanlıkları ile Emniyet Genel Müdürlüğü, Jandarma Genel Komutanlığı, Sahil Güvenlik Komutanlığı, Sosyal Güvenlik Kurumu, Türkiye Radyo-Televizyon Kurumu ile 45 İl Beledyesinden toplanmıştır.

2013 yılında yapılan kamu harcamalarına merkezi kurumlar ve İl Belediyeleri olarak ayrı ayrı bakıldığında;

- Merkez kurumlarının 742.362.430,28 TL,
- İl Belediyelerinin 1.184.476,98 TL harcama yaptıkları anlaşılmıştır.

2013 yılında merkezi kurumlar ve il belediyeleri tarafından gerçekleştirilen kamu harcamaları gider türüne göre incelendiğinde; harcamaların yarısına yakınının (%48,96) personel giderleri olduğu gözlenmiştir. Merkezi kurumların ve il belediyelerinin giderleri, öne çıkan harcama kalemlerine göre aşağıda belirtilmiştir;

- %48,96'sı (364.044.864,98 TL) personel,
- %31,57'si (234.746.428,79 TL) araç-gereç ve alt yapı,
- %4,56'sı (33.926.045,99) yatarak tedavi,
- %3,48'i (25.855.939,65) ayaktan tedavi giderleridir.

2013 yılında gerçekleştirilen kamu harcamalarına ait gider türleri bir önceki yıla göre karşılaştırıldığında; araç-gereç ve alt yapı giderleri ve personel giderlerinde yaşanan artışların önemli düzeyde olduğu anlaşılmıştır. Araç-gereç ve alt yapı giderlerinde 7,5 kat (207.402.121,00 TL) artış gerçekleşirken, personel giderlerinde %57,56'lık (132.987.966,48 TL) bir artış gerçekleştiği gözlenmiştir.

1.4.2. Bütçe

Türkiye'de kurumların uyuşturucu ile mücadele alanında yaptıkları harcamalara ilişkin özel bir bütçe bulunmamaktadır. Kurumlar bu alandaki harcamalarını genel bütçelerinden karşılamaktadır.

1.4.3. Sosyal Maliyetler

Uyuşturucu ile mücadele alanında gerçekleştirilen kamu harcamaları haricinde uyuşturucu ve uyuşturucu kullanımının toplumun genelinde yarattığı tahribatın da bir maliyeti bulunmaktadır. Bu maliyetlerin de bilinmesi durumunda mevcut kamu harcamalarının çok daha üzerinde bir maliyetin meydana geleceği değerlendirilmektedir. Ancak sosyal maliyetlerin tespiti konusunda Türkiye'de 2013 yılında herhangi bir çalışma yapılmamıştır.

2. BÖLÜM

UYUŞTURUCU MADDE KULLANIM YAYGINLIĞI

Prof.Dr. Mustafa N. İLHAN⁶

2.1. Giriş

Türkiye, uyuşturucu maddelerin gerek arzının gerekse talebinin azaltılmasında yoğun bir biçimde çalışmaktadır. Başta İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Dairesi Başkanlığı olmak üzere tüm Emniyet Teşkilatı, Jandarma Teşkilatı, Milli Eğitim Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı uyuşturucu maddeler ile mücadeleyi topyekûn benimsemiş ve geçtiğimiz süreçte sorunun boyutunu tam olarak belirlemiştir.

Türkiye’de gerek erişkinlerde, gerekse genç nüfusta madde kullanımı sıklığına yönelik pek çok çalışma bulunmakla birlikte ülke genelinde toplumu ve gençleri temsil eden ilk iki çalışma 2011 yılında Türkiye Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından gerçekleştirilmiş ve elde edilen madde kullanım sıklıkları ve buna yönelik risk etmenleri, ülkemiz uyuşturucu kontrol politikası ve eylem planı için temel kaynaklardan birini teşkil etmiştir.

Raporun bu bölümünde TUBİM tarafından yapılan “Türkiye’de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması (GPS)” ve “Türkiye’de Okullarda Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması (SPS) çalışmalarının ileri sonuçlarının tartışılması amaçlanmıştır. Ancak Ulusal raporun yazıldığı 2014 Ağustos-Eylül döneminde Türkiye’de madde bağımlılığı sıklığına yönelik olarak toplumu temsil eden yeni bir çalışma bulunmamaktadır. Uluslararası ve ulusal bilimsel veri tabanlarında sıklıkla kliniklerde yatarak tedavi gören hastalar ve tedavi konulu çalışmalar yer almaktadır.

Bu gerekçe ile 2013 raporunda ayrıntılı olarak paylaşılan genel nüfusta madde kullanım sıklığı ve risk etmenlerinden kısaca bahsedilecek, okul çocuklarında madde kullanımı ve risk etmenleri çalışması ise ayrıntılı bilgi verilecektir.

2.2. Genel Nüfusta Uyuşturucu Madde Kullanımı

2011 yılında TUBİM tarafından yapılan genel nüfusta madde kullanımı araştırmasında 25 ilde 8.145 hane halkı ile görüşülmüştür. Yapılan çalışmada yaşam boyu madde kullanım sıklığı %2,7 bulunmuştur. Çalışmanın sonuçlarına göre, 15-24 yaş grubunda olmak, erkek olmak, bekar olmak, gelir düzeyi 500 TL ve altında olmak (araştırmanın yapıldığı sırada <200 EU ya da <250 USD), tütün, alkol, hekim önerisi dışında ilaç kullanıyor olmak uyuşturucu kullanımını anlamlı biçimde artırmaktadır.

2.3. Okullarda ve Genç Nüfusta Uyuşturucu Madde Kullanımı

2011 yılında yapılan TUBİM Okul Çocukları Araştırmasında toplam 32 ilde genel ve teknik lise dağılımına göre alınan örnekleme 11.812 kişiye ulaşılmıştır. Öğrencilerin %49’u kız (5.783 kişi), %51’i erkek (6.029 kişi) olup yaş ortalaması $15,23 \pm 0,69$, ortancası 15,00’dir.

Okul çocukları çalışmasında yaşam boyu madde kullanım sıklığı %1,5’dir. %1,1’inin ailesinde tütün ya da alkol dışında başka madde kullanan birisi vardır ve %87,4’ü anne/baba/kardeşlerden birisidir. Maddeyi ilk kez kullanma yaş ortalaması $13,88 \pm 2,39$, ortancası 14,00’dür.

İncelenenlerin yaşam boyu, son 12 ay, son 3 ay, son 1 ay ve araştırmanın yapıldığı anda madde kullanma prevalansları Tablo 2.1.’de sunulmuştur.

⁶ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

Tablo 2-1: Okul Çocuklarının Yaşam Boyu, Son 12 Ay, Son 3 Ay, Son 1 Ay ve Araştırmanın Yapıldığı Anda Madde Kullanma Prevalansları

	Madde kullanma prevalansı (%)
Yaşam boyu	1,5
Son 12 ay	0,5
Son 3 ay	0,5
Son 1 ay	0,5
Halen	0,5

Kaynak: TUBİM SPS Araştırması, 2011.

Halen madde kullananların %42,1'i haftada 1 kez, %36,8'i haftada 2 kez madde kullanmaktadır. Madde kullananların %49,5'i kullandıkları maddelerin adlarını belirtmişlerdir. Kullanılan maddelere ilişkin yanıtlar yaklaşık grubun yarısı olmakla birlikte, ilk sırada açık ara esrar gelirken 2.sırada uçucular yer almaktadır. Yine az yanıt verilmekle birlikte her 5 kullanıcıdan birisinin çoklu madde kullandığı belirlenmiştir. Madde en çok solunum, 2.sırada ağız yolu ile alınmaktadır. Kızların %0,7'si, erkeklerin %2,3'ü madde kullanmayı denemiştir.

Kullanılan maddeler etkilerine göre altı alt grupta toplanmış olup, grupların dağılımı aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2-2: Okul Çocuklarında Kullanılan Madde Grupları

Kod	Grup	Maddeler
1	Esrar ve türevleri	Esrar, kumar, ray, roj, roy, ot, sarı, siroit, sandoz, yeşilbaş, pro, pet, sigara, şaşal, marijuana, maraş otu, hint keneviri, nargile
2	Uçucular	Gaz, uhu, yapıştırıcılar, bali, tiner, kolonya
3	Uyarıcılar	Rolex, kuşgalı, ekstazi, aburcubur, çilek, enerji içeceği
4	Eroin	Eroin, uyuşturucu
5	Kokain	Kokain, taş
6	Halusinojenler	Bonzai

Kaynak: TUBİM SPS Araştırması, 2011.

Tüm kullandığı maddeyi bildirenler içinde esrar ve türevleri %84,1 ile ilk sırayı alırken, peşi sıra %32,9 ile uçucular ve %22,7 ile uyarıcılar gelmektedir. Esrar, kullandığı maddeyi bildirenler içinde ilk tercihte %61,3, ikinci tercihte %39,1, üçüncü tercihte %25,0 sıklıkla ilk sıralarda da yer almaktadır.

Kullanıldığı belirtilen maddelerin tercihlere göre dağılımı aşağıda yer almaktadır.

Tablo 2-3: Kullanıldığı Belirtilen Maddelerin Tercihlere Göre Dağılımı

	1.Tercih		2.Tercih		3.Tercih		Toplam	
Madde Grupları	N	%*	N	%*	N	%*	N	%*
Esrar ve türevleri	54	61,4	18	39,1	2	25,0	74	84,1
Uçucular	16	18,2	10	21,8	3	37,5	29	32,9
Uyarıcılar	10	11,4	10	21,8	-	-	20	22,7
Eroin	4	4,6	6	13,0	2	25,0	12	13,6
Kokain	2	2,2	2	4,3	-	-	4	4,5
Halusinojenler	2	2,2	-	-	1	12,5	3	3,4

*kolon yüzdesi, kullandıkları maddelerin adlarını belirtenler içinde sıklık

Kaynak: TUBİM SPS Araştırması, 2011.

Araştırmanın en çarpıcı sonuçlarından biri yaşam boyu, son 12 ay ve halen tütün, alkol ve ilaç kullananlarda madde kullanımının son 12 ayda ilaç kullananlar dışında istatistiksel olarak anlamlı olmasıdır. Özellikle halen kullananlarda bu fark daha da açık görülmektedir. Tablo 2-4: İncelenenlerin yaşam boyu, son 12 ay ve son 30 gün tütün, alkol ve ilaç kullanma gruplarına göre yaşam boyu madde kullanma durumlarının dağılımı

Tablo 2-4: İncelenenlerin Yaşam Boyu, Son 12 Ay ve Son 30 Gün Tütün, Alkol ve İlaç Kullanma Gruplarına Göre Yaşam Boyu Madde Kullanma Durumlarının Dağılımı

		Yaşam Boyu Madde Kullanımı		
		Var %	Yok %	
Yaşam Boyu				
Tütün	Var	5,1	94,9	
	Yok	0,2	99,8	p=0,001
Alkol	Var	5,7	94,3	
	Yok	0,5	99,5	p=0,001
İlaç	Var	16,7	83,3	
	Yok	1,2	98,8	p=0,001
Son 12 Ay				
Tütün	Var	6,2	93,8	
	Yok	2,4	97,6	p=0,001
Alkol	Var	6,4	93,6	
	Yok	3,4	96,6	p=0,009
İlaç	Var	38,5	61,5	
	Yok	31,3	68,8	p=0,769
Halen				
Tütün	Var	8,3	91,7	
	Yok	0,5	99,5	p=0,001
Alkol	Var	9,7	90,3	
	Yok	0,8	99,2	p=0,001
İlaç	Var	36,4	63,6	
	Yok	5,5	94,5	p=0,001

Kaynak: TUBİM SPS Araştırması, 2011.

Madde kullandığını belirten öğrencilerden çoğunluğu erkektir. Çoklu madde kullanımı 6 kız öğrenci, 41 erkek öğrenci tarafından belirtilmiştir. Yaşam boyu (p=0,0001) ve halen (p=0,001) madde kullanımı açısından erkekler kızlardan 3,9 kat yüksek oranda madde kullandığını belirtmişlerdir.

Okul zamanları dışında para veya bedel karşılığı bir işte çalışma madde kullanımı açısından, son 12 ayda (p=0,608), son 3 ayda (p=0,787), son 1 ayda (p=0,396) ve halen (p=0,142) belirgin bir fark göstermemiştir. Yaşam boyu madde kullandığını söyleyen gençlerden, bir işte çalışmayanlar en düşük orandadır (p=0,0001). Çoklu madde kullanımı açısından çalışma durumları arasında fark yoktur.

Eve giren toplam aylık gelir, madde kullanımı açısından, son 12 ayda (p=0,866), son 3 ayda (p=0,472), son 1 ayda (p=0,571) belirgin bir fark göstermemiştir. Eve giren toplam aylık gelir açısından Yaşam boyu (p=0,0001) ve halen (p=0,031) evrelerinde düzenli geliri olmayan ve ya da yüksek gelir düzeyindeki ailelerin çocukları tarafından daha çok madde kullanımı belirtilmiştir. Çoklu madde kullanımı açısından çalışma durumları arasında fark yoktur.

Oturulan evin kendilerinin olup olmadığı, madde kullanımı açısından yaşam boyu (p=0,869), son 12 ayda (p=0,365), son 3 ayda (p=0,265), son 1 ayda (p=0,446) ve halen (p=0,163) belirgin bir fark göstermemiştir. Çoklu madde kullanımı açısından çalışma durumları arasında fark yoktur (p=0,722).

Kendine ait bir odanın olup olmadığı, madde kullanımı açısından, son 12 ayda (p=0,967), son 3 ayda (p=0,541), son 1 ayda (p=0,142) ve halen (p=0,234) belirgin bir fark göstermemiştir. Yaşam boyu madde kullandığını söyleyen gençlerden kendine ait bir odasının olmadığını söyleyenler daha çok madde kullandığını belirtmiştir (p=0,003). Çoklu madde kullanımı açısından kendine ait bir odanın olup olmadığı arasında fark yoktur (p=0,349).

Kardeş sayısı, madde kullanımı açısından, son 12 ayda (p=0,300), son 3 ayda (p=0,174), son 1 ayda (p=0,813) ve halen (p=0,480) belirgin bir fark göstermemiştir. Yaşam boyu madde kullandığını söyleyen gençlerden daha az kardeşi olanlar daha çok madde kullandığını belirtmiştir (p=0,049). Çoklu madde kullanımı açısından kardeş sayısı arasında fark yoktur (p=0,155).

En uzun yaşanılan yer ve madde kullanımı konusunda, yaşam boyu (p=0,654), son 12 ayda (p=0,141), son 3 ayda (p=0,573), son 1 ayda (p=0,058) ve halen (p=0,779) belirgin bir fark yoktur. En uzun yaşanılan yer ve çoklu madde kullanımı arasında belirgin bir fark görülmemiştir (p=0,795).

Bulunduğu yerde yaşanan süre ve ilaç kullanımı konusunda, yaşam boyu (p=0,574), son 12 ayda (p=0,390), son 3 ayda (p=0,258), son 1 ayda (p=0,513) ve halen (p=0,761) belirgin bir fark yoktur. En uzun yaşanılan yer ve çoklu madde kullanımı arasında belirgin bir fark görülmemiştir (p=0,221).

Annenin hayatta oluşu ya da olmayışı, madde kullanımı açısından, son 12 ayda ($p=0,924$), son 3 ayda ($p=0,881$), son 1 ayda ($p=0,769$) ve halen ($p=0,507$) belirgin bir fark göstermemiştir. Yaşam boyu madde kullandığını söyleyenler arasında en düşük oran annesi hayatta olanlardan gelmektedir ($p=0,0001$). Çoklu madde kullanımı açısından annenin hayatta oluşu ya da olmayışı arasında fark görülmemiştir ($p=0,569$).

Babanın hayatta oluşu ya da olmayışı, madde kullanımı açısından, son 12 ayda ($p=0,899$), son 3 ayda ($p=0,832$), son 1 ayda ($p=0,701$) ve halen ($p=0,953$) belirgin bir fark göstermemiştir. Yaşam boyu madde kullandığını söyleyenler arasında en düşük oran babası hayatta olanlardan gelmektedir ($p=0,001$). Çoklu madde kullanımı açısından babanın hayatta oluşu ya da olmayışı arasında fark görülmemiştir ($p=0,750$).

Çekirdek aile oluşu ya da olmayışı, madde kullanımı açısından, son 12 ayda ($p=0,530$), son 3 ayda ($p=0,410$), son 1 ayda ($p=0,10$) ve halen ($p=0,302$) belirgin bir fark göstermemiştir. Yaşam boyu madde kullandığını söyleyenler arasında çekirdek aileden gelenler daha düşük orandadır ($p=0,0001$). Çoklu madde kullanımı açısından ailenin çekirdek oluşu ya da olmayışı arasında fark görülmemiştir ($p=0,905$).

Anne işi, madde kullanımı açısından yaşam boyu ($p=0,123$), son 12 ayda ($p=0,0848$), son 3 ayda ($p=0,180$), son 1 ayda ($p=0,830$) ve halen ($p=0,250$) belirgin bir fark göstermemiştir. Çoklu madde kullanımı açısından annenin çalışması ya da çalışmaması arasında fark görülmemiştir ($p=0,666$).

Baba işi, madde kullanımı açısından, son 12 ayda ($p=0,798$), son 3 ayda ($p=0,706$), son 1 ayda ($p=0,824$) ve halen ($p=0,600$) kullanımda belirgin bir fark göstermemiştir. Yaşam boyu kullananlar ($p=0,041$) arasında en yüksek oran işsiz babaların çocuklarında gözlenmiştir. Çoklu madde kullanımı açısından babanın çalışması ya da çalışmaması arasında fark görülmemiştir ($p=0,896$).

Annenin ev kadını ve babanın işsiz olduğu koşul, madde kullanımı açısından, son 12 ayda ($p=0,565$), son 3 ayda ($p=0,450$), son 1 ayda ($p=0,161$) ve halen ($p=0,502$) kullanımda belirgin bir fark göstermemiştir. Yaşam boyu kullananlar ($p=0,024$) arasında bu koşulun varlığı madde kullanım oranını yükseltmektedir. Çoklu madde kullanımı açısından bu koşulun varlığı fark yansıtmamaktadır ($p=0,342$).

Anne eğitimi, madde kullanımı açısından, son 12 ayda ($p=0,714$), son 3 ayda ($p=0,361$), son 1 ayda ($p=0,679$) ve halen ($p=0,475$) belirgin bir

fark göstermemiştir. Yaşam boyu madde kullandığını söyleyen gençler arasında en yüksek oran yüksek eğitilmiş anne çocuklarında gözlenmektedir. Çoklu madde kullanımı açısından annenin eğitim düzeyinin yüksek ya da düşük olması arasında fark görülmemiştir ($p=0,758$).

Baba eğitimi, madde kullanımı açısından, son 12 ayda ($p=0,499$), son 3 ayda ($p=0,666$), son 1 ayda ($p=0,910$) ve halen ($p=0,499$) belirgin bir fark göstermemiştir. Yaşam boyu madde kullandığını ($p=0,0001$) söyleyen gençlerin babaları daha çok formal eğitim almayan kesimden gelmektedir. Bunu yüksek eğitim düzeyinden gelen babalar izlemektedir.

Çoklu madde kullanımı açısından babanın eğitim düzeyinin yüksek ya da düşük olması arasında fark görülmemiştir ($p=0,319$).

Üç aydan uzun süren bir hastalık varlığı, madde kullanımı açısından, son 12 ayda ($p=0,469$), son 3 ayda ($p=0,341$), son 1 ayda ($p=0,769$) ve halen ($p=0,723$) belirgin bir fark göstermemiştir. Yaşam boyu madde kullandığını ($p=0,0001$) söyleyen gençlerin üç aydan uzun süren bir hastalık varlığını belirtme oranları çok yüksektir. Çoklu madde kullanımı açısından üç aydan uzun süren bir hastalık varlığı ya da yokluğu arasında fark görülmemiştir ($p=0,999$).

Sonuç

Gençlerin bu çalışmaya içtenlikle katıldığı izlenimi edinilmiştir. Madde seçeneklerinin verilmemesinin bir sorun yaratmadığı, tam tersi esrar ve türevlerine ilişkin çok sayıda ismin belirtilerek gençlerin kendi bildiklerini aktardığı gözlenmiştir.

Sonuçlar, Türkiye’de tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığının belli bir düzeyde gittiğini, ihmal edilir nitelikte olmadığını, ilaç kullanımının önemsenmesini ve Türkiye’nin bu alanda kendine özgü koruma ve önleme planlarını yapması gerektiğini düşündürmektedir.

Yapılacak koruma ve önleme çalışmalarının etkilerinin değerlendirilmesi için belirli sıklıklarla bu çalışmada olduğu gibi toplumda sıklıkların ölçülmesi, gerekli düzenlemelerle uygulanacak yöntemlerin geliştirilmesi şeklinde sistematik bir yaklaşım benimsenmesi uygun olacaktır.

2.4. Hedef Gruplar Arasında Uyuşturucu Madde Kullanımı / Ulusal ve Yerel Seviyede Düzenlemeler

Yeni veri yok

3. BÖLÜM

ÖNLEME

Mustafa ERSOY⁷

3.1.Giriş

Uyuşturucu madde bağımlılığı dünya genelinde olduğu gibi Türkiye için de ciddi boyutlara ulaşan, hem gençlerimizi hem de gelecek nesillerimizi tehdit altına alan başlıca problemler arasındadır. Sosyal, ekonomik, sağlık, güvenlik gibi birçok farklı yönü bulunan uyuşturucu problemi ile tam manasıyla mücadele, ancak sorunun taraflarınca işbirliği içerisinde yürütülecek çalışmalar sayesinde gerçekleştirilebilecektir.

Uyuşturucu madde kullanımı ve bağımlılığına karşı yürütülecek bu mücadelenin önemli bir ayağını da önleme faaliyetleri oluşturmaktadır. Önleme, bireylerin zararlı alışkanlıklar edinmelerinin önüne geçmek amacıyla yapılan ve onların sağlıklı bir yaşam sürdürebilmesi gayesini esas alan, ön tedbir amacıyla gerçekleştirilen faaliyetlerin tümüne verilen isimdir. Önleme faaliyetlerinin temel amacı, uyuşturucu maddenin bireylere ulaştığı noktada, bireyin kullanmayı reddetmesi ve bağımlılık riskini en alt seviyeye indirmesini sağlamaktır.

Uyuşturucu sorunu sadece kullananları değil, çevresinde bulunan kişileri de etkileme riski barındıran, sosyal yönü olan bir olgudur. Bu gerçekten hareketle, gerçekleştirilecek önleme faaliyetlerinde risk altında bulunan hedef gruplara önem verilmeli, okul, aile ve toplum düzeyinde yapılacak önleme faaliyetleri, bu grupların taşıdıkları risk potansiyeli göz önünde bulundurularak yerine getirilmelidir.

Çok yönlü bir konu olan uyuşturucu sorunu, Türkiye’de de birçok farklı kurumun sorumluluk alanına giren hususlar barındırmaktadır. Temelde Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nın 58. Maddesinde yer alan, “Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve

benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır.” hükmüne dayanılarak gerçekleştirilen önleme faaliyetleri, ilgili kurumlarca farklı şekillerde yapılmakta olup, ülke genelinde uygulanan uyuşturucu madde kullanımının ve bağımlılığının önlenmesine yönelik standart bir program bulunmamaktadır.

Hem tedavi hem de rehabilitasyon süreçlerinin içerdiği zorluk, harcanan emek ve maliyetin fazlalığı bunun yanı sıra bu sürecin her zaman başarıyla sonuçlanmaması ihtimali, önleme faaliyetlerinin önem ve gerekliliğini göstermektedir.

Türkiye’de yürütülen önleme faaliyetlerinin büyük bir kısmını uyuşturucu maddelerin zararlarının ve neden olduğu sonuçların anlatıldığı seminer, tiyatro, afiş-broşür çalışmaları veya medya aracılığıyla gerçekleştirilen programlar olduğu görülmektedir. Türkiye’deki önleme çalışmalarının daha çok, uyuşturucu kullanımına başlama yaşının yoğunlaştığı 15-24 yaş arasındaki gençleri hedef almakla birlikte, bunun yanında aileler, öğretmenler, kamu görevlileri ve sivil toplum örgütleri de önleme çalışmalarındaki diğer hedef grupları oluşturmaktadır.

Uyuşturucu sorununun hem arz hem de talep azaltılma boyutlarında önemli sorumlulukları bulunan kurumlardan birisi de Emniyet Teşkilatı’dır. Kolluk kuvvetleri tarafından uyuşturucu maddelerin satışına ve kaçakçılığına (arzına) yönelik gerçekleştirilen çalışmalar, kullanımın önlenmesine yönelik olarak Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) ve 81 ilde bulunan Madde Kullanımı ile Mücadele Büro Amirliklerinde çalışan TUBİM İl Temas Noktası (İLTEM) personeli tarafından gerçekleştirilen önleme faaliyetleriyle desteklenerek çok yönlü bir mücadele gerçekleştirilmektedir.

⁷ TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi)

Türkiye de gerçekleştirilen önleme faaliyetleri başta TUBİM olmak üzere, Adalet Bakanlığı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Sağlık Bakanlığı, Diyanet İşleri Başkanlığı, Radyo ve Televizyon Üst Kurulu (RTÜK), Belediyeler, Üniversiteler ve çeşitli Sivil Toplum Kuruluşları gibi pek çok kurum tarafından yürütülmektedir.

Bu bölüm, 2013 yılı içerisinde TUBİM tarafından gerçekleştirilen ve diğer kurumlar tarafından gerçekleştirilip TUBİM'e bildirilen önleme faaliyetleri verileriyle hazırlanmıştır

3.2. Çevresel Önleme

Kavramsal olarak, bireylerin uyuşturucu kullanımı davranışı ile ilgili seçimlerini yaptıkları ortamın özelliklerinin değiştirilmesini ifade eden çevresel önleme, daha çok uyuşturucu kullanımına giden yolda geçiş maddesi özelliği taşıyan tütün ve alkol gibi maddelerle ilgili yapılan düzenlemeleri içermektedir (Beenstock ve Rahav, 2002). Türkiye'de tütün ve alkol konusunda düzenlemeler yapma konusunda yetkili olan Tütün ve Alkol ve Piyasası Düzenleme Kurumu, tütün ve alkolün üretimi, halka sunulması ve tanıtımı noktalarında kontrol amaçlı tedbirler almaktadır.

Tütün ve alkol kullanımı, uyuşturucu maddelerin taşıdığı risklere benzer olarak, sadece kullananlara yönelik bir tehdit olmayıp, aynı zamanda çevrelerinde bulunan pasif kullanıcılar içinde risk teşkil etmektedir. Bu doğrultuda tütün ve alkolün, hem kullanıcılar açısından oluşturduğu zararları en aza indirmek hem de riskli grupları bu maddelerden korumak amacıyla Türkiye'de çeşitli kanuni düzenlemelere gidilmiştir.

Bu başlık altında hem tütün hem de alkol alanında son dönemde yapılan, çevresel önleme kapsamında değerlendirilebilecek yeni düzenlemelere yer verilecektir.

3.2.1. Tütün ve Alkol Kontrolü Politikalarında Yapılan Düzenlemeler

Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Tütün ve Alkol Piyasası Düzenleme Kurumu koordinesinde, tütün ve alkol kontrolü alanında birtakım düzenlemeler gerçekleştirilmektedir. Bu düzenlemelerde, özellikle kullanmayan veya riskli gruplarda yer alan bireylerin sağlıklı bir hayat sürdürmelerini sağlamaya yönelik hükümler yer almaktadır. Özellikle 2008 yılından itibaren yapılan düzenlemelerle hem tütün hem de alkol kontrolü alanında önemli bir yol kat edilmiştir.

3.2.1.1. Tütün Kontrolü Politikaları Yönünden Önleme Düzenlemeleri

Tütün mamulleriyle ilgili politikaların temelini oluşturan hükümler 07.11.1996 tarihli ve 4207 sayılı Tütün Ürünlerinin Zararlarının Önlenmesi ve Kontrolü Hakkındaki Kanun'da yer almaktadır. Özellikle 03.01.2008 tarihinde bu Kanunda yapılan düzenlemeyle, tütün ürünlerinin tüketilmesi neticesinde meydana gelen zararlardan bu ürünleri kullanmayan kesimi korumak amaçlanmıştır. Dumansız Hava Sahası kapsamında, söz konusu Kanunun 2. maddesi 19.01.2008 tarihinde şu şekilde değiştirilmiştir:

"Tütün ürünleri;

- Kamu hizmet binalarının kapalı alanlarında,
- Koridorları dahil olmak üzere her türlü eğitim, sağlık, üretim, ticaret, sosyal, kültürel, spor, eğlence ve benzeri amaçlı özel hukuk kişilerine ait olan ve birden çok kişinin girebileceği (ikamete mahsus konutlar hariç) binaların kapalı alanlarında,
- Taksi hizmeti verenler dahil olmak üzere karayolu, demiryolu, denizyolu ve havayolu toplu taşıma araçlarında,
- Okul öncesi eğitim kurumlarının, dershaneler, özel eğitim ve öğretim kurumları dahil olmak üzere ilk ve orta öğrenim kurumlarının, kültür ve sosyal hizmet binalarının kapalı ve açık alanlarında,
- Özel hukuk kişilerine ait olan lokantalar ile kahvehane, kafeterya, birahane gibi eğlence hizmeti verilen işletmelerde,

tüketilemez.

19 Temmuz 2009 tarihinden itibaren, ikamete mahsus konutlar haricinde kamu ve özel tüm binaların kapalı alanlarında, toplu taşıma araçlarında sigara içilememekte ve diğer tüm tütün ürünleri kullanılamamaktadır.

2008-2012 yılları arasında yürürlükte bulunan Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı doğrultusunda, tütün kullanımının azaltılması alanında edinilen başarının 2014-2018 yılları arasını kapsayacak Ulusal Tütün Kontrol Programı ve Eylem Planı ile daha da artırılması hedeflenmektedir. Yeni eylem planında 10 başlık altında 133 faaliyet bulunmakta olup faaliyetlerin uygulamasından sorumlu toplamda 21 kurum ve kuruluş yer almaktadır.

Yeni eylem planı ile özellikle insanların yoğun olarak bulunduğu alışveriş merkezleri, sinema, tiyatro gibi yerlerin bina girişleri ile çocuk parkları, lokanta ve kahvehane gibi yerlerin açık alanlarının belirli bölgeleri dumsız hava sahası kapsamına alınması planlanmaktadır. Eylem planı doğrultusunda, mevzuatta “kapalı alan” olarak tarif edilmiş alanlarda tütün ürünlerinin tüketiminin mutlak surette engellenmesini sağlayacak denetim kapasitesinin güçlendirilmesinin yanı sıra kamuya açık parklar gibi temelde çocukların faydalandığı tüm alanlarda tütün ürünlerinin önlenmesi alanında çalışmalar gerçekleştirilecektir.

3.2.1.2. Alkol Kontrolü Politikaları Yönünden Önleme Düzenlemeleri

Uyuşturucu madde kullanımına başlamada, geçiş maddesi olarak kabul edilen bir diğer madde de alkoldür. Tütün ürünlerinde olduğu gibi, alkol alanında yapılacak her türlü düzenleme, uyuşturucu madde kullanımının önlenmesine katkı sağlayacaktır. Bireylerin tütün ve alkole ulaşımını belli kriterler bakımından kısıtlamak, onların diğer bağımlılık yapıcı maddelerden de uzak kalmasına imkan verecektir.

Alkol kontrolü politikaları ile ilgili, temel hükümler 12.06.1942 tarihli ve 4250 sayılı İspirto ve İspirtolu İçkiler İhisi Kanunu’nda yer almaktadır. Bu Kanunun 6. maddesinde 2013 yılında yapılan değişikliklerle;

- Alkollü içkilerin her ne surette olursa olsun reklamı ve tüketicilere yönelik tanıtımı yapılamaz. Bu ürünlerin kullanılmasını ve satışını özendirir veya teşvik eden kampanya, promosyon ve etkinlik yapılamaz.
- Alkollü içkileri üreten, ithal eden ve pazarlayanlar, her ne surette olursa olsun hiçbir etkinliğe ürünlerinin marka, amblem ya da işaretlerini kullanarak destek olamazlar.
- Televizyonlarda yayınlanan dizi, film ve müzik kliplerinde alkollü içkileri özendirici görüntülere yer verilemez.
- Alkollü içkileri üretenler, ithal edenler ve pazarlayanlar her ne amaçla olursa olsun, teşvik, hediye, eşantiyon, promosyon veya bedelsiz olarak alkollü içki dağıtamazlar.
- Alkollü içkiler, tüketilmek veya beraberinde götürülmek üzere on sekiz yaşını doldurmamış kişilere satılamaz veya sunulamaz.

- On sekiz yaşını doldurmamış kişiler, alkollü içkilerin üretiminde, pazarlanmasında, satışında ve açık sunumunda istihdam edilemez. Yasal düzenlemeler uyarınca gerçekleştirilen eğitim amaçlı çalışmalar bu hükmün dışındadır.
- Alkollü içkiler, otomatik satış makineleri ile satılamaz, her nevi oyun makineleri veya farklı yöntemlerle oyun ve bahse konu edilemez. Alkollü içkiler, 22:00 ila 06:00 saatleri arasında perakende olarak satılamaz.

hükümleri getirilmiştir. Yine bu kanun kapsamında yukarıda belirtilen maddelerde yer alan hükümlerin ihlali söz konusu olduğunda verilecek cezalar artırılmıştır.

Yine aynı Kanunun 9. maddesinde 2013 yılında yapılan değişiklikle, bu kanun kapsamına giren ürünlerin perakende veya açık olarak satışının yapıldığı yerler ile örgün eğitim kurumları ve dershaneler, öğrenci yurtları ve ibadethaneler arasında kapıdan kapıya en az 100 mesafenin bulunması zorunlu hale getirilmiştir.

3.3 Evrensel Önleme

Evrensel önleme kapsamında gerçekleştirilen faaliyetler ile uyuşturucu maddeler ve bu maddelerin insan sağlığı açısından taşıdığı riskler hakkında bireyin bilgi sahibi olması sağlanacaktır. Bu doğrultuda yapılan çalışmalar okul, aile ve toplum düzeyinde gerçekleştirilmektedir.

3.3.1 Okul Odaklı Önleme

Eğitim kurumları, uyuşturucu kullanımının önlenmesi faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi için uygun özelliklere sahip yapılardır. Hem ortamın eğitici içeriğin verilmesini daha kolay kılması hem de öğrencilerin bilgiyi alma ve benimsemeye daha hazır bir halde bulunmaları, eğitim kurumlarının bağımlılık yapıcı maddelerden gençleri korumak için önemini ortaya koymaktadır.

Okul odaklı önleme kapsamında, Milli Eğitim Bakanlığı bünyesindeki rehber öğretmenler ve Rehberlik Araştırma Merkezleri tarafından gerçekleştirilen önleme faaliyetlerinin yanı sıra, İLTEM görevlilerince okullarda gerçekleştirilen önleme faaliyetleriyle, gençlerin uyuşturucu maddelerden korunması hedeflenmektedir.

Milli Eğitim Bakanlığı tarafından öğrencilerin hayata hazırlanmaları, sorunlarla baş edebilmeleri, madde kullanımı gibi zararlı teklifler karşısında nasıl davranmaları gerektiği konularında bilinçlendirilmeleri amacıyla ülke genelinde seminer ve konferans türü etkinlikler gerçekleştirilmektedir

Okullarda rehberlik servisleri ile il ve ilçelerde bulunan Rehberlik ve Araştırma Merkezleri aracılığıyla yapılan koruma ve önleme odaklı başlıca çalışmalar ise şu şekildedir:

- Öğrencilere, öğretmenlere ve okul idaresine madde bağımlılığı ve zararlı alışkanlıklardan korunma gibi hususlarda bilinçlendirme çalışmaları yapılması,
- Hayır Diyebilme Beceri Eğitimi, İletişim Becerileri ve Çatışma Çözme Becerileri programlarının uygulanması,
- Okul çevresinde yer alan internet kafelerin, büfe ve oyun salonlarının, servis şoförlerinin vb. kişi ve birimlerin bilinçlendirilmesinin sağlanması.

TUBİM Madde Kullanımı ile Mücadele Büro Amirliklerinde çalışan İLTEM görevlileri tarafından okullarda seminer, konferans, tiyatro, film gösterimi, afiş ve broşür dağıtımı şeklinde faaliyetler gerçekleştirilmektedir. TUBİM tarafından düzenlenen Madde Kullanımı ile Mücadele Temel Eğitimini alan İLTEM görevlileri, bu faaliyetlerde uyuşturucu maddenin zararları, gençlerin bu maddelerden nasıl uzak durabileceği, nelere dikkat edeceği ve bu konuda birey için tehdit oluşturacak unsurlar gibi konu başlıklarına yer vermektedir.

İLTEM görevlileri tarafından 2013 yılında gerçekleştirilen önleme faaliyetlerinde toplam 476.885 öğrenciye ulaşılmıştır. Öğrencilere yönelik yapılan seminer, konferans, tiyatro gibi faaliyetlerin yanı sıra, daha uzun soluklu, içerisinde sosyal ve sportif etkinlikleri de barındıran projeli faaliyetler de gerçekleştirilmektedir.

3.3.2. Aile Odaklı Önleme

Çocuk ve gençleri zararlı alışkanlıklardan korumak için en önemli görev hiç şüphesiz ailelere düşmektedir. Aileler, doğumdan itibaren çocuklarının hem maddi hem de manevi anlamda gelişimlerine öncülük ederler. Bu açıdan iyi bir anne baba olmanın ölçütlerinden birisi de ebeveynlerin çocuklarını, özelde uyuşturucu maddeler, genelde ise bütün zararlı alışkanlıklardan ne ölçüde koruduklarıyla alakalıdır.

Ebeveynler, çocuklarının uyuşturucu kullanımına başlamaları konusundaki mevcut risklerin ortadan kaldırılması için önlem almalı, çocuklarının yakın arkadaşlarını tanımalı, okul hayatlarına dair bilgi sahibi olmalıdırlar. Anne-baba tarafından verilen iyi bir eğitimin yanı sıra, çocukların sağlıklı bir ortamda büyümeleri için gerekli koşulların oluşturulması da ebeveynlerin öncelikli sorumlulukları arasındadır. Tüm bu amaçların gerçekleştirilmesi için anne babalara yönelik yapılan önleme faaliyetleri aile odaklı önleme kapsamında değerlendirilmektedir.

Bu kapsamda Milli Eğitim Bakanlığı tarafından;

- 0-18 Yaş Aile Eğitimi Programı, 7-19 Yaş Aile Rehberliği Programı uygulayıcılarının ülke genelinde yaygınlaştırılarak anne ve babalara eğitimler verilmesi,
- Okul rehberlik servisleri ve rehberlik ve araştırma merkezleri tarafından ailelere madde bağımlılığı ve zararlı alışkanlıklardan korunma gibi hususlarda bilinçlendirme çalışmaları yapılması,
- Veli toplantılarında, öğretmenler ve rehberlik öğretmenleri tarafından öğrencilerin zararlı alışkanlıklardan korunması ve ergenlik dönemi özellikleri konusunda ailelere bilgi verilmesi gibi çalışmalar gerçekleştirilmektedir.

Bunun yanında TUBİM İl Temas personeli aracılığıyla ailelere yönelik uyuşturucu kullanımının önlenmesi amacıyla bilgilendirme faaliyetleri gerçekleştirilmektedir. Bu doğrultuda 2013 yılında gerçekleştirilen faaliyetlerle 62.244 ebeveyn bilgilendirme faaliyeti gerçekleştirilmiştir.

3.3.3. Toplum Odaklı Önleme

Toplum odaklı önleme faaliyetleri spesifik olarak belli bir kitleyi hedef almayan, genel olarak uyuşturucu maddeler konusunda toplumdaki bilinç düzeyini artırmak için gerçekleştirilen faaliyetlerdir. Toplumun bağımlılığa bakışı ve toplumdaki bağımlılık algısı uyuşturucu kullanım oranlarını etkilemektedir.

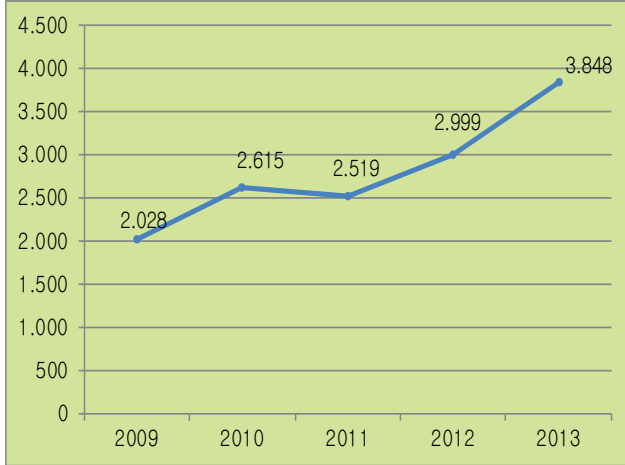
Toplumun her katmanında belli bir seviyede farkındalık yaratmak amacıyla gerçekleştirilen faaliyetler, toplum odaklı önleme kapsamında değerlendirilmektedir. Bu başlık altında faaliyet gerçekleştiren, faaliyetlerinin hedef noktasına toplumun bütününe koyan birçok kurum bulunmaktadır.

Diyanet İşleri Başkanlığı tarafından 2013 yılı içerisinde uyuşturucu madde bağımlılığını önlemeye yönelik olarak 3349 vaaz, 13 hutbe, 5 TV programı, 1 radyo programı, 8 konferans, 3 seminer ve 4 toplantı gerçekleştirilmiş, ayrıca 300 din görevlisine de talep azaltımı hakkında bilgilendirme faaliyeti yapılmıştır.

TUBİM tarafından, öğrenciler ve veliler dahil olmak üzere toplumun birçok kesimini hedef alan önleme faaliyetleri gerçekleştirilmektedir. 2013 yılı içerisinde Madde Kullanımı ile Mücadele Büro Amirliklerinde görevli 162 uzman personel tarafından farklı hedef gruplara yönelik gerçekleştirilen faaliyetlere bakıldığında; 2012 yılında 2.999 olan faaliyet sayısı %28,31 artış göstererek 2013 yılında 3.848

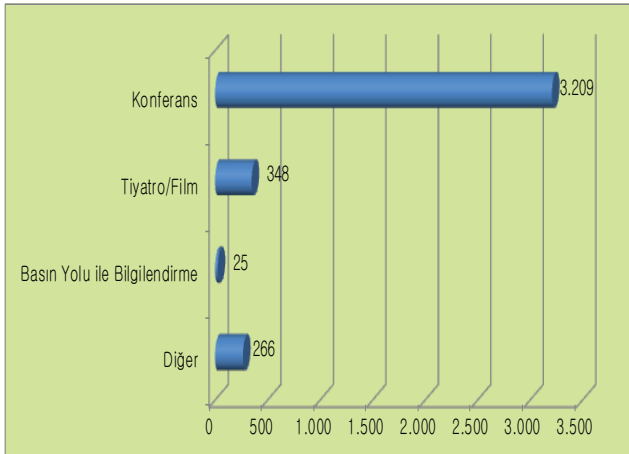
faaliyete yükselmiştir. 2012 yılında 519.363 olan ulaşılan kişi sayısı %29.62 artış göstererek 2013 yılında 673.195 kişiye bilinçlendirme faaliyeti gerçekleştirilmiştir.

Grafik 3-1: Madde Kullanımı ile Mücadele Büro Amirliği Görevlileri Tarafından Gerçekleştirilen Faaliyet Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

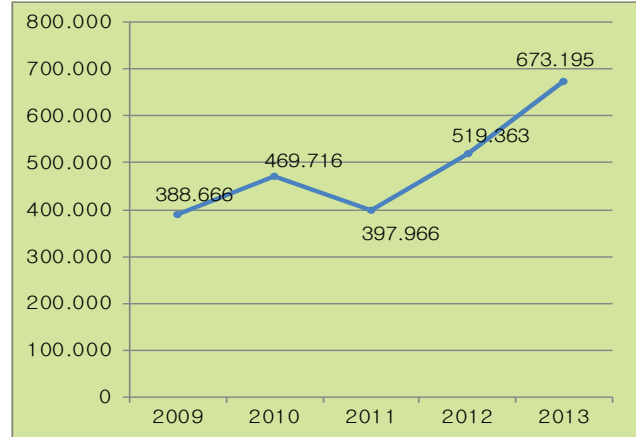
Grafik 3-2: Madde Kullanımı ile Mücadele Büro Amirliği Görevlileri Tarafından 2013 Yılında Gerçekleştirilen Faaliyetlerin Türlerine Göre Dağılımı



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

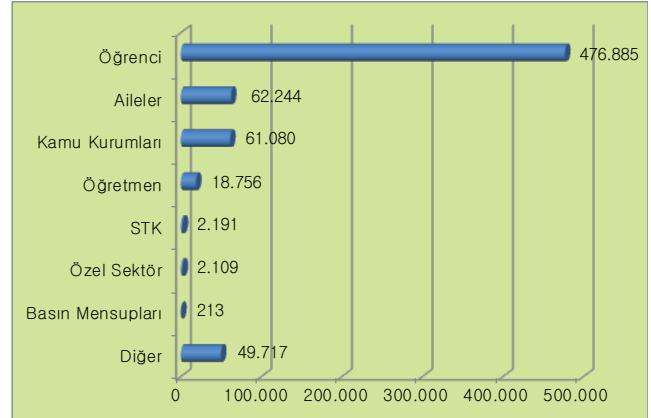
2013 yılında gerçekleştirilen önleme faaliyetlerine katılan kişi sayısı 2012 yılına göre %29,62 oranında artış göstererek 673.195 kişiye yükselmiştir.

Grafik 3-3: Madde Kullanımı ile Mücadele Büro Amirliği Görevlileri Tarafından Gerçekleştirilen Faaliyetlerin Katılımcı Sayılarına Göre Dağılımı



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Grafik 3-4: Madde Kullanımı ile Mücadele Büro Amirliği Görevlileri Tarafından 2013 Yılında Gerçekleştirilen Faaliyetlerin Katılımcı Türlerine Göre Dağılımı



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

TUBİM tarafından hem İLTEM personeli, hem de uyuşturucu kullanımı ve bağımlılığının önlenmesi konusunda çalışacak diğer kurum temsilcilerinin eğitilmesi amacıyla, 2013 yılı içerisinde üç adet Madde Kullanımı ile Mücadele Temel Eğitimi programı düzenlenmiş, bu eğitimlerde 55 İLTEM Görevlisi, 43 Genelkurmay Başkanlığı Personeli, 113 Rehber Öğretmen ve İl Uyuşturucu Koordinasyon Kurulu üyesi kurum temsilcileri olmak üzere toplam 211 kişiye "eğiticilerin eğitimi" programı düzenlenmiştir.

3.4. Risk Altındaki Gruplarda Önleme

Dünyada madde kullanımı incelendiğinde; bağımlılığın genç yaşlarda başladığı ve madde kullanma oranlarının genç yaşlarda daha yüksek olduğu görülmektedir. Bu sebeple, özellikle lise ve üniversite yılları riskli yıllar sayılmış, bu gruba risk grupları denilerek araştırmalar ve çalışmalar bu gruplar üzerinde yoğunlaştırılmıştır.

Söz konusu risk gruplarına yönelik önleme faaliyetlerine; Aile ve Sosyal Politikalar, Gençlik ve Spor, Sağlık Bakanlıkları ile Emniyet Genel Müdürlüğü ve Yerel yönetimler öncülük etmektedir.

Risk altındaki gruplar; çocuk ve gençler, sokakta yaşayan/çalışan çocuklar ve mahkumlar olarak üç grupta ele alınmaktadır.

3.4.1. Çocuk ve Gençlere Yönelik Önleme

Çocuk ve gençler, bağımlılık yapıcı maddeler konusunda risk altında bulunan gruplar arasında yer almaktadırlar. Uyuşturucu maddenin yanı sıra geçiş maddesi olma özelliği bulunan tütün ve alkol de çocuk ve gençlerin korunması gereken bağımlılık yapıcı maddelerdendir.

Çocuk ve gençlerin uyuşturucu madde ve madde bağımlılığından korunması için Birleşmiş Milletler Çocuk Hakları Sözleşmesi'ne de hüküm konulmuştur. Sözleşmenin 33. maddesinde "Taraflar devletler, çocukların uluslararası antlaşmalarda tanımladığı biçimde uyuşturucu ve psikotrop maddelerin yasa dışı kullanımına karşı korunması ve çocukların bu tür maddelerin yasa dışı üretimi ve kaçakçılığı alanında kullanılmasını önlemek amacıyla, yasal, sosyal ve eğitsel nitelikler de dahil olmak üzere, her türlü uygun önlemleri alırlar." ifadesiyle devletlerin bu konuda gerekli tedbirleri alması sağlanmaya çalışılmıştır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı'nın çalışmaları neticesinde, Türkiye'de çocuk haklarının korunması ve yaygınlaştırılması için yapılması gereken çalışmaların temel hedeflerini belirleyen "Ulusal Çocuk Hakları Strateji Belgesi", Yüksek Planlama Kurulunun 10.12.2013 tarihli ve 2013/33 sayılı kararı ile kabul edilmiştir.

Diğer yandan Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı öncülüğünde, koruyucu önleyici hizmetler çerçevesinde ailelere yönelik psiko-sosyal destek ve bilinçlendirme çalışmaları, aileye dönüşlerinin mümkün olduğu durumların tespiti halinde ise aile ile çocuğun bir arada yaşamasına ilişkin uyum çalışmaları gerçekleştirilmektedir. Ayrıca sosyal destek kapsamında çocuklar; sosyal, sportif, sanatsal ve kültürel etkinlikler ile hobi çalışmalarına yönlendirilmektedir.

Bu alanda çalışmalar gerçekleştiren diğer bir kurum ise Gençlik ve Spor Bakanlığıdır. Gençlerin sağlıklı bir şekilde geleceğe ilerlemesi misyonuyla hareket eden Bakanlık, 2013 yılı içerisinde Ulusal Gençlik ve Spor Politikası Belgesi'ni yayınlamıştır. Gençleri uyuşturucu madde türü bağımlılık yapıcı maddelerden korumak amacıyla, söz konusu belgede belirtilen hususlar doğrultusunda çalışmalar gerçekleştirilmektedir.

Belgenin politikalar kısmında yer alan 4. maddesinde 5 hedef belirlenmiştir. Bu hedefler arasında;

- Uyuşturucu madde bağımlısı gençlerin rehabilitasyonu ve tedavileri ile ilgili merkezlerin sayısını ve ulaşılabilirliklerini arttırmak,
- Uyuşturucu madde bağımlısı gençlere ve ailelerine yönelik psiko-sosyal hizmet sunmak,
- Gençlik merkezleri aracılığı ile madde bağımlılığı konusunda ailelere uzman kişilerin verecekleri eğitimle farkındalık düzeylerini arttırmak,
- Madde bağımlısı gençlerin tedavisine yönelik merkezleri yaygınlaştırarak daha etkin hale getirmek,

gibi faaliyetler bulunmaktadır.

3.4.2. Sokakta Yaşayan/Çalışan Çocuklara Yönelik Önleme

Sokakta yaşayan veya çalışan çocukların bağımlılık yapıcı maddelerle tanışma riski daha yüksektir. Aile faktörünün bulunmaması ve kullanıcı gruplarıyla daha yakın bir temas içerisinde olmaları, bu grupların uyuşturucu madde kullanmaya başlamalarını kolaylaştırmaktadır. Bu etmenler, bu grupta yer alan çocukların özel bir ilgi ve bakıma ihtiyaçları olduğunu göstermekte ve bu gruba yönelik özelleşmiş tedbirlerin alınmasını gerekli kılmaktadır.

Ulusal Çocuk Hakları Strateji Belgesi ile Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından, sokakta yaşayan çocukların öncelikli olarak aile bağlarının güçlendirilmesi ve aileye dönüşünün sağlanması hedeflenmekle birlikte, söz konusu çocuklara yönelik bakım ve sosyal destek hizmetlerinin, ilgili tüm kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde iyileştirilmesi yönünde karar alınmış, çocuk işçiliğinin önlenmesine yönelik etkin mücadele yapılması kararlaştırılmıştır.

Yine Bakanlık tarafından, Sosyal Hizmet Merkezlerince 2005/5 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile uygulamaya konulan "Sokakta Yaşayan ve/veya Çalıştırılan Çocuklara Yönelik Hizmet Modeli" çerçevesinde sokakta çalıştırılan, dilendirilen ve

madde bağımlısı çocukları tehlikelerden korumak ve sosyal rehabilitasyonlarını sağlamak amacıyla eğitim-öğretim sistemine kazandırma, eğitim-öğretim sisteminde destekleme, mesleki beceri kazandırma, psiko-sosyal gelişimlerini destekleme, madde kullanan çocukları tedaviye yönlendirme ve tedavi sonrası sosyal destek çalışmaları yürütülmektedir.

Bakanlık çalışmalarıyla, sokakta çalıştırılan çocukların, örgün veya mesleki eğitime dahil edilmeleri ve eğitimini tamamlamış ya da iş sahibi gençler olarak rehabilitasyonlarının tamamlanması amaçlanmıştır. Bu kapsamda öncelikle sokakta çalıştırılan, dilendirilen ve madde kullanan çocukların sokaktan çekilerek örgün veya mesleki eğitime yönlendirilmeleri, madde bağımlılığı tedavilerinin yaptırılması, giyim, sağlık, eğitim vb. tüm ihtiyaçlarının karşılanması, toplumla yeniden bütünleştirilmesi sağlanmaktadır.

Bununla birlikte, sokakta yaşayan ve her türlü madde bağımlılığına açık olan çocukların sokaktan çekilerek bakım, barınma, sağlık, eğitim gibi tüm ihtiyaçlarının karşılanması ve sosyal rehabilitasyonlarının sağlanarak toplumla bütünleştirilmesine yönelik hizmetler Çocuk ve Gençlik Merkezlerince yürütülmektedir.

09.02.2013 tarihli Sosyal Hizmet Merkezleri Yönetmeliği çerçevesinde sokakta çalıştırılan dilendirilen ve risk altındaki çocuklara yönelik koruyucu önleyici hizmetler ile ailelerine yönelik danışmanlık hizmetleri yürüten 29 gündüzlü Çocuk ve Gençlik Merkezi, Sosyal Hizmet Merkezine veya bağlı ek birimlere dönüştürülmüştür. Sosyal hizmetlere erişim kolaylığı esasıyla oluşturulan Sosyal Hizmet Merkezlerinin, tüm illerde örgütlenme çalışmaları tamamlanmış, ilçelerde ise örgütlenme çalışmaları devam etmektedir. Ülke genelinde 136 Sosyal Hizmet Merkezi hizmete açılmıştır. Sokakta yaşayan ve madde bağımlısı çocuklara yönelik yatılı hizmet veren 9 Çocuk ve Gençlik Merkezinde ise geçici süreli sosyal destek hizmetleri devam etmektedir.

3.4.3. Mahkumlara Yönelik Önleme

İçinde bulundukları ortam dolayısıyla uyuşturucu madde ile tanışmaları yüksek risk arz eden bir diğer grubu mahkumlar oluşturmaktadır. Aktif veya eski kullanıcılarla aynı ortamda bulunma potansiyeli bulunan mahkumlar, önleme faaliyetlerinin yetersiz bir biçimde uygulandığı topluluklardan olmasının yanı sıra, topluma yeniden kazandırılma algısının güçlenmesi neticesinde, bu gruba yapılan çalışmalar artış göstermektedir.

Türkiye’de mahkumlara yönelik çalışmalar Adalet Bakanlığı bünyesinde gerçekleştirilmektedir. İllerde bulunan Denetimli Serbestlik Müdürlükleri, Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı (SAMBA) Tedavi Programı kapsamında çalışmalarına başlamıştır. Program kapsamında denetimli serbestlik tedbirine tabi tutulan kişilere, içerisinde alkol veya uyuşturucu madde konusunda bilgilendirmeler yer alan eğitimler verilmektedir.

3.5 Birey Odaklı Önleme

Birey odaklı önleme, her bir bireyi ayrı ayrı ele alıp önleme faaliyetlerinin bireyin sahip olduğu özelliğe göre şekillenmesi, önleme faaliyetlerinin bireye özgü hale getirilmesidir. Birey odaklı önleme Türkiye’de eksikliği yoğun olarak hissedilen bir önleme türüdür. Sivil toplum kuruluşları tarafından bu alanda gerçekleştirilen küçük ölçekli çalışmalar mevcuttur. Bu yapıların başarılı bir şekilde uygulanan örnekleri model alınarak ülke çapında artırılması sağlanmalıdır.

3.6 Ulusal ve Yerel Medya Kampanyaları

Yazılı ve görsel medya, kitlelere mesajın en etkili ve çabuk bir şekilde iletilmesinde kullanılan iletişim araçlarındandır. Bu yönüyle, topluma verilecek yararlı mesajların iletilmesinde kullanılması da kaçınılmaz bir hal almıştır. Kamu spotlarıyla ve programlara yerleştirilen mesajlarla toplum bilgilendirilmeli, bağımlılık yapıcı maddelerden uzak durmaları temin edilmelidir.

Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu tarafından, çeşitli radyo ve televizyon programlarında; kamu spotları, bağımlılıkla mücadele, tütün mamullerinin zararları, dumansız hava sahası, uyuşturucuyla mücadele günü gibi çok çeşitli konulara; eğitim-kültür, spot, haber, haber-program, belgesel gibi farklı program formatlarında; bölgesel radyolarda (TRT Trabzon Radyosu, TRT GAP Diyarbakır Radyosu), TRT Okul, TRT Haber, TRT Turizm ve Belgesel ve TRT Arapça kanallarında, kamuoyunu bilinçlendirmek amacıyla yer verilmiştir.

Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu’na bağlı Tv ve Radyo kanallarında madde bağımlılığı konusunda 2013 yılında yayınlanmış, farklı hedef kitlelere yönelik olan toplam 75 faaliyet ve program gerçekleştirilmiştir.

4. BÖLÜM

YÜKSEK RİSKLİ UYUŞTURUCU MADDE KULLANIMI

Prof. Dr. Mustafa N. İLHAN⁸

4.1. Giriş

Madde kullanımı ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Uyuşturucu kullanımının 5 temel göstergesinden birisi olan ve yakın zamana kadar "Problemlili Madde Kullanımı" (PDU) olarak tanımlanan, "Yüksek Riskli Madde Kullanımı" (HRDU) ölçütüdür. Bu ölçütün tanımı ve kapsamı ülkeler arasında değişim göstermekle beraber, genel olarak yüksek riskli kullanım "damardan madde kullanımı, uzun süreli/düzenli eroin, kokain, amfetamin kullanımı olarak kabul edilmektedir. Uzun süreli esrar kullanımı da Türkiye için bu grupta değerlendirilebilmektedir. Türkiye'de son dönemde daha çok gündeme gelen Bonzai (sentetik kannabinoid) de bu kapsamda değerlendirilebilir. Ancak ölçütün standart olamayışı ülkeler arası karşılaştırmayı güçleştirmektedir.

HRDU araştırmalarında ve yaygınlık tahminlerinde izlenen yöntemler ülkedeki veri kaynakları durumuna göre ve araştırma yöntemlerine göre çeşitlilik göstermektedir. Gizli kitlelerin tahmini için kullanılabilir olan yöntemler farklılık göstermekle beraber, genelde çarpan (multiplier), çok değişkenli gösterge (multiple indicator) ve yakala-tekrar yakala (capture - recapture) yöntemleri kullanılmaktadır. Son dönemde ağ genişletme yöntemi (network scale up method) de saklı kişilerin belirlenmesinde kullanılmaya başlanmıştır.

Türkiye'de 2007 yılından bu yana uyuşturucu bağlantılı ölüm verileri, Adli Tıp Kurumu tarafından güvenilir olarak toplanmaktadır. Bu sebeple her sene uyuşturucu bağlantılı ölüm verileri kullanılarak çarpan (multiplier) yöntemi ile tahminler yapılmaktadır. Ayrıca, 2011 yılında farklı kurumlardan veri alınarak yakala-tekrar yakala (capture - recapture) yöntemi ile PDU tahmini yapılmıştır.

4.2. Yüksek Riskli Uyuşturucu Madde Kullanım Yaygınlığı ve Görülme Sıklığı Tahminleri

Türkiye'de 2010-2011 yılında TUBİM uzmanları ile ulusal ve uluslararası uzmanların katılımı ile ilk kez PDU ölçütü hesaplanmıştır. Ankara, İstanbul ve İzmir illerinde yapılan çalışmaya göre problemlili afyon kullanıcısı Ankara için 5.800, İstanbul için 25.000 civarında, problemlili esrar kullanıcısı Ankara için 28.500, İzmir için 33.400 civarında saptanmıştır.

Tablo 4-1: Ankara, İstanbul ve İzmir'de Problemlili Opioid ve Esrar Kullanıcıları, 2010

İl	Tanım	
	Problemlili Opioid Kullanıcısı (≈)	Problemlili Esrar Kullanıcısı (≈)
Ankara	5.800 (4.100 - 12.600)	28.500 (23.600 - 33.200)
İstanbul	25.000 (18.000 - 39.900)	-*
İzmir	-*	33.400 (29.500 - 38.200)

Kaynak; Kraus ve Ark., 2011, *Estimation Problem Drug Use in Ankara, İstanbul, İzmir*

2013 yılında AMATEM Uzmanları ile görüşülerek yapılan hesaplama göre Türkiye'de Problemlili Madde Kullanıcı sayısı (esrar ve ekstazi haricinde) 59.895 (46.087-73.704) olarak tahmin edilmiştir (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2013).

4.3. Yüksek Riskli Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Karakteristik Özellikleri

Yüksek Riskli Uyuşturucu Kullanımına (HRDU) yönelik farklı yöntemler söz konusu olsa bile birçok Avrupa Birliği ülkesinde birden fazla yöntemin birlikte kullanıldığını görülmektedir. Bu yaklaşımın temel amacı, hesaplamaların gerçeğe en yakın oranda tahmin edilebilmesi içindir. Ancak, tek bir veri seti kullanılarak elde edilen çarpan

⁸ Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı

* Tahmin yapılamamıştır.

yöntemi (tedavi verileri, polis verileri yada ölüm verileri) genel olarak kabul edilen önemli bir yöntem olarak karşımıza çıkmaktadır. Geçtiğimiz yıllarda, örneğin İtalya, İspanya, Çek Cumhuriyeti, Almanya ve Portekiz'in tedavi verilerini kullanarak çarpan yöntemiyle problemlili (yüksek riskli) madde kullanım tahmini araştırmalarını gerçekleştirdikleri görülmektedir. Almanya, Luxemburg ve Norveç'in ölüm verilerini kullanarak çarpan yöntemiyle yüksek riskli uyuşturucu kullanımını hesapladığı ve buna paralel olarak farklı yöntemleri de kullandığı tespit edilmiştir.

Ölüm verileri (mortalite) kullanılarak yapılan çarpan yönteminin zayıf tarafları olduğu gibi (tek bir veriye bağlı olması gibi) güçlü olduğu yönler de vardır (tamamen problemlili kullanımı tespit edebilmesi gibi). Dolayısıyla, uyuşturucu bağlantılı ölüm verileri, maddenin yüksek riskini gösterebilmekte ve tahmini sonucu daha net ortaya koyabilmektedir.

Geçtiğimiz yıllarda Türkiye'nin EMCDDA'ya gönderdiği raporlarda kullanılan çarpan yöntemi için Bargagli ve arkadaşlarının (2006) çalışması Türkiye'ye uyarlanmıştır. Bu araştırmada, Avrupa'nın 8 kentindeki ölüm verileri çerçevesinde bir hesaplama yapılmıştır. Aynı araştırma verilerinin Türkiye'deki ölüm verilerine uyarlanarak elde edilecek hesaplamanın, Türkiye'deki yüksek riskli uyuşturucu sayısını gösterebileceği değerlendirilmektedir.

Geçtiğimiz yıllarda Türkiye için yapılan tahminlerde, 2005 yılında Avrupa'da yürütülen ve European Journal of Public Health dergisinde yayınlanan bu araştırma doğrultusunda elde edilen kaba ölüm hızları kullanılmıştır (Bargagli ve diğerleri, 2006; TUBİM Raporları). Araştırma neticesinde elde edilen kaba ölüm hızı Türkiye'ye uyarlanmıştır.

Bargagli ve arkadaşlarının yaptığı söz konusu çalışma neticesinde yaklaşık olarak her 1000 yüksek riskli uyuşturucu kullanıcısından, en düşük 3,09 ila en yüksek 7,37 değer arasındaki kişi kadar ölüm gerçekleştiği tespit edilmiştir (Araştırmadaki bazı farklı değerler dahil edilmemiştir). Bargagli ve arkadaşlarının (2006) araştırmasında, bu 8 kente ilişkin değerlerin ortalaması ise yaklaşık 6,44 olarak tespit edilmiştir.

Dolayısıyla Türkiye'de de bu çarpan sayı çerçevesinde, doğrudan (n=232) ve dolaylı ölüm verilerini (n=416) böyle bir hesaplama dahil edilirse; 2013 yılında Uyuşturucu Bağlantılı Ölümlerin (doğrudan ve dolaylı) yaklaşık sayısı 648 kişidir (232+416) (Bakınız: Bölüm 6). Avrupa verilerine oranlayarak Türkiye'de her 1.000 uyuşturucu kullanıcısından yaklaşık 6,44 kişinin öldüğünü varsayarsak; Türkiye'de yaklaşık olarak

100.621 kişinin yüksek riskli uyuşturucu kullanıcısı olduğu şeklinde bir sonuca ulaşabiliriz.

100.000'in biraz üzerindeki bu hesaplama bize yalnızca yüksek riskli olan uyuşturucu kullanıcısını (Yüksek Riskli Uyuşturucu Kullanımı - HRDU) göstermektedir. Bu rakam Türkiye'deki tüm uyuşturucu kullanımını gösteren bir sonuç değildir. Kaldı ki bu hesaplama için kullandığımız çarpan rakamı 1990'lı yıllardaki ve Avrupa'daki ölüm oranlarına ilişkindir. Güncel veriler ve Türkiye'deki risk durumu, günümüzde mevcut durumun çok daha farklı olabileceğini göstermektedir.

Diğer taraftan, Türkiye'de Yüksek Riskli Uyuşturucu Kullanımını ölçmeye yönelik yapılacak ulusal, bölgesel ya da yerel bir araştırmaların, mücadeleye ilişkin politikaların belirlenmesinde oldukça faydalı olacağı aşikardır.

Sonuç

EMCDDA tarafından 2011 yılında başlatılan ve Problemlili Madde Kullanımı Göstergesinin gözden geçirilmesini amaçlayan araştırmada, problemlili madde kullanımı tanımının detaylandırılarak iki ya da daha fazla aşamalı olarak yapılması gündeme gelmiştir. 2010 yılında başlatılan ve 2011 yılında tamamlanan bu araştırma sayesinde muhtemel yeni problemlili madde kullanımı tanımı ve usullerine göre tahminlere ulaşılabilmiş ve ölçütün artık daha kapsamlı bir biçimde HRDU olarak kullanımı benimsenmiştir. Ayrıca rakamlara bakıldığında problemlili esrar kullanıcısı tahminlerinin çok daha fazla olduğu görülmektedir. Bu sebeple kullanım yaygınlığı araştırmalarının yanı sıra, HRDU yöntemleri gibi yöntemlerle Türkiye için esrar ve sentetik uyuşturucu kullanımının da izlenmesi, ülke resminin ortaya çıkmasında faydalı olacaktır. EMCDDA tarafından çalışması tamamlanan HRDU güncellemesi Türkiye tarafından da desteklenmekte ve bunun Türkiye'de de uygulanabilir olacağı düşünülmektedir.

5. BÖLÜM

UYUŞTURUCU MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİ

Uzm. Dr. Elif Mutlu⁹
Dr. Mustafa Kemal Çetin¹⁰
Gamze Saçaklı¹¹

5.1. Giriş

Türkiye’de uyuşturucu bağımlılığı tedavisi gerçekleştiren kurumlar; başta Sağlık Bakanlığı’na bağlı devlet hastaneleri olmak üzere, üniversitelere bağlı tıp fakültesi psikiyatri klinikleri, Sağlık Bakanlığı ile ortak üniversite hastaneleri ve bazı özel hastanelerdir. 2013 yılında toplam 26 uyuşturucu madde bağımlılığı tedavi merkezi bulunmakta olup, bu merkezlerde 706 yatak madde bağımlılarına ayrılmıştır. Bu yatakların 479 adedi Sağlık Bakanlığı’na bağlı hastanelerde, 227 adedi ise üniversite ve özel hastanelere bağlı birimlerde yer almaktadır. Belirtilen yatak sayısı, hem alkol hem de uyuşturucu madde bağımlıları için ayrılan sayının toplamıdır.

Türkiye genelindeki toplam yatak sayısının yetersizliği nedeniyle, ülke genelinde mevcut bulunan toplam tedavi merkezi sayısı ve bu merkezlerde yer alan yatak sayısını artırmak ve bu sayede bağımlılık tedavisini daha ulaşılabilir kılmak amacıyla, 2013 yılında Türkiye’de uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisine yönelik 2 yeni merkez açılmıştır. Bununla birlikte tedavi merkezlerinin sayısının artırılması çalışmalarının, özellikle nüfusun yoğun olduğu ve sürekli göç alan şehirlerde sürdürülmesine yönelik olarak planlamalar gerçekleştirilmiş, çocuk ve ergen uyuşturucu madde bağımlısı bireylere özgü yeni tedavi merkezleri oluşturulması için yeni bir anlayışla çalışmalar yapılması düşüncesi ön plana çıkmıştır.

Tedavinin ulaşılabilirliğini artırmanın yanı sıra, tedaviyi niteliksel olarak geliştirmekte büyük önem arz etmektedir. Bu değerlendirme ise ancak hasta kayıtlarının düzenli bir biçimde tutulması ile mümkün olmaktadır. Bağımlılık tedavisinin daha başarılı hale getirilmesi, tutulan kayıtlar üzerinde yapılacak analizler ve değerlendirmeler sonucunda; sorunların belirlenmesi, alınacak önlemler ve çözüm önerilerinin tespit edilmesi ile gerçekleştirilebilecektir. Uyuşturucu madde bağımlılarına ilişkin veriler, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından toplanarak işlenmekte olup, bu bölümde bağımlılık tedavisi hizmeti sunan 25 merkezden toplanan verilere yer verilmiştir.

Tedavi merkezlerinin kapasite ve ulaşılabilirliğinin artırılmasının yanı sıra, sunulan tedavinin kalitesinin artırılması ve standardizasyonu hedeflenmektedir. Bu amaçla, bağımlılık tedavi merkezlerinde çalışacak personel için Sağlık Bakanlığı tarafından standart bir eğitim programı oluşturulmuş ve 2013 yılında 35 kişi bu eğitimden geçerek sertifikalandırılmıştır. Altı ay süren bu eğitim teorik ve uygulamalı bölümlerden oluşmaktadır.

SAMBA (Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı) Tedavi Programı, bu merkezlerin çoğunda uygulanan, standardize edilmiş bir psikososyal programdır ve 17 oturumdan oluşmaktadır. Yetişkin, ergen ve ailelere yönelik ayrı uygulamalar bulunmaktadır. 2013 yılında 23 merkezde toplam 65 kişi bu program için uygulayıcı eğitimi almıştır.

⁹ Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. Psikiyatrist

¹⁰ Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

¹¹ Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

5.2. Genel Açıklama, Uygunluk ve Kalite Güvencesi

5.2.1. Strateji ve Politika

Sağlık Bakanlığı; tüm dünyada önemli bir sosyal sorun olan ve çok disiplinli bir mücadele gerektiren uyuşturucu madde kullanımı ile ilgili olarak, bağımlılık tedavisi ve uyuşturucu madde bağımlılığıyla mücadele çalışmalarını ulusal eylem planları ve politikalarına uyumlu ve diğer kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde yürütmektedir.

Bağımlılık tedavisine ilişkin hükümlerin yer aldığı Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi (2013-2018)'nde, "Tedavi sürecinin etkin olarak uygulanmasını ve geliştirilmesini; bu suretle uyuşturucu kullanımı, bağımlılığı ve uyuşturucu ile ilgili sağlık ve sosyal risklerde ölçülebilir bir azalma sağlamak" hedefi yer almaktadır. Strateji belgesi doğrultusunda yürürlüğe konulan Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı (2013-2015)'nin talep azaltımı bölümünde yer alan tedaviye ilişkin hükümler ise şu şekildedir:

- Kamu kurumları bünyesindeki tedavi merkezlerinin hem fiziksel imkanlar hem de personel sayısı bakımından iyileştirilmesi,
- İhtiyaç analizi yapılmak suretiyle belirlenecek illerde kamu kurumları bünyesinde yeni uyuşturucu tedavi merkezleri açılması,
- Sadece çocuk ve ergen bağımlılara hizmet verecek, çocuk ve ergen psikiyatristlerin veya bağımlılık konusunda uzman sağlık çalışanlarının görev yapacağı ve çocuklar için özel fiziki imkanlara sahip kamu kurumları bünyesindeki tedavi merkezi sayısının artırılması,
- Başta psikiyatri uzmanları olmak üzere, sağlık personelinin bağımlılık tedavisi alanında çalışmalarını teşvik edecek düzenleme çalışmalarının yapılması,
- Madde bağımlılığı tedavisinin, Sağlık Uygulama Tebliği'nde (SUT) ayrı bir bölümde açıklamalı olarak ele alınması ve ödeme yöntemlerinin yeniden gözden geçirilmesi.

Sağlık Bakanlığı tarafından Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planı (2011-2023) oluşturularak 2011 yılı içerisinde yayımlanmıştır. Eylem planında madde bağımlılığına da yer verilerek; "Madde bağımlılığı sadece sağlık boyutu olan bir konu değildir. Sağlık dışında, kamusal, sosyal, hukuki ve idari birçok yönü vardır. Bağımlılığın sıklığı bölgesel farklılıklar gösterdiğinden, bağımlılıkla mücadele için merkezi bir yapılanmadan çok yerel yaklaşımlar ön planda olmalıdır. Halen birçok belediye, kaymakamlık veya

özel sektör temsilcisinin bu konuda yerel olarak yürüttüğü projeler vardır. Bu soruna çok boyutlu yaklaşmak gerektiğinden, planlamanın tek bir kurum veya merkez tarafından değil, ilgili tüm yerel paydaşların katılımıyla tek çatı altında yapılması daha doğrudur. Madde bağımlılığı tedavisinin uzun süreli ve daimi olması gerekmektedir. Hastane merkezli tedavi modelinde tedavisi sağlanan çoğu olgu eve döndüğünde tedavi programına devam edememekte, bu da başarıyı çok düşürmektedir. Tüm dünyada hastanelerde hizmet verme yerine toplum temelli müdahale merkezleri modeline geçiş artmaktadır" denilmektedir.

Eylem Planında toplum temelli müdahale merkezleri modeline geçişin önemli olduğu vurgulanmış ve bunun nedenleri;

- Tedaviye ulaşımın kolay olması,
- Tedavinin sürekliliğinin sağlanması,
- Yerel güçlerin işbirliğinin ve iletişiminin sağlanması,
- Çevresel faktörlere müdahalenin daha kolay olması,

şeklinde ifade edilmiştir.

Ulusal anlamda yürürlükte bulunan uyuşturucu bağımlılığı tedavisine yönelik olarak strateji ve politikalar içeren Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi, Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı ve Ulusal Ruh Sağlığı Eylem Planları'nda yer alan hedeflerin hayata geçirilmesine yönelik olarak, bölgelerin ekonomik, kültürel, sosyodemografik özellikleri ve nüfus yoğunluğu göz önünde bulundurularak, 18 yeni yataklı tedavi merkezi planlanmıştır.

5.2.2. Tedavi Sistemleri

2013 yılında bağımlılık tedavi merkezlerinin sayısını artırabilmek amacıyla daha esnek modellerle çalışabilecek az yataklı merkezleri teşvik eden yeni bir yönetmelik yayınlanmıştır.

16/02/2004 tarihli ve 25375 sayılı resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Madde Bağımlılığı ve Tedavi Merkezleri Yönetmeliği revize edilerek yeni hali 29/12/2013 tarihli ve 28866 sayılı resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir. Yeni yönetmelikle birlikte;

- Madde bağımlılığı, tedavi ve rehabilitasyon hususları daha ayrıntılı ele alınarak; ayaktan tedavi, yatırılarak tedavi, psiko-sosyal tedavi, tıbbi rehabilitasyon, ayaktan tedavi merkezi, yataklı tedavi merkezi kavramları tanımlanmıştır.

- Madde Bağımlılığı Tedavi Usulleri Bilim Komisyonu, "Madde Bağımlılığı Bilim Komisyonu"na dönüştürülmüş, komisyonun üye sayısı azaltılırken üyelerin daha farklı uzmanlık alanlarından seçilmeleri sağlanmıştır.
- Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerinin açılışına ilişkin hükümler kolaylaştırılmıştır.
- Madde bağımlılığı tedavi merkezlerini, ruhsatlandırma ve denetleme yetkisi merkezden alınarak İl Sağlık Müdürlüklerine verilmiştir.

Yapılan bu değişikliklerle tedavi merkezleri ve yatak sayısının artışı hedeflenmiş, bağımlılık tedavisi daha ulaşılabilir olması amaçlanmıştır. Böylece hem yataklı tedavi merkezi sayısının artması, hem de daha önce olmayan ayaktan tedavi merkezlerinin hizmete girmesi mümkün olacaktır.

Türkiye’de tedavi gören bağımlı hastaların yaklaşık %95,3’ü, Sağlık Bakanlığı’na bağlı merkezlerde tedavi görmekte ve tedavi giderleri büyük ölçüde Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanmaktadır. Resmi verilere göre 2012 yılında herhangi bir nedenle tedavi merkezine başvuran kişilerin giderlerinin %80,3’ünün SGK, %12,3’ünün GSS ve %4,3’ünün kendisi tarafından karşılandığı bildirilmiştir (TÜİK Sağlık Araştırması 2012).

Öte yandan uyuşturucu madde kullanan kişiler çeşitli yasalarla koruma altına alınmıştır. Adli yaptırım yolu ile tedaviye gelen hastaların herhangi bir sosyal güvencesi yok ise Sağlık Bakanlığı tarafından tüm hizmetleri karşılanır.

Denetimli serbestlik, 2006 yılından beri Türkiye’de uyuşturucu suçlarında uygulanmaktadır. Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğüne, 2006 - 2013 yılları arasında, Türk Ceza Kanununun 191. maddesi kapsamında mahkemelerce haklarında uyuşturucu ve uyarıcı madde tedavisi ile denetimli serbestlik tedbiri uygulanması kararı verilen dosya sayısı 141.454 olarak bildirilmiştir. Denetimli serbestlik kararı verilen bu dosyaların %92’sinin (130.345) yetişkin, %8’inin (11.109) ise çocuk olduğu tespit edilmiştir (bkz bölüm 9).

2014 yılı içerisinde denetimli serbestlik yasası değiştirilmiştir. Madde kullanmak da suç kapsamına alınmış, daha önceden 1 yıldan 2 yıla kadar hapis ile cezalandırılan madde bulundurma ve yeni haliyle kullanma-bulundurma suçunun cezası 2 yıl ile 5 yıl arasına yükseltilmiştir. Bir eklemeyle, daha önce denetimli serbestlik tedbirinden yararlanmış bir kişinin 5 yıl içinde ikinci kez yararlanması engellenmiştir.

Tedavi Yaklaşımı ve İlkeleri

Uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi büyük ölçüde Sağlık Bakanlığı’na bağlı merkezlerde yürütülmektedir. Bu merkezler hem alkol hem de uyuşturucu madde kullanımı tedavisi yapan, ayaktan ve yataklı hizmet veren birimlerdir. Bir bölümünde çocuk ve ergen bağımlılar için ayrı kısımlar bulunmaktadır. Denetimli serbestlik kapsamında tedaviye gönderilen kişiler de yine bu kurumlarda tedavi edilmektedir.

Tedavi merkezlerinde, yatarak tedavide temel olarak arındırma tedavisi uygulanmaktadır. Arındırma için tedavi süresi ortalama 3 hafta kadardır.

Yatarak terapi uygulayan klinikler bulunmakla birlikte bu uygulama bugün için bir standart değildir. Yaygın olarak kullanılan yöntemler motivasyonel görüşme teknikleri ile relaps önlemeye yönelik bilişsel uygulamalardır. 2013 yılında bağımlılık tedavi merkezlerinin büyük bölümünde kullanılmaya başlanan SAMBA Tedavi programı, 17 oturumdan oluşan ve temel olarak Bilişsel Davranışçı Teoriye dayanan, Farkındalık ve Kabullenme Terapisinden (Mindfulness ve Acceptance) ve Diyalektik Davranışçı Terapi’den yararlanan ve Duygu Düzenlemesi uygulamaları içeren bir programdır (Ogel 2011). Yetişkin ve ergenler için ayrı uygulamaları vardır.

Yapılandırılmış ve standardize bir program olması tedavi ekibinden pek çok kişinin uygulayabilmesine olanak vermektedir ve kısıtlı imkanları olan merkezler için verimli bir yöntem haline gelmiştir.

Rehabilitasyon programları; tedavi merkezlerinde, merkezlerin olanakları ölçüsünde uygulanmaktadır ve yaygın değildir.

Yeni Tedaviler

Bir parsiyel opioid agonisti olan ve 2010 yılında kullanıma giren Buprenorfin/Nalokson kombinasyonu, opiyat bağımlılığı tedavisinde önemli bir gelişmedir. Bu ilaç Türkiye’de halen kullanılan ilk ve tek opiyat (parsiyel) agonisti ajandır. Opiyat bağımlılığında hem çekilme (withdrawal) hem de sürdürüm (maintenance) kullanılmaktadır. İlacın kullanıma girmesiyle birlikte bağımlılık tedavi merkezlerine başvuran opiyat bağımlılarının sayısı artmıştır.

Buprenorfin/Nalokson kombinasyonu önceden sadece Sağlık Bakanlığı’na bağlı AMATEM’lerde kullanılmaktayken 2014 yılından itibaren Bakanlıkça ruhsatlanmış tüm bağımlılık merkezlerince kullanılabilir hale gelmiştir.

2013 yılında ülke genelinde opiyat bağımlılığı ikame tedavisinde kullanılan Buprenorfin/ Nalokson kombinasyonu 2mg 868.952 tablet, 8 mg ise 617.764 tablet olarak kullanılmıştır. Bu rakamlar mükerrerdir. Kişi sayısı SGK tarafından verilmediğinden bilinmemektedir.

Zarar Azaltımı

Zarar Azaltımı Programları temelde uyuşturucu madde kullanımının, birey ve toplum üzerinde neden olacağı olumsuz sosyal ekonomik ve sıhhi sonuçlarını en aza indirmeyi amaçlar. Bağımlıların uyuşturucu kullanımı davranışından vazgeçmelerini sağlamaktan ziyade, riskleri en aza indirmeyi amaçlayan bir programdır.

Türkiye’de bağımlılık tedavi merkezleri dışında OST uygulayan başka bir yapılanma halen mevcut değildir. Opiyat sürdürüm tedavisini yaygınlaştırmak amacıyla yeni merkezlerin açılmasına yönelik yasal çalışmalar devam etmektedir.

Damar içi madde kullanıcılarına yönelik bir şırınga programı bulunmamaktadır. Buprenorfin/Nalokson kombinasyonu dışında herhangi bir yerine koyma ilacı yoktur.

Diğer Tedaviler

Bağımlılığın önleme ve tedavisinde Sağlık Bakanlığı dışında bir takım özel klinikler, üniversiteler ve sivil toplum kuruluşları da rol almaktadır. Kendi kendine yardım grubu olarak da bilinen bu tür gruplar, düzenledikleri toplantılarla faaliyetlerini sürdürmektedir. NN (Adsız Narkotikler) Türkiye’de 4 ilde bulunmaktadır. Bunun dışında az sayıda yeni sivil toplum kuruluşu ortaya çıkmıştır.

5.3. Tedaviye Erişim¹²

5510 sayılı Sosyal Sigortalar ve Genel Sağlık Sigortası Kanunu gereği 01.01.2012 tarihi itibarıyla (3816 sayılı Kanuna istinaden) ödeme gücü olmayan vatandaşların da genel sağlık sigortası kapsamına alınması ile mevcut durumda Türkiye nüfusunun tamamının sağlık yardımları SGK tarafından sağlanmaktadır.

Genel sağlık sigortası kapsamındaki kişiler sözleşmeli tüm sağlık hizmeti sunucularına müracaat edebilmekte ve sağlık yardımları kurumca karşılanmaktadır.

Genel sağlık sigortası kapsamındaki kişilerin SGK ile sözleşmeli sağlık hizmet sunucularında madde bağımlılığına yönelik ayaktan ve yatarak tedavi giderleri ile tedaviye yönelik ilaç ve tıbbi malzeme giderleri, finansmanı sağlanan sağlık hizmetleri içinde yer almaktadır. Bu kapsamda AMATEM’lerde tedavi gören genel sağlık sigortalısı

kişilerin giderleri Sosyal Güvenlik Kurumunca karşılanmaktadır. Bununla birlikte sigorta kapsamındaki madde bağımlısı kişilere yönelik, AMATEM’ler de dahil olmak üzere tüm sözleşmeli sağlık hizmet sunucularında psikiyatri bölümlerinde sunulan aile terapileri ile rehabilitasyon hizmetleri ve ayaktan başvurularda sağlanan ruh sağlığı ve hastalıkları hizmetleri ile ayrıca toplum ruh sağlığı merkezlerinde yatarak tedavilerde psikiyatri hizmeti olarak sunulan muayene, hastaya ve ailesine yönelik psiko-eğitim, sosyal beceri eğitimi, grup psiko-terapisi, uğraş terapileri, yatak ve diğer hizmetler de madde bağımlılığının tedavisinde, finansmanı SGK tarafından karşılanan sağlık hizmetleri arasında yer almaktadır.

5.3.1. Tedavi Gören Hastaların Özellikleri

Bu bölümde sunulan veriler, Türkiye’de 2013 yılında bağımlılık tedavi merkezlerinde tedavi gören yatan hastalara ilişkin verilerdir. Ayaktan hastalara ait veriler burada yer almamaktadır. Veriler, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından “Türkiye’de Madde Kullanıcılarında Tedavi Bildirim Sistemi” formu aracılığı ile toplanmaktadır. 2013 yılı içerisinde toplam 7.897 yatarak tedavi gören hasta kaydı bulunmaktadır. Veri tabanı 25 tedavi merkezinden manuel olarak doldurulan formlardan oluşmaktadır. Formlar kodlama ile doldurulduğundan kişilerin kimlik bilgileri gizli tutulmaktadır.

¹² Bu başlık altındaki bilgiler Sosyal Güvenlik Kurumu Başkanlığı Genel Sağlık Sigortası Genel Müdürlüğü’nden temin edilmiştir.

Tablo 5-1: 2013 Yılında Tedavi Merkezlerinden Yatarak Tedavi Gören Hastaların Madde Türlerine Göre Dağılımı

ICD Kodları	01 Ocak 2013- 31 Aralık 2013 Poliklinik Sayısı (ICD F10-F19 Arası)	01 Ocak 2013- 31 Aralık 2013 Yatan Hasta Sayısı (ICD F10-F19 Arası)
F11 (Opioid Bağımlılığı)	65.462	5.287
F12 (Kannabinoid Bağımlılığı)	125.680	789
F13 (Sedatif ve Hipnotik Madde Bağımlılığı)	527	50
F14 (Kokain Bağımlılığı)	878	59
F15 (Kafein ve Diğer Stimulanlar Bağımlılığı)	678	5
F16 (Halüsinojenler Bağımlılığı)	215	16
F18 (İnhalan (Uçucu ve Çözücü) Bağımlılığı)	2.401	168
F19 (Birden Fazla İlaç ve Diğer Psikoaktif Madde Bağımlılığı)	22.733	1.523
Toplam	218.574	7.897

*Denetimli Serbestlik verileri dahildir.

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

2013 yılında tedavi merkezlerine başvuran hasta istatistikleri incelendiğinde; 7.897 yatan hastadan manuel olarak doldurulan form sayısı 7.802'dir.

Burada veri kaybı %1,2'dir. 7.802 hastanın mükerrer olanları çıkarıldığında ise 7.265 net veri elde edilmiştir. Yatan hastada mükerrer vaka sayısı %6.88'dir. Analizler bu net veri üzerinden yapılmıştır. Manuel olarak doldurulan "Türkiye'de Madde Kullanıcılarında Tedavi Bildirim Sistemi" formu sadece madde bağımlısı olan hastalardan alınan bilgiler ile doldurulduğundan yukarıdaki tabloda F10 ve F17 kodları çıkarılmıştır. Ayaktan hastalara ilişkin ayrıntılı istatistikler tutulamamaktadır.

2012 yılında 187.329 olan ayaktan tedavi alan hasta sayısı 2013 yılında %16,68 lik bir artışla 218.578 olmuştur. Bu artış denetimli serbestlik tedbiri kapsamında tedavi olan hasta sayısında da görülmektedir.

2013 yılında denetimli serbestlik tedbiri kapsamında tedavi olan hasta sayısı 90.121 iken bu sayı %1,51'lik bir artış göstererek 91.486 olmuştur.

Tablo 5-2: 2013 Yılında Yatarak Tedavi Gören Hastaların İkamet Ettikleri illere Göre Dağılımı

İller	Sayı	Yüzde
İstanbul	2.395	32,97
Adana	938	12,91
Antalya	556	7,65
Mersin	513	7,06
Konya	396	5,45
Ankara	383	5,27
Gaziantep	380	5,23
Şanlıurfa	160	2,20
İzmir	159	2,19
Bursa	152	2,09
Hatay	109	1,50
Diğer İller	1.088	14,98
Yurt Dışı	36	0,50
Toplam	7.265	100,00

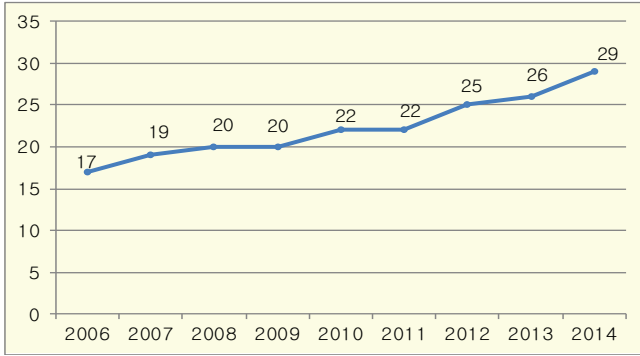
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

Yatarak tedavi gören hastaların ikamet ettikleri iller incelendiğinde; en yüksek vaka sayısının İstanbul iline ait olduğu görülmektedir. Bu duruma, sürekli göç alan bir yer olması ve nüfus yoğunluğunun etkisi bulunmaktadır.

Nüfus yoğunluğu ile tedaviye başvurular arasında doğru bir orantı bulunmakla birlikte, hem yoğun nüfusa sahip hem de ülkemizin güneyinde yer alan illerde, yatarak tedaviye başvuru sayısı en yüksek seviyeye çıkmaktadır.

5.3.2. Tedavi Gören Hastaların Eğilimleri

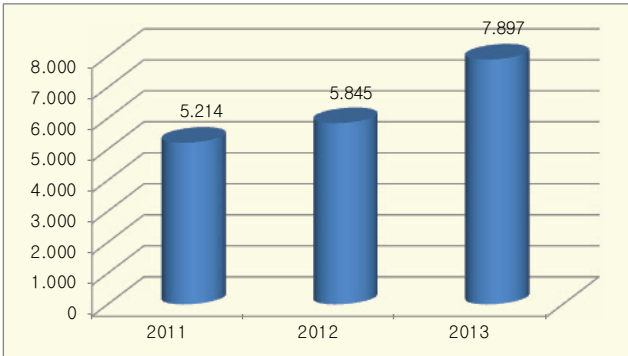
Grafik 5-1: Yıllara Göre Tedavi Merkezlerinin Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

2013 yılında yatarak tedavi gören ve haklarında form doldurulan hasta sayısı 7.265'dir.

Grafik 5-2: İlk Kez Tedaviye Başvuran ve Daha Önce Tedavi Gören Kişilerin Yıllara Göre Dağılımı



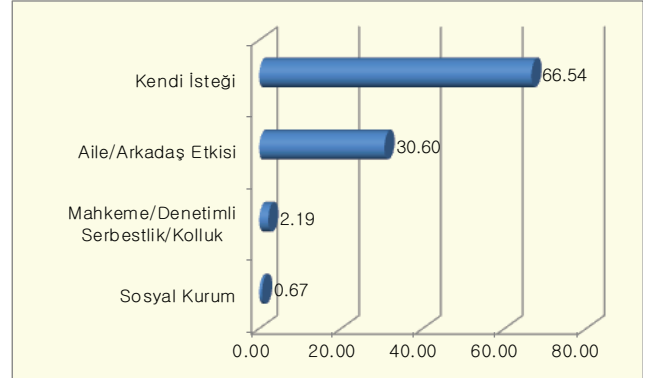
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

2013 yılında tedavi görenlerin %51,5'i (3.738) ilk kez tedavi gördüğünü (daha önce hiç tedavi görmediğini) belirtirken, %48,5'i (3.527) daha önce tedavi gördüğünü belirtmiştir. 2013 yılı verilerinde bilgisine ulaşılamayan hasta bulunmamaktadır.

2013 yılında ilk kez tedaviye başvuranların sayısının 2012 yılına göre %48,4 oranında, daha önce tedavi görmüş olanların da 2012 yılına göre %60,2 oranında yükseldiği görülmektedir.

Son beş yıl içerisinde tedaviye başvuranların %45,92'sini ise daha önce tedaviye başvurmuş kişiler oluşturmaktadır.

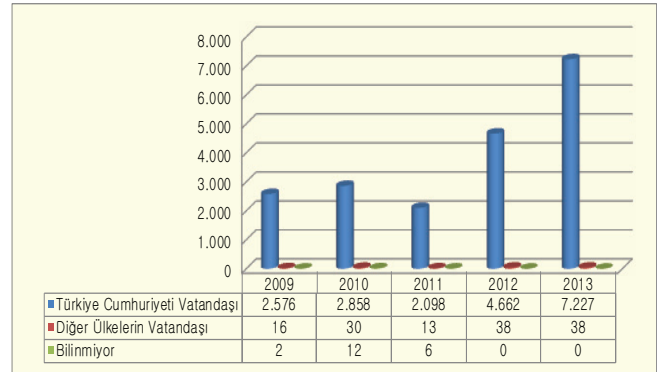
Grafik 5-3: Tedavi Gören Kişilerin Tedaviye Sevk Şekline Göre Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

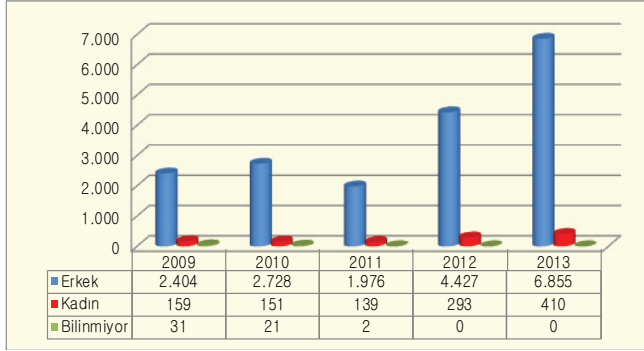
Tedavi başvuru verilerinde değerlendirmeye alınan bir diğer husus ise, bağımlıların tedaviye sevk şekilleridir. 2013 yılı içerisinde yatarak tedavi olan 7.265 kişinin 4.834 (%66,54)'ü kendi isteği ile, 2.223 (%30,60)'ü aile/arkadaş etkisi ile tedaviye başvurmuştur. Diğer yandan ayaktan tedavi olan bağımlılar arasında önemli bir yer tutan denetimli serbestlik tedbiri dolaylı başvurular, yatarak tedavi olan 7.265 kişi de sadece 159 (%2,19)'dur.

Grafik 5-4: Tedavi Gören Kişilerin Uyruklarına Göre Dağılımı



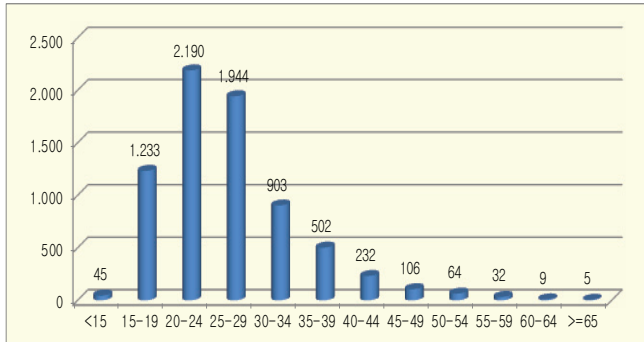
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

2013 yılında tedavi olanların %99,5'i (7.227) Türkiye Cumhuriyeti vatandaşı iken, %0,5'i (38) diğer ülke vatandaşıdır. Uyruğu bilinmeyen hasta bulunmamaktadır.

Grafik 5-5: Tedavi Gören Kişilerin Cinsiyetlerinin Yıllara Göre Dağılımı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

2013 yılında yatarak tedavi görenlerin cinsiyete göre dağılımları incelendiğinde; %94,4'ünün (6855) erkek, %5,6'sının (410) kadın olduğu anlaşılmaktadır. Bu durumun, kadınlarda madde kullanım sorununun daha az oluşundan mı yoksa tedavi başvurularının daha az oluşundan mı kaynaklandığı tartışmalı bir konudur (Ögel 2011).

Grafik 5-6: Tedavi Gören Kişilerin Yaşlarının Dağılımı

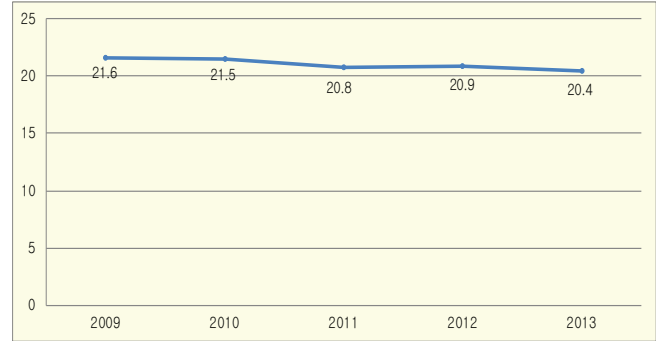
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

Tedavi olanların yaş grubuna göre dağılımı incelendiğinde; tedaviye başvuran hastaların 20-29 yaş grubu arasında yoğunlaştığı görülmektedir. 20-29 yaş grubundaki hastaların toplam hastalara oranı %56,9'dur (4.134). Tedaviye başvuran hastaların yaşı 11 ile 69 arasında olup yaş ortalaması 26,28 (sd: 7,61) olarak bulunmuştur.

Yaş gruplarına göre sınıflandırma yapıldığında, tedavi olanların;

- %30,1'inin (2190) 20-24 yaş aralığında,
- %26,8'inin (1944) 25-29 yaş aralığında,

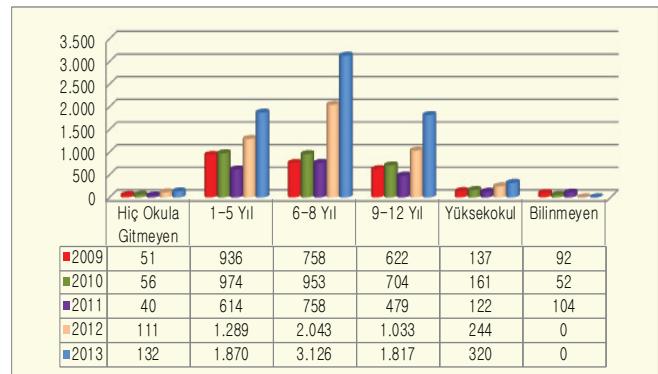
- %16,9'unun (1233) 15-19 yaş aralığında,
- %12,4'ünün (903) 30-34 yaş aralığında,
- %7'sinin (502) 35-39 yaş aralığında olduğu görülmektedir.

Grafik 5-7: Tedavi Gören Kişilerin Uyuşturucu Maddeyi İlk Kullanım Yaşının Yıllara Göre Dağılımı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

Tedavi gören kişilerin ilk kullanım yaş ortalaması 20,4 olarak bulunmuştur. 2009-2010 yılları arasında bu aralığın 21-22 yaşları arasında seyrettiği ve 2011 ve 2012 yıllarında ise 20-21 yaş aralığına indiği görülmektedir.

2013 yılında yatarak tedavi gören 7265 hasta, maddeyi ilk kullanım yaşı bakımından incelendiğinde; hastaların % 10,9'unun (788) 15 yaşından küçük, %39,2'sinin (2.846) 15-19, %30,1'inin (2.189) 20-24, %11,6'sının (845) 25-29 yaşları arasında ilk kez madde kullandıkları görülmektedir.

Grafik 5-8: Tedavi Gören Kişilerin Eğitim Durumlarının Dağılımı

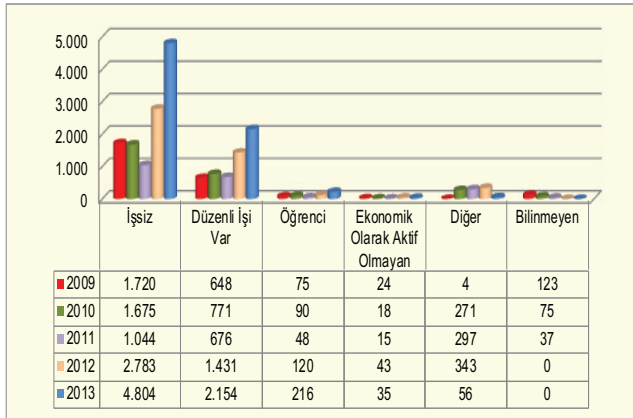
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

2013 yılında tedavi gören hastaların eğitim durumları incelendiğinde;

- %1,8'inin (132) hiç okula gitmemiş,
- %25,7'sinin (1.870) 1-5 yıl eğitim aldığı,
- % 43'ünün (3.126) 6-8 yıl eğitim aldığı,
- %25'inin (1.817) 9-12 yıl eğitim aldığı,
- %4,4'ünün (320) yüksekokul mezunu olduğu görülmektedir.

Özellikle eğitim seviyesi ortaöğretim ve lise düzeyinde yer alan bağımlıların tedaviye başvurularında yaşanan artış; hiç okula gitmeyen, eğitim seviyesi ilkokul düzeyinde olan veya yüksekokul mezunu bağımlıların tedaviye başvurularında yaşanan artışa oranla daha yüksektir.

Grafik 5-9: Tedavi Gören Kişilerin Çalışma Durumlarının Dağılımı



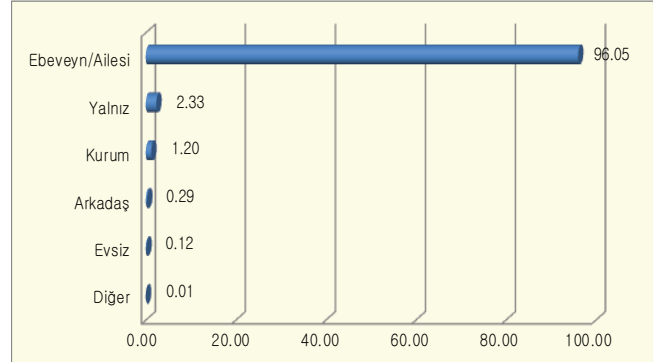
Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

2013 yılında tedavi gören kişiler iş durumlarına göre incelendiğinde;

- %66,1'inin (4.804) işsiz olduğu,
- %29,7'sinin (2.154) düzenli bir işi olduğu görülmektedir.

2013 yılında tedavi gören hastaların çalışma durumları, önceki yılların verileriyle benzer olup; bağımlı hastaların çalışma oranının düşük olduğu görülmektedir. Tedaviye başvuran bağımlıların ancak üçte biri düzenli bir çalışma yaşamına sahip olduğu belirlenmiştir.

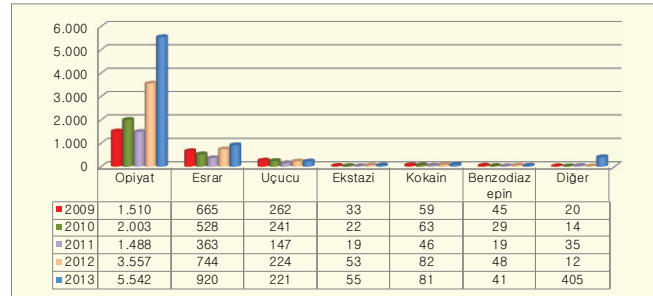
Grafik 5-10: Tedavi Gören Kişilerin Yaşam Biçimlerine Göre Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

Tedaviye başvuranlar yaşam biçimine göre değerlendirildiğinde; %96,05'inin (6.978) ebeveyn/ailesi ile, %2,33'ünün (169) yalnız, %1,2'sinin (87) bir kurumda yaşadığı görülmektedir. Hastaların %0,29'inin (21) arkadaşı ile %0,1'inin (9) evsiz/sokakta yaşadığı bildirilmiştir. Bu dağılım toplumun yaşam biçimine benzerdir (TÜİK, 2006, Family structure survey).

Grafik 5-11: Tedavi Gören Kişilerin Kullandıkları Esas Madde Türlerinin Yıllara Göre Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

Hastaların kullandıkları asıl maddeler incelendiğinde 2013 yılında yatarak tedavi olan hastaların;

- %76,3'ünün (5.542) opiyat,
- %12,7'sinin (920) esrar,
- %3'ünün (221) uçucu madde,
- %1,1'inin (81) kokain,
- %0,8'inin (55) Ekstazi,
- %0,6'sının (41) benzodiazepin ve
- %5,6'sının (405) diğer

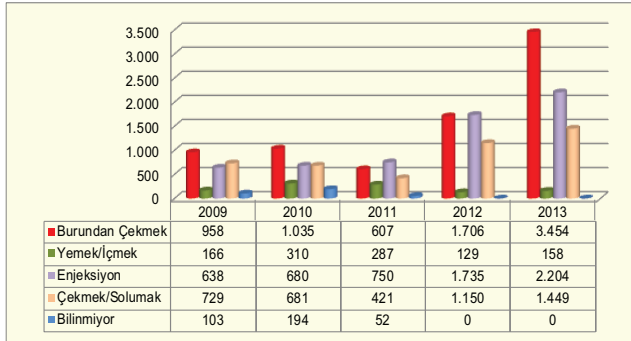
madde kullanıcısı olduğu görülmektedir.

2013 yılında yatarak tedavi gören hastalar arasında önceki yıllara göre opiyat ve “diğer maddeler” in kullanımının daha yüksek olduğu görülmektedir. Diğer maddeler olarak tanımlanan 405 kullanıcının 391 tanesinin tercih maddesi “sentetik kannabinoid”dir.

2013 yılında diğer madde kullanıcısı olarak kayıtlara geçen 405 kişiden %96,5’i sentetik kannabinoid kullanıcısıdır. (n:391) Sentetik kannabinoid kullanıcılarının önceki yıllara göre tedaviye daha çok başvurduğunu göstermektedir.

Buprenorfin/Naloxone kombinasyonunun 2010 yılında kullanılmaya başlanmasıyla, opiyat kullanıcılarının bağımlılık kliniklerine daha çok yöneldiği geçtiğimiz yıllarda da gözlenmiştir. Sentetik kannabinoidler 2011 yılından beri Türkiye’de madde piyasasında yaygınlaşmakta ve bağımlılar arasında popüler olmaktadır. Tedavi başvuruları da bu gözlemi destekler niteliktedir.

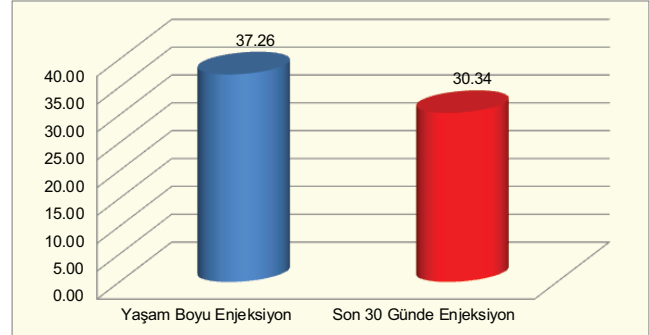
Grafik 5-12: Tedavi Gören Kişilerin Uyuşturucu Maddeyi Kullanım Yoluna ve Yıllara Göre Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

2013 yılında yatarak tedavi gören hastaların esas uyuşturucu maddeleri kullanma yolları incelendiğinde; %30,3’ünün (2.204) enjeksiyon, %47,5’inin (3.454) burundan çekmek, %19,9’unun (1.449) çekmek/solumak, %2,2’sinin (158) yeme-içme yoluyla maddeyi kullandığı anlaşılmıştır.

Grafik 5-13: Tedavi Gören Kişilerin Enjeksiyon Kullanım Durumuna İlişkin Dağılımı



Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

Yaşam boyu enjeksiyon yoluyla uyuşturucu madde kullanma durumu incelendiğinde; 7.265 hastanın %37,26’sı (2.707) yaşamları boyunca en az bir kez enjeksiyon yoluyla uyuşturucu madde kullandığını belirtirken, %62,74’ü (4.558) ise yaşamları boyunca hiç enjeksiyon yoluyla uyuşturucu madde kullanmadığını belirtmiştir. Hastaların %30,34’ü (2.204) ise son 1 ay içinde damar yoluyla madde kullandığını belirtmiştir.

6. BÖLÜM

SAĞLIK İLİŞKİLERİ VE SONUÇLARI

Uzm. Dr. Elif Mutlu¹³

Dr. Mustafa Kemal Çetin¹⁴

6.1. Giriş

Madde kullanımı nedeniyle tedavi gören kişilere ilişkin veriler Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü aracılığıyla toplanmıştır. “Türkiye’de Madde Kullanıcılarında Tedavi Bildirim Sistemi” adı verilen sistemle, standart formlar aracılığıyla merkezlerden yatarak tedavi gören hastaların sosyo-demografik verileri, madde kullanım öyküleri ve klinikte yapılan tarama test sonuçlarına ulaşılmıştır. 2013 yılında Türkiye genelinde yatarak madde bağımlılığı tedavisi hizmeti sunan 25 merkez bu çalışmaya veri sağlamıştır. Veriler ergen ve erişkin hastalara aittir.

Veri toplanırken standart bir form kullanılmıştır. Formda yer alan bölümler, tedavi merkezlerindeki veri giriş elemanları tarafından hastaların tıbbi kayıtlarına dayanarak doldurulmuştur. Mükerrer vakalar çıkarıldığında 2013 yılında toplam 7.265 hastanın kaydı alınmıştır.

Bu vakalar içinde 2.707 kişi (%37,26) yaşamı boyunca en az bir kez damar yoluyla uyuşturucu madde kullandığını bildirmiştir. 2.204 kişi ise son 30 gün içinde damar yoluyla uyuşturucu madde kullandığını ifade etmiştir (%30,34). Son 30 gün içinde damar yoluyla madde kullananların tamamına yakınının (2.201 kişi) tercih maddesinin opiyatlar olduğu görülmüştür. Tercih maddesi benzodiazepin olan 1 kişi, tedaviden önceki son 30 gün içinde damar yoluyla madde aldığını belirtmiştir. Opiyatlar içinde en yüksek kullanılan madde ise eroin (2.155 kişi). Damar yoluyla eroin dışı bir opiyat kullanan kişi sayısı 46’dır (% 2,04). Bu verilere göre, Türkiye’de tedavi gören bağımlılar arasında damar yoluyla kullanılan temel

maddenin eroin olduğu, eroin dışı opiyatların nadiren tercih edildiği söylenebilir.

Bulaşıcı hastalıklar için veri toplama formunda cinsiyet, yaş, geçmişteki tedavi öyküsü, uyuşturucu maddenin kullanım yolu, damar yoluyla kullanım süresi gibi hastalardan alınan bilgilerin yanı sıra, Hepatit C antikor, HIV antikor, HBs antijeni, HBV antikor gibi serolojik bilgiler de yer almaktadır.

6.2. Uyuşturucu Madde Kullanımıyla İlişkili Bulaşıcı Hastalıklar

6.2.1. HIV/AIDS İnsidansı

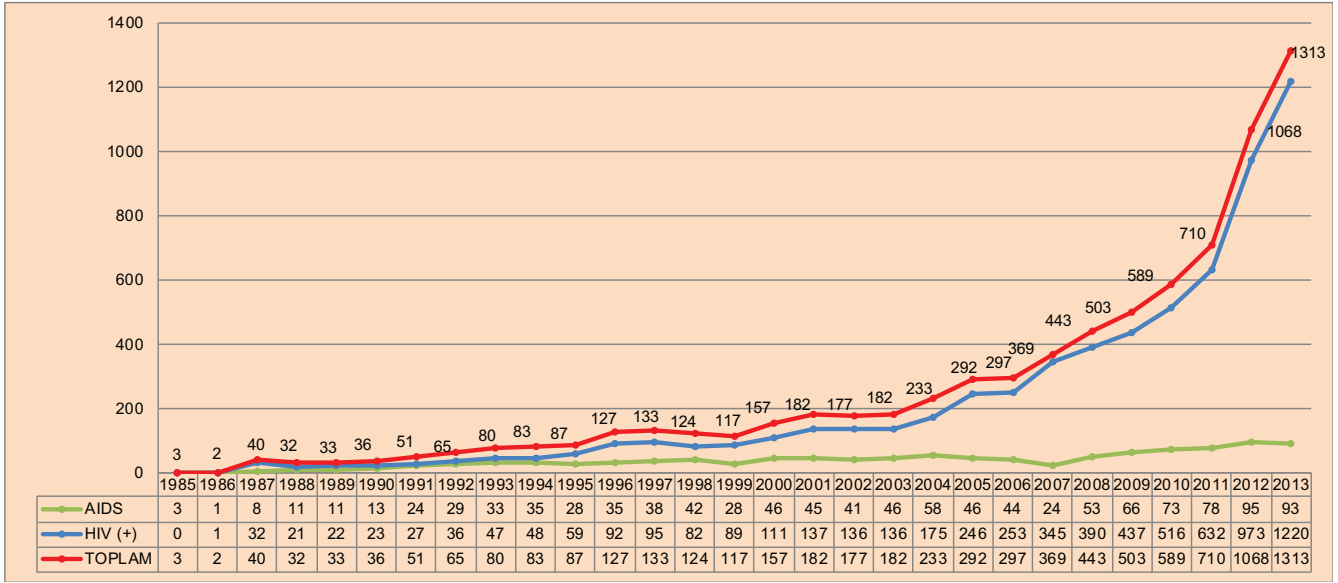
Bu bölümde sunulan veriler bulaşıcı hastalıklar konusunda veri toplayan iki ayrı birimden alınmıştır. Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, ülke genelindeki tedavi kurumlarından HIV (+) saptanan hasta kayıtlarını toplamaktadır. Yatarak tedavi gören damar içi uyuşturucu madde kullanıcılarının verileri ise Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğüne “Madde Bağımlılığı Bildirim Sistemi” ile ulaşılan verilerdir.

2013 yılında bağımlılık tedavi merkezlerinde yatarak tedavi gören ve damar yoluyla uyuşturucu madde kullanan 2.707 kişinin tamamına HIV ve viral hepatitler için tarama testi uygulanmıştır. Tüm serolojik testler için geçerli sonuç sayısı 2.676’dır.

HIV enfeksiyonu Türkiye’de ilk kez 1985’te saptanmıştır. 1985 yılında üç kişinin HIV/AIDS olduğu bildirilmiş ve bu sayı Aralık 2013’te toplam 1.313 kişiye ulaşmıştır. 1.313 yeni vakanın 1.220’si HIV (+), 93’ü AIDS’dir.

¹³ Bakırköy Prof.Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.

¹⁴ Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Grafik 6-1: Türkiye’de HIV/AIDS Vakalarının Yıllara Göre Dağılımı

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, 2014.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu verilerine göre, 1985’den 2013 yılı sonuna kadar Türkiye’de bildirimi yapılan toplam 7.528 vakanın 174’ü damar içi madde kullanımı ile ilişkili bulunmuştur.

2013 yılında saptanan 1313 yeni vakadan 4’ünün bulaşma yolunun damar içi uyuşturucu madde kullanımı olduğu bildirilmiştir. Yatarak tedavi gören damar içi uyuşturucu madde kullanıcılarında HIV (+) vaka sayısı 5 olarak bulunmuştur (Tablo 6-1).

Tablo 6-1: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HIV Tarama Testi Sonuçlarının Yıllara Göre Dağılımı

HIV	2009	2010	2011	2012	2013
Test edilen hasta (n)	696	644	716	1.821	2.676
Negatif sonuç (n)	694	641	714	1.809	2.671
Pozitif sonuç (n)	2	3	2	12	5
Pozitif sonuç (%)	0,29	0,47	0,28	0,66	0,19

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

2013 yılında yatarak tedavi gören 2.707 damar içi madde kullanıcısının 2.676 tanesine HIV tarama testi uygulanmış olup, bu kişilerden 5 tanesinde pozitif sonuç saptanmıştır.

Yatarak tedavi gören damar içi uyuşturucu madde kullanıcılarında pozitiflik oranı %0,19 düzeyindedir.

6.2.2. Viral Hepatit İnsidansı

2013 yılında Türkiye’de yatarak tedavi gören 2.707 damar içi uyuşturucu madde kullanıcısından 2.676’sı Hepatit markerleri (belirteçleri) açısından test edilmiştir. Uygulanan testler tarama testi niteliğindedir. Her iki marker için serum örnekleri

kullanılmış, Hepatit B için HBsAg (Hepatit B Virüsü yüzey antijeni), Hepatit C için Anti HCV (Hepatit C virüsü total antikor) araştırılmıştır. HCV-RNA ve genotip tayini sistematik olarak uygulanmadığından verilerde yer almamaktadır.

Sonuçlar incelendiğinde;

- Hepatit C için test edilen 2.676 kişiden 1.206’sında (%45,07) (Tablo 6-7),
- Hepatit B için test edilen 2.676 kişiden 121’inde (%4,52) pozitif sonuç tespit edilmiştir (Tablo 6-2).

6.2.2.1. Hepatit B İnsidansı

Tablo 6-2: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HBV Test Sonuçlarının Yıllara Göre Dağılımı

HBV	2009	2010	2011	2012	2013
Test edilen hasta (n)	687	618	707	1.821	2.676
Negatif sonuç (n)	651	596	654	1.665	2.555
Pozitif sonuç (n)	36	22	53	156	121
Pozitif sonuç (%)	5,24	3,56	7,50	8,57	4,52

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

Hepatit B sonuçları incelendiğinde, 2006 yılından sonra damar içi uyuşturucu madde kullanıcılarında hastalığın daha az oranda saptandığı görülmektedir. Genel popülasyonda da HBV açısından bir düşüş olduğu gözlenmektedir. 2006 yılında Türkiye’de damar içi uyuşturucu madde kullanıcılarında HBV pozitif vaka sayısı 8.593 iken, 2010 yılında bu sayı 3.099’a düşmüştür. 2012 yılı HBV pozitiflik oranlarındaki hafif yükselme örneklem büyüklüğü ile ilişkili olabilir. 2013 yılında düşüş trendi devam etmektedir.

Burada ele alınan örneklemin Anti-HBs (Hepatit B antikor) değerlerine ulaşamadığından aşılama oranı saptanamamıştır. Bu veriler ışığında HBV enfeksiyonundaki düşüşün yaygınlaşan aşı uygulamasıyla ilişkili olabileceği düşünülmektedir

(Demirören ve ark. 2007). Türkiye genel popülasyonda HBsAg yaygınlığı açısından orta-yüksek dilimde yer almaktadır.

Genel popülasyondaki yaygınlığı araştıran çok sayıda çalışmaya göre HBsAg pozitifliği bölge ve araştırmanın yapısına göre %2,5 ile %9,1 arasında değişmektedir. Yine genel popülasyonda en sık rastlanılan genotipin diğer Akdeniz ülkelerinde olduğu gibi genotip D olduğu bildirilmektedir (Leblebicioglu ve ark. 2004).

Tablo 6-3: 2013 Yılı İçerisinde Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HBV Test Sonuçlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

HBV	Erkek	Kadın
Test Edilen Hasta (n)	2.551	125
Negatif sonuç (n)	2.440	115
Pozitif sonuç (n)	111	10
Pozitif sonuç (%)	4,35	8,00

Kaynak: EMCDDA Standart Tablo 9/2, 2014.

Bağımlılık tedavi merkezlerinde tedavi gören damar içi madde kullanıcılarında Hepatit B insidansı kadınlarda %8,00, erkeklerde %4,35 olarak bulunmuştur (Tablo 6-3). Genel popülasyonda ise HBV pozitifliği erkeklerde daha yüksek görülmektedir (Akcem ve ark. 2009; Yıldırım ve ark. 2009). Uyuşturucu madde kullanıcılarında Hepatit B oranlarının genel popülasyondakinden farklı olması, uyuşturucu madde kullanan kadınlarda komorbid hastalıkların daha yüksek oluşu, sosyo-ekonomik durum ve yaşam koşullarının daha düşük olmasıyla açıklanabilir.

Tablo 6-4: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HBV Test Sonuçlarının Yıllara ve Yaşlara Göre Dağılımı

HBV	<25			25-34			>34		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Test edilen hasta (n)	305	729	1.101	306	822	1.219	96	270	356
Pozitif sonuç (n)	19	72	53	24	57	48	10	27	20
Pozitif sonuç (%)	6,23	9,88	4,81	7,84	6,93	3,94	10,42	10,0	5,62

Kaynak: EMCDDA Standart Tablo 9/2, 2014.

Yatarak tedavi gören damar içi madde kullanıcıları arasında 34 yaş üstü kişilerde daha fazla HBV pozitifliği saptanmıştır (%5,62). Genel popülasyonda da hepatit prevalansının yaşla korelasyon gösterdiği düşünülmektedir. 2013 yılında yatarak tedavi gören madde kullanıcılarında tüm yaş gruplarında HBV prevalansı önceki yıllara oranla daha düşük bulunmuştur.

Tablo 6-5: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HBV Test Sonuçlarının İlk Enjeksiyondan Sonra Geçen Süreye Göre Dağılımı

HBV	<2 yıl	2-5 yıl	5-10 yıl	>10 yıl
Test edilen hasta (n)	187	923	1.148	418
Pozitif sonuç (n)	9	40	43	29
Pozitif sonuç (%)	4,81	4,33	3,75	6,94

Kaynak: EMCDDA Standart Tablo 9/2, 2014.

2013 yılında tedavi gören damar içi madde kullanıcılarında 10 yıldan uzun enjeksiyon deneyimi olanlarda Hepatit B prevalansı %6,94 bulunmuştur. Enjeksiyon süresi uzadıkça bulaşıcı hastalıkların görülme riskinin artması beklenen bir durumdur.

6.2.2.2. Hepatit C İnsidansı

Tablo 6-7: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HCV Test Sonuçlarının Yıllara Göre Dağılımı

HCV	2009	2010	2011	2012	2013
Test edilen hasta (n)	709	666	722	1.821	2.676
Negatif sonuç (n)	504	447	371	909	1.470
Pozitif sonuç (n)	205	219	351	912	1.206
Pozitif sonuç (%)	28,91	32,88	48,61	50,1	45,07

Kaynak: Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 2014.

Yatarak tedavi gören damar içi madde kullanıcılarında 2013 yılında test edilen 2676 vakanın 1206'sında HCV pozitif bulunmuştur (%45,07). Genel popülasyondaki araştırmalarda HCV yaygınlığı %0,17 ile %2,8 arasında değişmektedir (Kurt ve ark. 2003). Bu oran diğer Doğu Akdeniz ülkelerine benzerdir. Damar içi uyuşturucu madde kullanıcıları verilerinde HCV RNA test edilmemiştir. Ancak Türkiye'de kaydedilen tüm HCV vakalarının %50'sinden fazlasında HCV RNA'nın pozitif bulunduğu gösterilmiştir. Genotip incelemesinde ise ülke genelinde baskın tipin Genotip-1 olduğu (Genotip- 1b: ~%80, Genotip-1a: ~ %9-20), Genotip 2,3 ve 4'ün çok nadir (%1-2) görüldüğü bilinmektedir (Bozdayi ve ark. 2004).

2013 yılı verilerine göre bağımlılık tedavi merkezlerinde yatarak tedavi gören damar içi madde kullanıcıları arasında HCV için pozitif sonuç saptanan 1206 hastadan 1162'sinin erkek, 44'ünün

Tablo 6-6: 2013 Yılı İçerisinde Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında Tedavi Öyküsü ve HBV Sonuçları

HBV	İlk Kez Tedaviye Başvuran	Geçmişte Tedavi Öyküsü Olan
Test edilen kişi (n)	924	1.752
Pozitif sonuç (n)	42	79
Pozitif sonuç (%)	4,55	4,51

Kaynak: EMCDDA Standart Tablo 9/2, 2014.

Örneklem tedavi başvurusuna göre incelendiğinde, ilk kez tedaviye başvuran 924 kişinin %4,55'inde HBV pozitif bulunmuştur. Geçmişte tedavi olmuş tekrar başvuranlar için bu oran %4,51'dir (Tablo 6-6).

kadın olduğu, test edilen erkeklerde pozitiflik oranının %45,55 kadınlarda ise %35,10 olduğu anlaşılmaktadır (Tablo 6-8). Tedavi merkezlerine başvuranlarda kadın hastaların erkeklerden daha az olduğu bilinmektedir. Bu durumun kadınlarda uyuşturucu madde kullanım sorununun daha az oluşundan mı yoksa başvurularının daha az oluşundan mı kaynaklandığı tartışmalı bir konudur (Ögel 2011). Bununla birlikte genel popülasyonda yapılmış epidemiyolojik araştırmalarda HCV pozitifliği açısından cinsiyetler arası fark bildirilmemiştir (Badur ve Emiroğlu 2010). Türkiye'de bağımlılarla yapılmış araştırmalar, damar içi madde kullanan kadınlarda enjektör paylaşımının daha yüksek oranda görüldüğünü ve komorbid hastalıkların daha fazla eşlik ettiğini bildirmektedir (Evren ve ark. 2003; Ögel 2005). Sağlık Bakanlığı'nın 2013 yılı verilerinde de yatarak tedavi gören kadın hastaların sayısı daha düşüktür.

Tablo 6-8: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HCV Test Sonuçlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

HCV	Erkek	Kadın
Test edilen hasta (n)	2.551	125
Negatif sonuç (n)	1.389	81
Pozitif sonuç (n)	1.162	44
Pozitif sonuç (%)	45,55	35,20

Kaynak: EMCDDA Standart Tablo 9/2, 2014.

Tablo 6-9: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HCV Test Sonuçlarının Yıllara ve Yaşlara Göre Dağılımı

HCV	<25			25-34			>34		
	2011	2012	2013	2011	2012	2013	2011	2012	2013
Test edilen hasta (n)	309	729	1.101	308	822	1.219	105	270	356
Pozitif sonuç (n)	147	319	456	141	424	536	63	169	214
Pozitif sonuç (%)	47,57	43,76	41,42	45,78	51,58	43,97	60,00	62,59	60,11

Kaynak: EMCDDA Standart Tablo 9/2, 2014.

Damar içi uyuşturucu madde kullanıcılarında yaş aralıklarına göre HCV sonuçları incelendiğinde 34 yaş üstü grupta enfeksiyonun belirgin biçimde yükseldiği (%60,11) görülmektedir (Tablo 6-9). Yaşla birlikte enfeksiyon oranının artması damar içi madde kullanım süresiyle ilişkili olabilir. Nitekim hastalar ilk enjeksiyondan bu yana geçen zamana göre gruplandırıldığında, 10 yıldan uzun süredir damar içi uyuşturucu madde kullananlarda HCV pozitifliği %63,16 olarak bulunmuştur (Tablo 6-10).

Damar yoluyla uyuşturucu madde kullanım süresinin bulaşıcı hastalıklara yakalanma riskini artırdığı bilinmektedir. İlk enjeksiyonun üzerinden 10 yıldan fazla zaman geçen grupta ve 34 yaş üzerindeki hastalarda HCV oranının yüksek bulunması beklenen bir bulgudur (Chang ve ark. 1999; Garfein ve ark. 1996; Garfein ve ark. 1998). Bununla birlikte genel popülasyonda da HCV pozitifliğinin en sık rastlandığı grubun 35 yaşın üstündeki kişiler olduğu bildirilmiştir (Kurt ve ark. 2003).

Tablo 6-10: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HCV Test Sonuçlarının İlk Enjeksiyondan Sonra Geçen Süreye Göre Dağılımı

HCV	<2 yıl	2-5 yıl	5-10 yıl	>10 yıl
Test edilen hasta (n)	187	923	1.148	418
Pozitif sonuç (n)	52	348	542	264
Pozitif sonuç (%)	27,81	37,70	47,21	63,16

Kaynak: EMCDDA Standart Tablo 9/2, 2014.

Tablo 6-11: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında Tedavi Öyküsü ve HCV Sonuçları

HCV	İlk Kez Tedaviye Başvuran	Geçmişte Tedavi Öyküsü Olan
Test edilen kişi (n)	924	1.752
Pozitif sonuç (n)	311	895
Pozitif sonuç (%)	33,66	51,08

Kaynak: EMCDDA Standart Tablo 9/2, 2014.

Vakalar tedavi başvurusuna göre sınıflandırıldığında HCV için test edilen 2.606 hastanın 924'ünün ilk kez tedaviye başvurduğu, bunların da %33,66'sında (311) HCV pozitif saptandığı görülmektedir. Daha önce tedavi öyküsü olan hasta sayısı 1752, HCV pozitiflik oranı ise %51,08 olarak (895) bulunmuştur (Tablo 6-11).

6.3. Uyuşturucu Madde Bağlantılı Diğer Sağlık Sorunları ve Sonuçlar

Yeni veri yok.

6.4. Madde Bağlantılı Ölüm ve Madde Bağlılıkları Arasındaki Ölüm Oranı

Doç. Dr. Bülent ŞAM^{15,16}

Madde bağlantılı ölüm (MBÖ) verileri Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı tarafından, özel ölüm kayıtlarından (ATK otopsi kayıtları) toplanarak raporlanmıştır. ATK Türkiye'nin tamamında örgütlü olup, otopsi kayıtlarını arşivlemektedir.

2014 Türkiye Uyuşturucu Raporu, EMCDDA'nın doğrudan madde bağlantılı ölümler için önerdiği "Selection D" tanımına uygun olarak, illegal maddelerin (afyon ve türevleri, kokain, esrar, amfetamin ve türevleri, halüsinojenler ve analizi yapılabilen yeni maddeler) bir ya da bir kaçının, bazılarında alkol ve/veya psikoaktif ilaçlarla birlikte alınmasından hemen sonra gerçekleşen ölümler ve bu madde veya maddelerin alınmasını takiben gelişen koma durumu sonrası hastanede gerçekleşen ölümler dikkate alınarak hazırlanmıştır. İntihar amaçlı psikoaktif ilaç alımına bağlı ölümler dışlanmıştır.

Rapor kapsamına alınan tüm doğrudan MBÖ'ler; olguların kolluk soruşturma kayıtları, olay yeri incelemesi ve otopsi bulgularıyla birlikte değerlendirilmiş ve kazaen madde bağlantılı ölüm olarak yorumlanmıştır. Cinayet orijinli intoksikasyon olguları dışlanmıştır.

Dolaylı MBÖ olguları ise kan, idrar, göz içi sıvısı, safra, burun sürüntüsü, deri ya da iç organ örneklerinde yukarıda anılan maddelerden herhangi biri veya birkaçının varlığı saptanmış, ancak ölüm nedenleri madde intoksikasyonu olmayan tüm olgulardır. MBÖ verilerinin tamamı tam otopsilerden elde edilmiştir.

Toksikolojik analizler Adli Tıp Kurumu'nun İstanbul, Ankara, İzmir, Adana, Bursa, Malatya, Diyarbakır, Trabzon, Antalya ve Erzurum'da bulunan laboratuvarlarında yapılmıştır. Laboratuvarlar arasında yalnızca sentetik kannabinoid analizleri farklılık göstermektedir. 2013 yılı itibarıyla İstanbul, Trabzon ve İzmir'de yalnızca JWH-018 ve JWH-073, Ankara'da ise yalnızca JWH-018, JWH-073 ve JWH-0122 ile metabolitleri analiz edilebilmiştir. Ancak, 2013 yılında Adana, Bursa, Malatya, Antalya, Diyarbakır ve Erzurum'daki laboratuvarlarda sentetik kannabinoid analizleri yapılamamaktadır.

Toksikolojik analizlerde tarama testleri (CEDIA) ve tarama testlerinde negatif ya da pozitif sonuç alınan tüm olgularda, doğrulama testleri (GC/MS ve LC/MS/MS) kullanılmıştır.

6.4.1 Doğrudan Madde Bağlantılı Ölüm

2013 yılında 232 doğrudan MBÖ olayına rastlanmıştır. TÜİK tarafından sağlanan genel ölüm kayıtlarına göre, 2013 yılı içinde meydana gelen ölümlerin (372.094) %0,06'sının MBÖ olduğu tespit edilmiştir.

2012 yılında 162 doğrudan MBÖ olayı meydana gelirken, 2013 yılında %43,2 artış göstererek 232'ye yükselmiştir.

Tablo 6-12: 2007-2013 Yılları Doğrudan MBÖ Olgularının Ortalama Yaşlarının Cinsiyetlere ve Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	Cinsiyet	Ortalama Yaş	Min. Maks. Yaş
2007	Erkek (n:128)	34,3	18-70
	Kadın (n: 8)	32,7	23-44
	Toplam (n:136)	34,2	18-70
2008	Erkek (n:140)	34,5	15-70
	Kadın (n:7)	34,8	17-60
	Toplam (n:147)	34,5	15-70
2009	Erkek (n:133)	34,8	15-71
	Kadın (n:20)	33,2	15-66
	Toplam (n:153)	34,6	15-71
2010	Erkek (n:119)	34,4	16-65
	Kadın (n:7)	31,3	23-42
	Toplam (n:126)	34,2	16-65
2011	Erkek (n:100)	33,5	13-79
	Kadın (n:5)	43,2	22-75
	Toplam (n:105)	34	13-79
2012	Erkek (n:156)	30,1	12-66
	Kadın (n:6)	32	18-48
	Toplam (n:162)	30,2	12-66
2013	Erkek (n:225)	31	14-68
	Kadın (n:7)	33,3	16-48
	Toplam (n:232)	31,1	14-68

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014; EMCDDA Standart Tablo 6, 2014.

Madde intoksikasyonu sonucu ölü doğan ve toksikolojik analizde örneklerinde eroin varlığı saptanan bir cenine ait veri kapsam dışı bırakılmıştır.

2013 yılı doğrudan MBÖ olayları cinsiyete göre incelendiğinde; %97'sinin (n:225) erkek, %3'ünün (n:7) kadın olduğu saptanmıştır (Tablo 6-12).

Doğrudan MBÖ olgularının yaş ortalamalarının; erkeklerde 31 (min:14-maks:68), kadınlarda 33,3 (min:16-maks:48), genel ortalamada ise 31,1 olduğu saptanmıştır (Tablo 6-12).

¹⁵ Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı

¹⁶ Madde Bağlantılı Ölüm ve Ölüm Oranları Ulusal Uzmanı

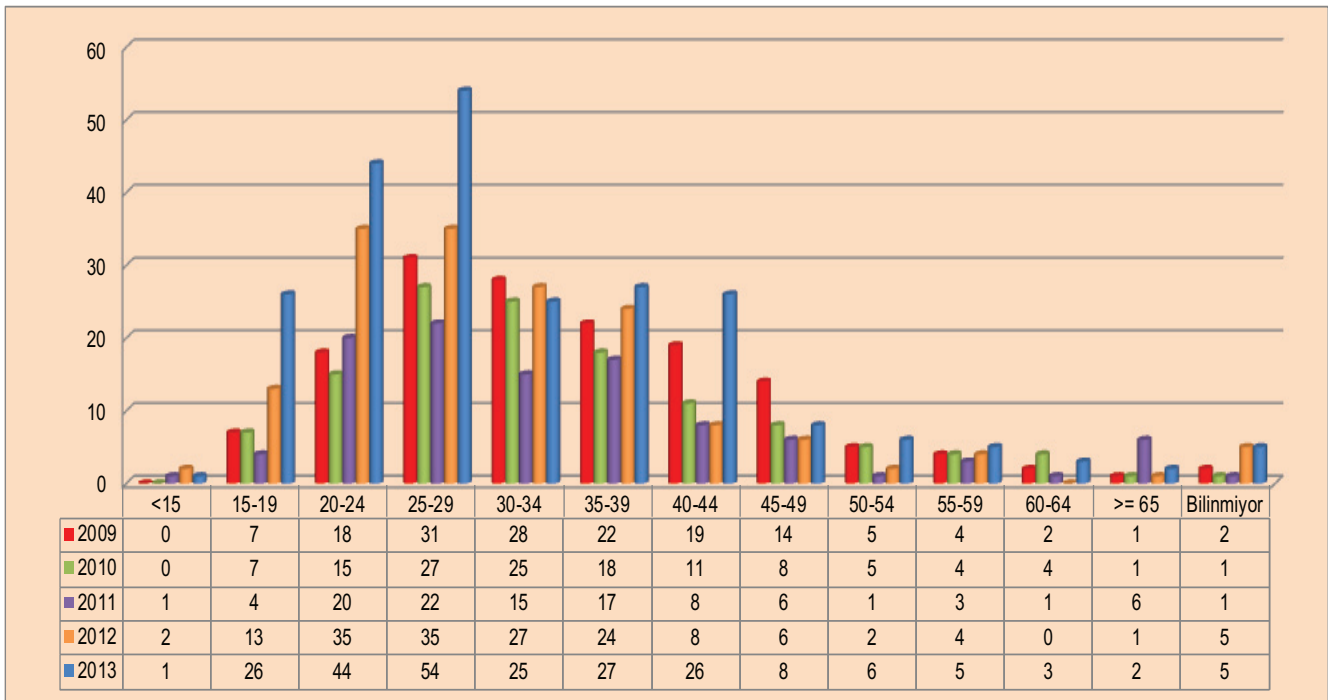
Tablo 6-13: 2013 Yılı Doğrudan MBÖ Olgularının Yaş Aralıklarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş Aralığı	Erkek	Kadın	Toplam
<15	1	0	1
15-19	24	2	26
20-24	43	1	44
25-29	54	0	54
30-34	25	0	25
35-39	27	0	27
40-44	23	3	26
45-49	7	1	8
50-54	6	0	6
55-59	5	0	5
60-64	3	0	3
>=65	2	0	2
Bilinmeyen	5	0	5
Toplam	225	7	232

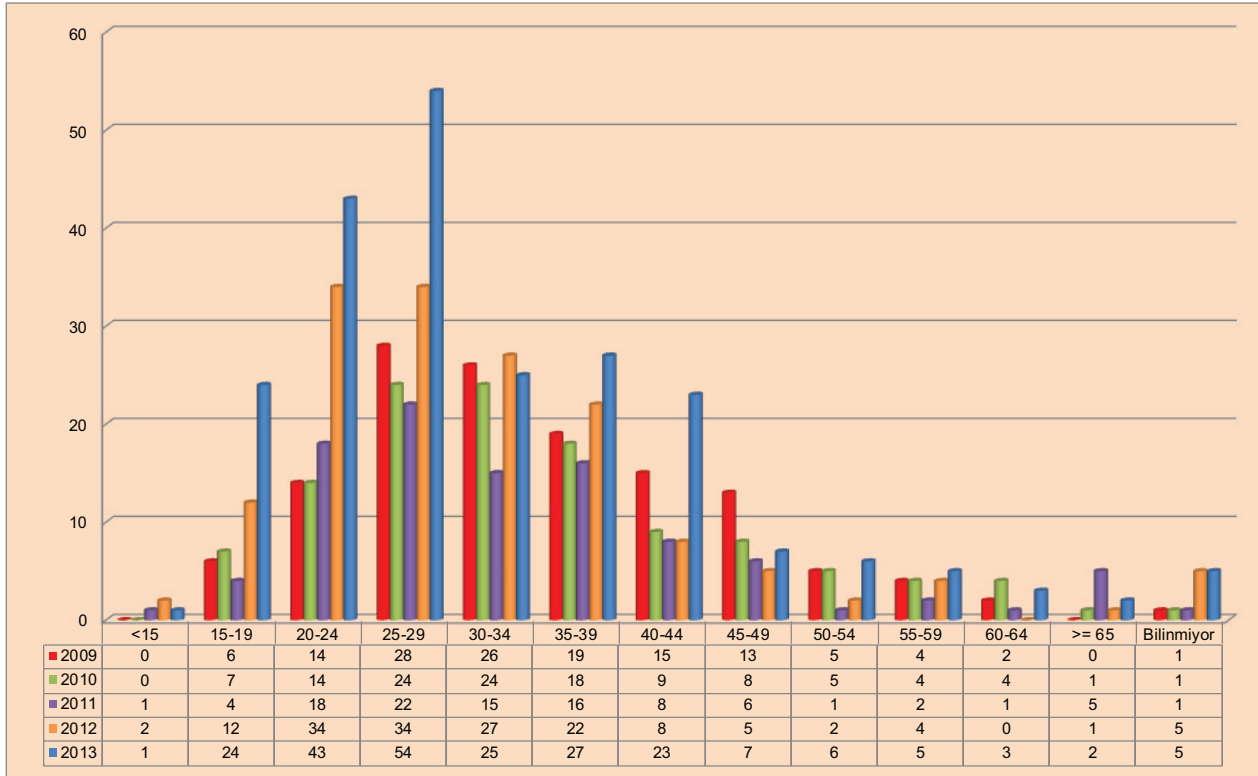
Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014; EMCDDA Standart Tablo 5, 2014.

Doğrudan MBÖ'lerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; yaklaşık %0,4'ünün 15 yaş altında, %11,2'sinin 15-19, %19'unun 20-24, %23,3'ünün 25-29, %10,8'inin 30-34, %11,6'sının 35-39, %11,2'sinin 40-44, %3,4'ünün 45-49, %2,6'sının

50-54, %2,2'sinin 55-59, %1,3'ünün 60-64 yaş grubunda, %0,9'unun 65 yaş ve üstünde olduğu, %2,2'sinin ise yaşının bilinmediği saptanmıştır (Tablo 6-13).

Grafik 6-2: 2009-2013 Yılları Doğrudan MBÖ Olgularının Yaş Aralıklarının Yıllara Göre Dağılımı

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014; EMCDDA Standart Tablo 5, 2014.

Grafik 6-3: 2009-2013 Yılları Doğrudan MBÖ Olguları İçindeki Erkeklerin Yaş Aralıklarının Yıllara Göre Dağılımı

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014; EMCDDA Standart Tablo 5, 2014.

2013 yılı doğrudan MBÖ olgularının en sık 25-29 yaş grubunda olduğu saptanmakla birlikte, sıklık sıralaması 20-24, 35-39, 30-34, 15-19, 40-44 yaş grupları olarak devam etmektedir (Grafik 6-2). Erkek olguların yaş dağılımı her iki cinsiyetin toplamına çok yakın olup (Grafik 6-3), kadın olguların dağılımı hakkında olgu sayısının azlığı nedeniyle ileri yorum yapılamamıştır.

Tablo 6-14: 2007-2013 Yılları Arasında Doğrudan Madde Bağlantılı Ölümlerin En Sık Gerçekleştiği 10 İl

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
İstanbul	86	93	77	57	45	70	115
Antalya	8	6	18	15	5	25	25
Adana	4	8	8	14	9	15	17
Ankara	3	2	1	4	5	7	13
İzmir	1	0	0	1	2	3	11
Mersin	0	1	3	3	6	9	7
Gaziantep	10	10	9	9	4	9	7
Kocaeli	1	0	5	1	1	4	5
Hatay	1	1	3	2	2	1	4
Bursa	0	2	0	3	2	1	3

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Doğrudan MBÖ'ler illere göre incelendiğinde; ölümlerin toplam 26 ilde görüldüğü ve en yüksek ölüm oranının İstanbul'da (n:115, %49,6) gerçekleştiği saptanmıştır. İstanbul'u sıklık sırasıyla Antalya (n:25, %10,8), Adana (n:17, %7,3), Ankara (n:13, %5,6), İzmir (n:11, %4,7), Mersin (n:7, %3), Gaziantep (n:7, %3), Kocaeli (n:5, %2,5), Hatay (n:4, %1,7) izlemektedir. Bursa, Konya, Manisa illerinin her birinde 3 olgu (%1,3); Diyarbakır, Hakkari, Kayseri, Osmaniye ve Şanlıurfa illerinin her birinde 2 olgu (%0,86); Aydın, Afyon, Muğla, Muş, Kastamonu, Sivas, Tekirdağ, Van ve Yalova illerinin her birinde ise 1 olgu (%0,43) saptanmıştır (Tablo 6-14).

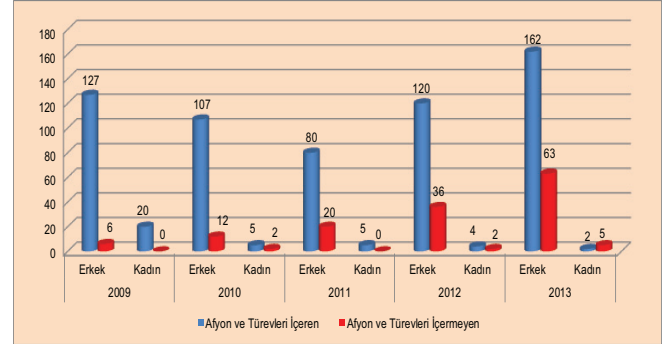
Tablo 6-15: 2013 Yılında Doğrudan MBÖ'lerin, Afyon Türevleri Baz Alındığında Cinsiyete Göre Dağılımı

Zehirlenme	Erkek	Kadın	Toplam
Yalnızca afyon türevleriyle (metadon hariç)	90	2	92
Yalnızca metadonla	2	0	2
Afyon türevi içeren çoklu madde kullanımıyla	70	0	70
Afyon türevi içermeyen madde kullanımıyla	63	5	68
Toplam	225	7	232

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Olguların %70,7'sinde (n:164) afyon türevi en az bir madde (bazılarında diğer madde ya da maddelerle birlikte), olguların %29,3'ünde (n:68) ise afyon türevleri içermeyen madde saptanmıştır (Tablo 6-15, Grafik 6-4).

Grafik 6-4: 2009-2013 Yıllarında Madde Kullanımı Sonucu Gerçekleşen Ölümlerin Afyon Türevleri Baz Alındığında Cinsiyete Göre Dağılımı



Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014; EMCDDA Standart Tablo 5, 2014.

Tablo 6-16: 2008-2013 Yıllarında Doğrudan MBÖ Olgularının Örneklerinde Saptanan Maddeler

	2008 (n)	2008 (%)	2009 (n)	2009 (%)	2010 (n)	2010 (%)	2011 (n)	2011 (%)	2012 (n)	2012 (%)	2013 (n)	2013 (%)
6-MAM*	82	55,8	93	60,8	76	60,3	42	40	67	41,4	115	49,6
Morfin	45	30,6	38	24,8	34	27	42	40	56	34,6	45	19,4
Kodein	78	53,1	101	66	75	59,5	64	61	97	59,9	143	61,6
Diğer opioidler	5	3,4	3	2	5	4	4	3,8	1	0,6	5	2,2
Kokain	15	10,2	5	3,3	15	12	10	9,5	19	11,7	29	12,5
Benzodiazepin	14	9,5	16	10,5	23	18,3	17	16,2	23	14,2	47	20,3
Metamfetamin	0	0	0	0	6	4,8	2	1,9	1	0,6	11	4,7
Amfetamin	0	0	0	0	0	0	4	3,8	3	1,9	13	5,6
MDMA/MDA/MDEA	10	6,8	0	0	1	0,8	19	18	29	17,9	58	25
Antidepresanlar	18	12,2	13	8,5	7	5,6	3	2,9	11	6,8	26	11,2
Nöroleptikler	1	0,7	3	2	3	2,4	3	2,9	2	1,2	19	8,2
Diğer psikotrop ilaçlar	3	2	4	2,6	2	1,6	6	5,7	18	11,1	20	8,6
Volatil Maddeler (Çakmak Gazı/ Solventler)	7	4,8	6	3,9	7	5,6	5	4,8	12	7,4	10	4,3
Esrar	20	13,6	20	13,1	21	6,3	20	19	37	22,8	62	26,7
JWH-018/073/122 ve Metabolitleri**	-	-	-	-	-	-	-	-	7	4,3	35	15,1

* 6-MAM eroinin metabolitidir. **Sentetik kannabinoidler.

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Son 6 yıl içinde gerçekleşen doğrudan MBÖ'lerde, olguların toksikolojik analizleri sonucunda örneklerde saptanan maddelerin ayrıntılı dökümü Tablo 6-16'de gösterilmiştir. 6-MAM ve morfinin birlikte saptandığı olgularda yalnızca 6-MAM gösterilmiştir.

Doğrudan MBÖ olgularının yalnızca 210'unda (%90,5) alkol analizi yapılmıştır. 210 olgu içinde ise 28 olguda (%13,3) alkol kullanımı saptanmıştır. Bu 28 olgunun içinde; 6 olguda yalnızca eroin, 14 olguda eroin ve diğer maddeler (7 olguda esrar, 4 olguda ekstazi, 2 olguda metamfetamin, 2 olguda JWH-018, 2 olguda kokain ve 11 olguda psikotrop ilaçlar ile), 2 olguda JWH-018, 2 olguda kokain, 1 olguda yalnızca volatil madde (toluen), 1 olguda ekstazi, 2 olguda ise ekstazi ile diğer maddeler (1 olguda amfetamin, metamfetamin ve benzodiazepin ile ve 1 olguda da kokain ile) ve eroinin birlikte kullanımı saptanmıştır (EMCDDA Standart Tablo 5, 2014).

2013 yılında doğrudan MBÖ olgularının %15,1'inde (n:35) sentetik kannabinoid kullanımı saptanmıştır (31 olguda yalnızca JWH-018 ve metabolitleri, 4 olguda JWH-018, JWH-073 ve metabolitleri). Bu olgular içinde 1 olguda yalnızca JWH-018, 2 olguda JWH-018 ve alkol kullanımı saptanmıştır. 6 olguda esrar, 6 olguda ekstazi, 1 olguda kokain, 1 olguda amfetamin, 1 olguda amfetamin ve metamfetamin, 3 olguda eroin, 10 olguda eroin ve diğer maddeler (8 olguda esrar, 4 olguda ekstazi, 2 olguda metamfetamin, 1 olguda amfetamin, 2 olguda kokain, 2 olguda alkol ve 8 olguda psikotrop ilaçlar ile), 4 olguda ise ekstazi ve diğer maddeler (2 olguda esrar, 1 olguda metamfetamin, 1 olguda kokain ve 1 olguda psikotrop ilaç) ile birlikte sentetik kannabinoid kullanımı saptanmıştır. Bu olgulardan üçünde (%1,3) ölümün tek başına sentetik kannabinoid kullanımına bağlı olduğu kararı verilmiştir (EMCDDA Standart Tablo 5, 2014).

Doğrudan MBÖ olgularının %70,1'inde (n:164) afyon türevi madde kullanımı saptanmıştır. Bu olguların içinde 46 olguda yalnızca eroin, 6 olguda yalnızca eroin ve alkol, 2 olguda yalnızca methadon, 1 olguda ise yalnızca eroin ve methadon kullanımı saptanmıştır. Afyon türevleriyle birlikte sıklık sırasıyla; benzodiazepinler (n:44), esrar (n:43), kokain (n:19), ekstazi (n:19), dextrometorphan (n:19), nöroleptikler (n:17), antidepressanlar (n:16), sentetik kannabinoidler (n:13), amfetamin/metamfetamin (n:11) ve

barbitüratlar (n:1) kullanılmıştır (EMCDDA Standart Tablo 5, 2014).

Doğrudan MBÖ olgularının %25'inde (n:58) ekstazi (MDMA/MDA/MDEA) kullanımı saptanmıştır. Bu olguların içinde 12 olguda yalnızca ekstazi, 1 olguda yalnızca ekstazi ve alkol kullanımı saptanmıştır. Ekstaziyle birlikte sıklık sırasıyla; esrar (n:19), eroin (n:18), sentetik kannabinoidler (n:14), amfetamin/metamfetamin (n:11), benzodiazepinler (n:6), kokain (n:6), antidepressanlar (n:3), dextrometorphan (n:2) ve nöroleptikler (n:2) kullanılmıştır (EMCDDA Standart Tablo 5, 2014).

Doğrudan MBÖ olgularının %12,5'inde (n:29) kokain kullanımı saptanmıştır. Bu olguların içinde 2 olguda yalnızca kokain, 2 olguda yalnızca kokain ve alkol kullanımı saptanmıştır. Kokainle birlikte sıklık sırasıyla; eroin (n:19), ekstazi (n:7), benzodiazepinler (n:7), dextrometorphan (n:6), nöroleptikler (n:6), esrar (n:4), antidepressanlar (n:4), sentetik kannabinoidler (n:3), amfetamin/metamfetamin (n:2) ve barbitüratlar (n:1) kullanılmıştır (EMCDDA Standart Tablo 5, 2014).

Doğrudan MBÖ olgularının %8,6'sında (n:20) amfetamin/metamfetamin kullanımı (9 olguda amfetamin, 7 olguda metamfetamin ve 4 olguda amfetamin ve metamfetamin birlikte) saptanmıştır. Bu olguların birinde ölüm yalnızca amfetamin kullanımı sonucu gerçekleşmiştir. Amfetamin/metamfetaminlerle birlikte sıklık sırasıyla; eroin (n:11), ekstazi (n:11), sentetik kannabinoidler (n:6), esrar (n:4), benzodiazepinler (n:3), antidepressanlar (n:3), kokain (n:2), dextrometorphan (n:2) ve nöroleptikler (n:1) kullanılmıştır (EMCDDA Standart Tablo 5, 2014).

Volatil madde kullanımı saptanan olguların (n:10) beşi tolue (iki olguda Aseton, bir olguda isopropanol ve bir olguda 3-metil-1-butanol, 2-metil-1-propanol ile birlikte), beşi de n-butane (çakmak gazı inhalasyonuna bağlı) intoksikasyonudur. Bu olguların birinde eroin, birinde ise alkol kullanımı saptanmıştır (EMCDDA Standart Tablo 5, 2014).

2013 yılında gerçekleşen doğrudan MBÖ'ler uyruklarına göre incelendiğinde; %13,8'inin (n:32) yabancı uyruklu olduğu tespit edilmiştir. Yabancı uyruklu olguların sıklık sırasıyla Gürcistan (n:22), Türkmenistan (n:3), Ermenistan (n:2), Azerbaycan (n:1), Kosova (n:1), Nijerya (n:1), Çin (n:1) ve Hindistan (n:1) uyruklu olduğu tespit edilmiştir.

6.4.2. Dolaylı Madde Bağlantılı Ölüm

2013 yılında Türkiye’de 416 dolaylı MBÖ olgusu saptanmıştır.

Tablo 6-17: Dolaylı MBÖ Olgularının Ortalama Yaşlarının Cinsiyetlere ve Yıllara Göre Dağılımı

Yıllar	Cinsiyet	Ortalama Yaş	Min. Maks. Yaş
2008	Erkek (n:126)	34,5	15-70
	Kadın (n:9)	34,8	17-60
	Toplam (n:135)	34,5	15-70
2009	Erkek (n:141)	32,3	13-72
	Kadın (n:4)	40	19-69
	Toplam (n:145)	32,4	13-72
2010	Erkek (n:139)	33,6	13-84
	Kadın (n:5)	43	26-90
	Toplam (n:144)	33,9	13-90
2011	Erkek (n:248)	33,9	14-79
	Kadın (n:12)	33,7	21-61
	Toplam (n:260)	33,9	14-79
2012	Erkek (n:158)	35,5	16-72
	Kadın (n:5)	27,8	22-39
	Toplam (n:163)	35,3	16-72
2013	Erkek (n:404)	32,8	13-77
	Kadın (n:12)	26,6	19-35
	Toplam (n:416)	32,6	13-77

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Olguların %97,1’i (n:404) erkek, %2,9’u (n:12)

kadındır. Erkeklerin yaş ortalaması 32,8 (min:13-maks:77), kadınların yaş ortalaması 26,6 (min:19-maks:35) ve tüm olguların yaş ortalaması 32,6 (min:13-maks:77) olarak hesaplanmıştır (Tablo 6-17).

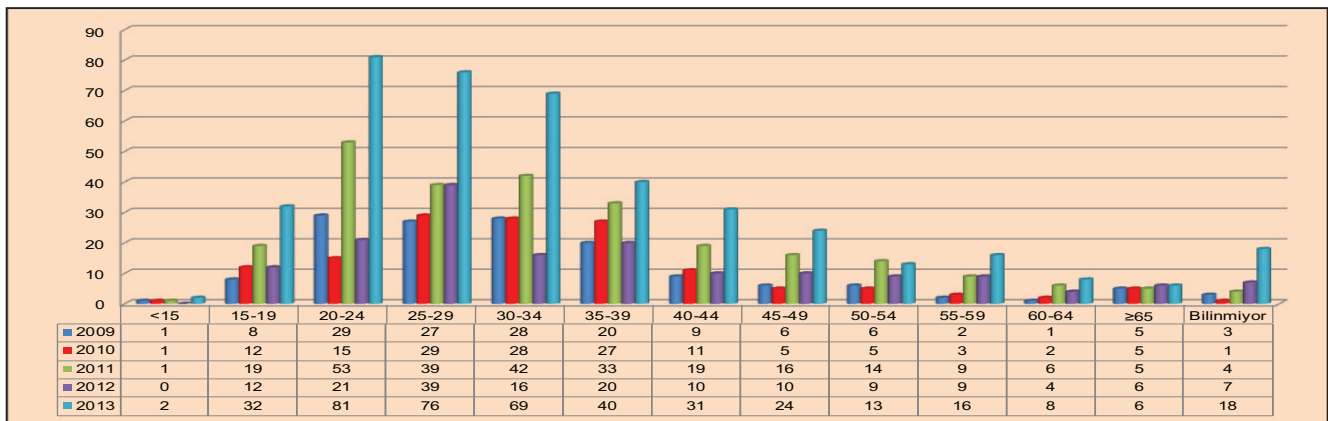
Tablo 6-18: Olguların Yaş Aralıklarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Yaş	Erkek	Kadın	Toplam
<15	2	0	2
15-19	31	1	32
20-24	77	4	81
25-29	74	2	76
30-34	66	3	69
35-39	39	1	40
40-44	31	0	31
45-49	24	0	24
50-54	13	0	13
55-59	16	0	16
60-64	8	0	8
≥65	6	0	6
Bilinmiyor	17	1	18
Toplam	404	12	416

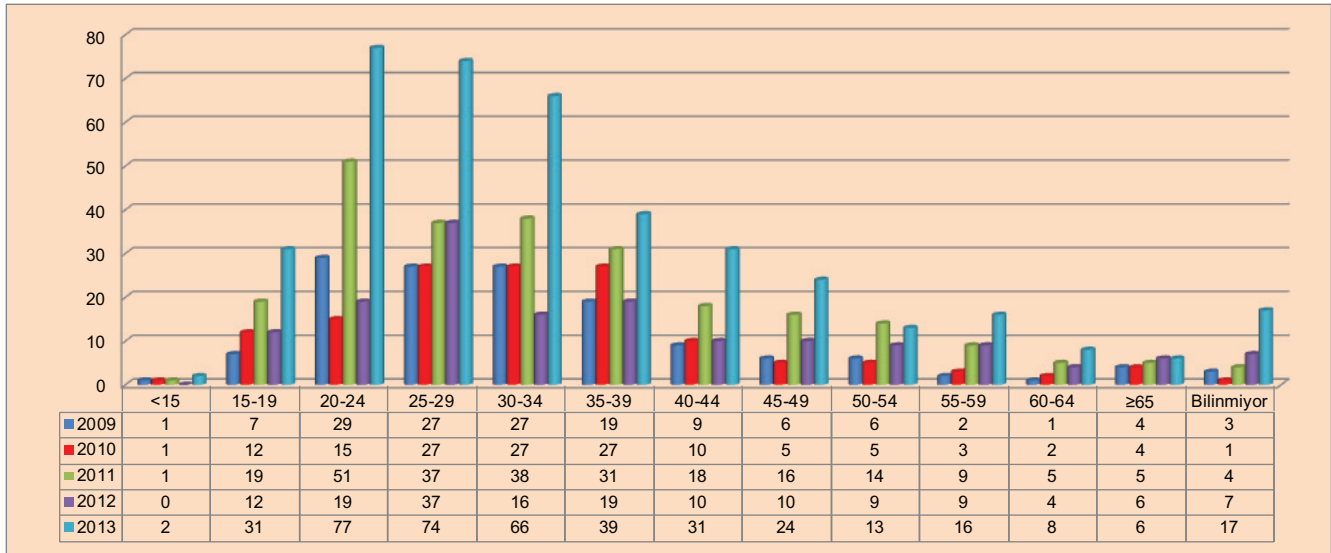
Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Dolaylı MBÖ’lerin yaş gruplarına göre dağılımları incelendiğinde; yaklaşık %0,48’inin 15 yaş altında, %7,69’unun 15-19, %19,47’sinin 20-24, %18,27’sinin 25-29, %26,59’unun 30-34, %9,62’sinin 35-39, %7,45’inin 40-44, %5,77’sinin 45-49, %3,13’ünün 50-54, %3,85’inin 55-59,%1,92’sinin 60-64 yaş grubunda, %1,44’ünün 65 yaş ve üstünde olduğu, %4,33’ünün ise yaşının bilinmediği saptanmıştır (Tablo 6-18).

Grafik 6-5: 2013 Yılı Dolaylı MBÖ Olgularının Yaş Aralıklarının Yıllara Göre Dağılımı



Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Grafik 6-6: 2013 Yılı Dolaylı MBÖ Olguları İçindeki Erkeklerin Yaş Aralıklarının Yıllara Göre Dağılımı

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

2013 yılı dolaylı MBÖ olgularının en sık 20-24 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Sıklık sıralaması 25-29, 30-34, 35-39, 15-19, 40-44, 45-49, 55-59 ve 50-54 yaş grupları olarak devam etmektedir (Grafik 6-5). Erkek olguların yaş dağılımı her iki cinsiyetin toplamına çok yakın olup (Grafik 6-6), kadın olguların dağılımı hakkında olgu sayısının azlığı nedeniyle ileri yorum yapılamamıştır.

Tablo 6-19: 2013 Yılı Dolaylı MBÖ olgularının, Ölüm Nedenleri ve Afyon Türevleri Baz Alındığında Cinsiyete Göre Dağılımı.

ÖLÜM NEDENİ	ERKEK		KADIN		TOPLAM	
	OPİYAT (+)	OPİYAT (-)	OPİYAT (+)	OPİYAT (-)	N	%
Ateşli Silah Yaralanması	19	98	0	4	121	29,1
Trafik Kazası	8	46	0	1	55	13,2
Kalp, Damar Hastalığı	4	47	0	0	51	12,3
Kesici, Delici Alet Yaralanması	3	36	0	0	39	9,4
Ası	6	30	0	3	39	9,4
Bilinmeyen	3	24	0	1	28	6,7
Yüksekten Düşme	2	20	0	1	23	5,5
Suda Boğulma	1	18	0	0	19	4,6
Künt Kafa Travması (Cinayet)	2	6	0	1	9	2,2
Karbonmonoksit İntoks.	0	6	0	0	6	1,4
Akciğer enfeksiyonu	3	2	0	0	5	1,2
Elektrik Yaralanması	0	3	1	0	4	1
Nontravmatik Beyin Kanaması	1	3	0	0	4	1
Kanser	1	3	0	0	4	1
Yanık	0	2	0	0	2	0,5
İlaç İntoks.	0	1	0	0	1	0,2
Elle Boğma	0	1	0	0	1	0,2
Alkol İntoks.	0	1	0	0	1	0,2
İş Kazası	1	0	0	0	1	0,2
Mide Kanaması	0	1	0	0	1	0,2
İnsektisid İntoks.	0	1	0	0	1	0,2
Kronik Akciğer Hastalığı	0	1	0	0	1	0,2
Toplam	54	350	1	11	416	

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Olguların ölüm nedenlerine göre dağılımı incelendiğinde; önceki yıllardan farklı olarak en sık ölüm nedeni ateşli silah yaralanması olup, sıklık sırasıyla; trafik kazası, kalp-damar hastalığı, kesici-delici alet yaralanması, ası, bilinmeyen, yüksekten

düşme, suda boğulma, künt kafa travması (cinayet orijinli), karbonmonoksit intoksikasyonu, akciğer enfeksiyonu ve elektrik yaralanması şeklinde devam etmektedir (Tablo 6-19).

Tablo 6-20: 2008-2013 Yıllarında Dolaylı MBÖ Olgularının Örneklerinde Saptanan Maddeler

	2008 (n)	2008 (%)	2009 (n)	2009 (%)	2010 (n)	2010 (%)	2011 (n)	2011 (%)	2012 (n)	2012 (%)	2013 (n)	2013 (%)
6-MAM*	3	2,2	8	5,5	17	11,8	8	3	2	1,2	20	4,8
Morfin	15	11,1	17	11,7	13	9	30	11,5	19	11,7	35	8,4
Kodein	12	8,9	10	6,9	15	10,4	29	11,2	10	6,1	38	9,1
Diğer opioidler	0	0	2	1,4	1	0,7	0	0	0	0	1	0,2
Kokain	12	8,9	12	8,3	9	6,3	19	7,3	9	5,5	24	5,8
Benzodiazepinler	2	1,5	0	0	4	2,8	0	0	11	6,7	24	5,8
Metamfetamin	3	2,2	2	1,4	4	2,8	5	1,9	2	1,2	15	3,6
Amfetamin	0	0	0	0	0	0	20	7,7	5	3,1	13	3,1
MDMA/MDA/MDEA	10	7,4	0	0	9	6,3	35	13,5	31	19	94	22,6
Antidepressanlar	2	1,5	0	0	2	1,4	0	0	2	1,2	11	2,6
Nöroleptikler	0	0	1	0,7	0	0	0	0	0	0	7	1,7
Diğer psikotrop ilaçlar	1	0,7	4	2,8	1	0,7	5	1,9	0	0	3	0,7
Volatil Maddeler (Çakmak Gazı/ Solventler)	1	0,7	3	2,1	0	0	0	0	2	1,2	3	0,7
Esrar	87	64,4	107	73,8	108	75	197	75,8	111	68,1	291	70
JWH-018/073/122 ve metabolitleri**	-	-	-	-	-	-	-	-	8	4,9	61	14,7

* 6-MAM eroinin metabolitidir. **Sentetik kannabinoidler.

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Dolaylı MBÖ olgularının yalnızca 297'sinde (%71,4) etil alkol analiz sonuçları elde edilebilmiştir. 297 olgu içinde ise 65 olguda (%21,9) alkol kullanımı saptanmıştır.

Dolaylı MBÖ olgularının %13,2'sinde (n:55) afyon türevi madde kullanımı (31 olguda diğer maddelerle birlikte) saptanmıştır. Tüm olgularda (n:55) eroin ve bir olguda methadon; bu olgular içinde 18 olguda yalnızca eroin ve 6 olguda da eroin ve alkol kullanımı saptanmıştır. Afyon

türevleriyle birlikte sıklık sırasıyla; esrar (n:11), kokain (n:10), ekstazi (n:6), benzodiazepinler (n:6), nöroleptikler (n:4), amfetamin/metamfetamin (n:4), sentetik kannabinoidler (n: 3), antidepressanlar (n:2) ve dextrometorphan (n:2) kullanılmıştır (Tablo 6-20).

Dolaylı MBÖ olgularının %86,8'inde (n:361) yalnızca afyon türevi olmayan madde kullanımı saptanmıştır. Afyon türevi olmayan maddelerden, sıklık sırasıyla esrar (n:280), ekstazi (n:88), sentetik kannabinoidler (n: 58), benzodiazepinler (n:18), amfetamin/metamfetamin (n:16), kokain (n:14), antidepresanlar (n:7), nöroleptikler (n:3), volatil madde (n:3) ve barbitüratlar (n:1) kullanılmıştır (Tablo 6-20).

Volatil madde kullanımı saptanan olguların (n:3) ikisi tolüen (iki olguda JWH-018 ve bir olguda alkol ile birlikte), biri de n-butane (JWH-018 ile birlikte) intoksikasyonudur (Tablo 6-20).

Tablo 6-21: Dolaylı MBÖ'lerin, Orijinleri Dikkate Alındığında Cinsiyete Göre Dağılımı

Ölüm Tarzı/Orijin	Erkek	Kadın	Toplam
Doğal/iç nedenler	66	0	66
Zehirlenme dışı kazalar	90	3	93
Zehirlenme dışı intihar	46	4	50
Zehirlenme dışı cinayet	84	2	86
Zehirlenme dışı belirsiz nedenler	118	3	121
Toplam	404	12	416

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Dolaylı MBÖ olguları ölüm tarzı (orijin) açısından incelendiğinde; orijini bilinen 295 olgunun %31,5'inin (n:93) kaza, %29,2'sinin (n:86) cinayet, %22,4'ünün (n:66) doğal ölüm ve %16,9'unun (n:50) intihar orijinli olduğu saptanmıştır (Tablo 6-21).

Yabancı uyruklu olgu sayısı 9 (%2,3) olup, olguların Türkmenistan (n:2), İran İslam Cumhuriyeti (n:2), Gürcistan (n:1), Azerbaycan (n:1), ABD (n:1), Almanya (n:1) ve Suriye (n:1) uyruklu olduğu saptanmıştır.

Dolaylı MBÖ'ler illere göre incelendiğinde; ölümlerin 50 ilde ve en yüksek ölüm oranının İstanbul'da 134 (%32,2) gerçekleştiği saptanmıştır. İstanbul'u sıklık sırasıyla; İzmir 41 (%10,7), Adana 37 (%8,9), Ankara 28 (%6,7), Antalya 22 (%5,3), Manisa 17 (%4,1), Mersin 12 (%2,9), Sakarya 11 (%2,6), Samsun 9 (%2,2), Aydın 8 (%1,9), Muğla 8 (%1,9), Tekirdağ 7 (%1,7) ve Düzcce 5 (%1,2), Kayseri 5 (%1,2) izlemekte olup Bingöl, Elazığ, Rize, Trabzon ve Uşak illerinin her birinde 4 (%1);

Artvin, Kocaeli, Diyarbakır, Urfa, Malatya, Niğde ve Zonguldak illerinin her birinde 3 (%0,7); Ağrı, Hatay, Kütahya, Osmaniye, Çorum, Gaziantep ve Van illerinin her birinde 2 (%0,5); Afyonkarahisar, Aksaray, Amasya, Ardahan, Bayburt, Bolu, Bursa, Çanakkale, Çankırı, Hakkari, Iğdır, Karabük, Kırıkkale, Kırklareli, Sinop, Sivas ve Yalova illerinin her birinde 1 (%0,2) olgu saptanmıştır.

Tablo 6-22: 2009-2013 Yılları Arasında Dolaylı Madde Bağlantılı Ölümlerin En Sık Gerçekleştiği 10 İl

	2009	2010	2011	2012	2013
İstanbul	57	66	98	51	134
İzmir	13	12	15	20	41
Adana	9	2	10	10	37
Ankara	12	4	14	10	28
Antalya	13	13	13	9	22
Manisa	2	1	6	6	17
Mersin	1	1	4	6	12
Sakarya	1	5	8	1	11
Samsun	3	2	7	1	9
Aydın	0	2	6	4	8

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

6.4.3. Karşılaştırma ve Yönelim Analizi

Doğrudan MBÖ sayısı 2012 yılında 162 iken, 2013 yılında %43,2 artış göstererek 232'ye yükselmiştir. Doğrudan MBÖ olgularında 2007-2009 yılları arasında düzenli bir artış görülmüş (2007:136, 2008:147, 2009:153), ancak olgu sayısı 2010 yılında 126'ya ve 2011 yılında ise 105'e düşmüştü. Bu düşüş Afganistan'da afyon ekimindeki düşüşe paralel bulunmuştu. 2012 yılında ölümlerde saptanan artış da, benzer şekilde, 2012 yılında Afganistan'da eroin arzında görülen artıştan kaynaklanmış ve bu artış 2013 yılında da sürmüştür (Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2013: 102)

Ancak 2013 yılında gerçekleşen ölüm sayısındaki artış, yalnızca eroin arzıyla ilgili değildir. 2013 yılında diğer madde intoksikasyonları da önemli oranda artmıştır. Amfetamin türevi madde (Amfetamin, Metamfetamin ve Ekstazi) kullanımı saptanan doğrudan MBÖ olgu sayısı 2012 yılında 31 iken, 2013 yılında yaklaşık %165 oranında artış göstererek 82'ye çıkmıştır. Önceki yıla göre artış esrarda %68 ve kokainde %53 oranında gerçekleşmiştir (Tablo 6-23, Grafik 6-7).

Ayrıca, önceki yıllardan farklı olarak, sentetik kannabinoid analizi, daha çok sayıda

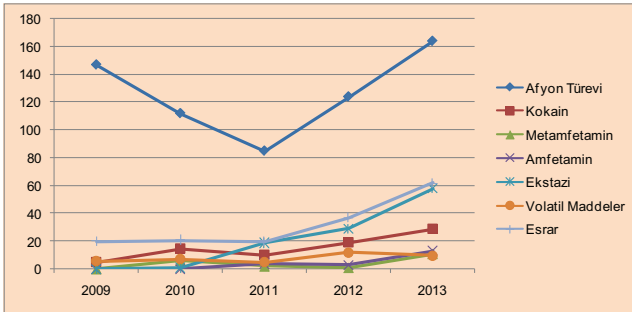
laboratuvarında yapılabildiği için MBÖ sayısında artışa neden olmuştur. Ölümlerdeki artışı açıklayabilecek bir diğer parametre de madde saflık oranlarıdır. 2013 yılında yakalanan maddelerin en düşük saflık oranı/miktarı geçen yıl ile aynı ya da daha yüksektir (Bkz. 10. Bölüm).

Tablo 6-23: Doğrudan MBÖ Olgularında Saptanan Maddelerin Yıllara Göre Dağılımı

	2009	2010	2011	2012	2013
Afyon Türevi	147	112	85	124	164
Kokain	5	15	10	19	29
Metamfetamin	0	6	2	1	11
Amfetamin	0	0	4	3	13
Ekstazi	0	1	19	29	58
Volatil Maddeler	6	7	5	12	10
Esrar	20	21	20	37	62

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

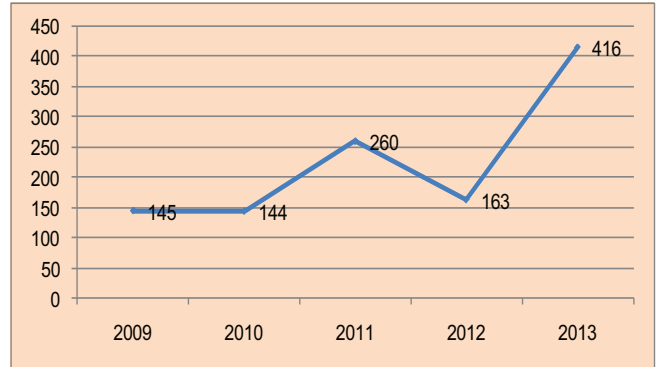
Grafik 6-7: Doğrudan MBÖ Olgularında Saptanan Maddelerin Yıllara Göre Dağılımı



Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

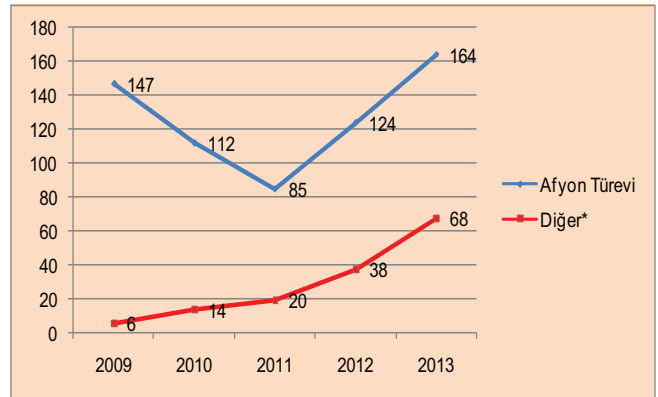
2012 yılında dolaylı MBÖ sayısında 2011 yılına kıyasla %37,3 oranında düşüş gerçekleşmişti. 2013 yılında ise 2012 yılına göre yaklaşık %155 oranında, 2011 yılına göre ise %60 oranında artışla olgu sayısı 416'ya çıkmıştır (Grafik 6-8).

Grafik 6-8: Yıllara Göre Dolaylı MBÖ Olgu Sayısı



Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Grafik 6-9: Doğrudan MBÖ Olguları İçindeki Erkeklerin, Afyon Türevleri Baz Alındığında Yıllara Göre Dağılımı

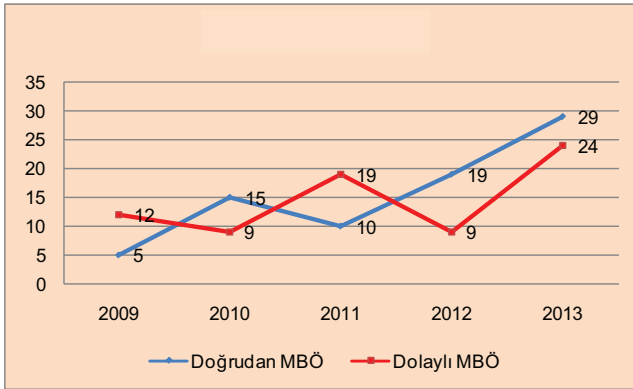


*Kokain, Amfetamin Türevleri, Esrar, Sentetik Kannabinoidler, Volatil Maddeler

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Grafik 6-9'da 2009-2011 yılları arasında afyon türevi madde intoksikasyonuna bağlı ölümlerde hızlı bir düşüş ve sonrasında ise daha hızlı bir yükseliş olduğu görülmektedir. Ancak geçen yıla göre sayı artmakla birlikte, afyon türevi madde intoksikasyonuna bağlı ölümlerde %5,8 oranında azalma, diğer madde intoksikasyonuna bağlı ölümlerde de aynı oranda artış saptanmıştır. Doğrudan MBÖ olguları içinde afyon türevi madde kullanma oranı 2012'de %76,5 iken, 2013'te 70,7 olarak gerçekleşmiştir. Afyon türevi olmayan maddelerin kullanımına bağlı ölümlerde artış görülmektedir.

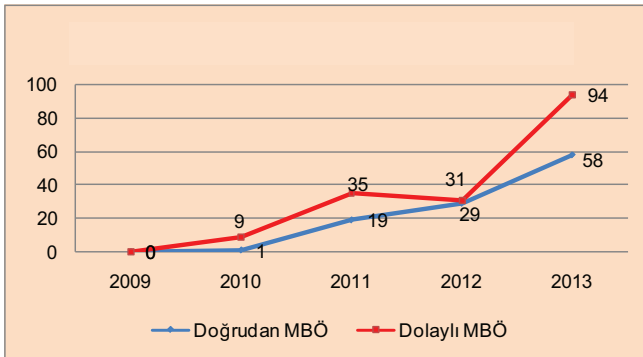
Grafik 6-10: Doğrudan ve Dolaylı MBÖ Olguları İçinde Kokain Saptanan Olguların Yıllara Göre Dağılımı



Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Grafik 6-10'de hem doğrudan, hem de dolaylı MBÖ olguları içinde kokain saptanan olgu sayısında geçen yıla göre önemli bir artış görülmektedir. Artış hızı çok yüksek olup, kokain kullanımına bağlı ölümlerdeki artışın önümüzdeki yıllarda da devam edeceği öngörülmektedir. 2013 yılında yakalanan kokainlerde, ortalama saflık oranı önceki yıla kıyasla daha yüksektir. En düşük saflık oranı 2012 yılında %10 iken, 2013 yılında %19'a yükselmiştir. Üst limit saflığı ise 2012 yılında %92 iken, 2013 yılında %95'e yükselmiştir (Bkz. 10. Bölüm).

Grafik 6-11: Doğrudan ve Dolaylı MBÖ Olguları İçinde Ekstazi (MDMA, MDA, MDEA) Saptanan Olguların Yıllara Göre Dağılımı



Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

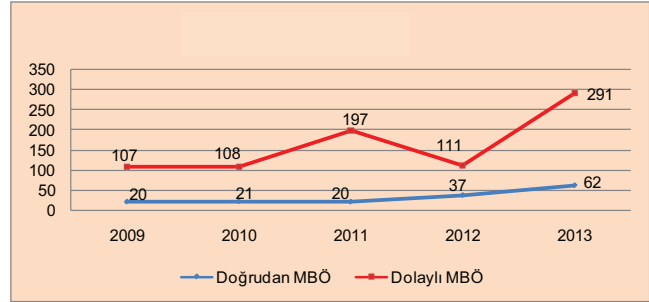
Grafik 6-11'de hem doğrudan, hem de dolaylı MBÖ olguları içinde ekstazi saptanan olgu sayısında geçen yıla göre önemli bir artış görülmektedir. 2009 yılında hiçbir ölüm olgusunda ekstazi varlığı saptanamamışken, 2010 yılında başlayan artışla, 2013 yılında 58 doğrudan ve 94 dolaylı MBÖ olgusunda ekstazi kullanımı saptanmıştır.

Geçen yıla göre ekstazi kullanmış doğrudan MBÖ olgu sayısında iki kat, dolaylı MBÖ olgu sayısında ise üç kat artış saptanmıştır. Olgu sayısındaki artışın yanı sıra tüm olgular içindeki bulunma oranı da yıllar içinde artış göstermiştir (Tablo 6-18 ve 6-22). 2010 yılında doğrudan MBÖ olgularının %0,8'inde ekstazi kullanımı saptanmışken, 2013 yılında bu oran %25'e çıkmıştır. Artışın önümüzdeki yıllarda da devam edeceği öngörülmektedir.

Ekstazi saflık miktarları ölümlerdeki artışı açıklayabilecek bir diğer parametredir. 2013 yılında ekstazi tabletlerindeki ortalama saflık miktarı önceki yıla kıyasla daha yüksektir. En düşük saflık miktarı, bir tablet için 2012 yılında 8 mg iken, 2013 yılında 26 mg'a yükselmiştir. Üst limit saflığı ise 2012 yılında 240 mg iken, 2013 yılında 258 mg'a yükselmiştir (Bkz. 10. Bölüm).

EMCDDA tarafından hazırlanan 2014 Avrupa Uyuşturucu Raporu'nda da ekstazi saflığındaki artış vurgulanmakta ve dolayısıyla bir sonraki yılın verisini etkileyebileceği ifade edilmektedir.

Grafik 6-12: Doğrudan ve Dolaylı MBÖ Olguları İçinde Esrar Saptanan Olguların Yıllara Göre Dağılımı



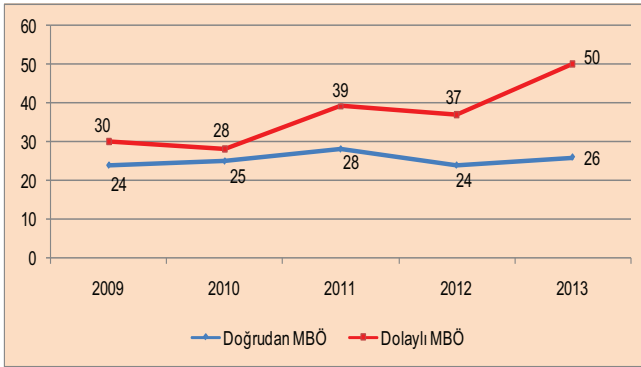
Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Grafik 6-12'de hem doğrudan, hem de dolaylı MBÖ olguları içinde esrar saptanan olgu sayısında geçen yıla göre önemli bir artış görülmektedir. Geçen yıla göre esrar kullanmış doğrudan MBÖ olgu sayısında %67,6 oranında, dolaylı MBÖ olgu sayısında ise %162,2 oranında artış saptanmıştır. Olgu sayısındaki artışın yanı sıra doğrudan MBÖ olgular içindeki bulunma oranı da yıllar içinde artış göstermiş, ancak dolaylı MBÖ olguları içinde bulunma oranı yaklaşık aynı kalmıştır (Tablo 6-16 ve 6-20).

Son beş yıl içinde, MBÖ olaylarının gerçekleştiği il sayısı, doğrudan MBÖ olgularında hemen hemen aynı kalırken, dolaylı MBÖ olgularında belirgin bir artış görülmektedir (Grafik 6-9). Dolaylı MBÖ olaylarının gerçekleştiği il sayısı 2009 yılında 30 iken, beş yıl içinde %66,7 oranında artışla, 2013 yılında 50'ye yükselmiştir. Doğrudan MBÖ

olgularında en sık afyon türevleri kullanılıyor olması, afyon türevi kullanıcılarının genellikle rota üzerinde yaşıyor olması ve afyon türevlerine ulaşmanın daha zor olması nedeniyle il sayısı önemli değişiklik göstermemektedir. Dolaylı MBÖ olaylarının gerçekleştiği il sayısındaki artış, madde kullanımının coğrafi olarak yaygınlık kazandığını göstermektedir.

Grafik 6-13: Doğrudan ve Dolaylı MBÖ Olaylarının Son Beş Yılda Gerçekleştiği İl Sayısı



Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Hem doğrudan hem de dolaylı MBÖ olaylarının en sık gerçekleştiği ilk beş il (İstanbul, Ankara, İzmir, Adana ve Antalya) aynıdır. Bu beş ilde doğrudan MBÖ olaylarının %78'i, dolaylı MBÖ olaylarının ise %63'ü gerçekleşmiştir. Bu iller içinde İzmir ve Ankara'da yıllar içine hem doğrudan, hem de dolaylı MBÖ olaylarında dikkat edilmesi gereken düzeyde artış gerçekleşmiştir.

Tüm MBÖ olayları içinde afyon türevleri 29, esrar 45, amfetaminler 30, kokain 11 ve volatil maddeler 5 ilde kullanılmıştır. En yaygın kullanılan madde, hem olgu sayısı hem de coğrafi yaygınlık açısından esrardır (Şekil 6-1, 6-2, 6-3, 6-4).

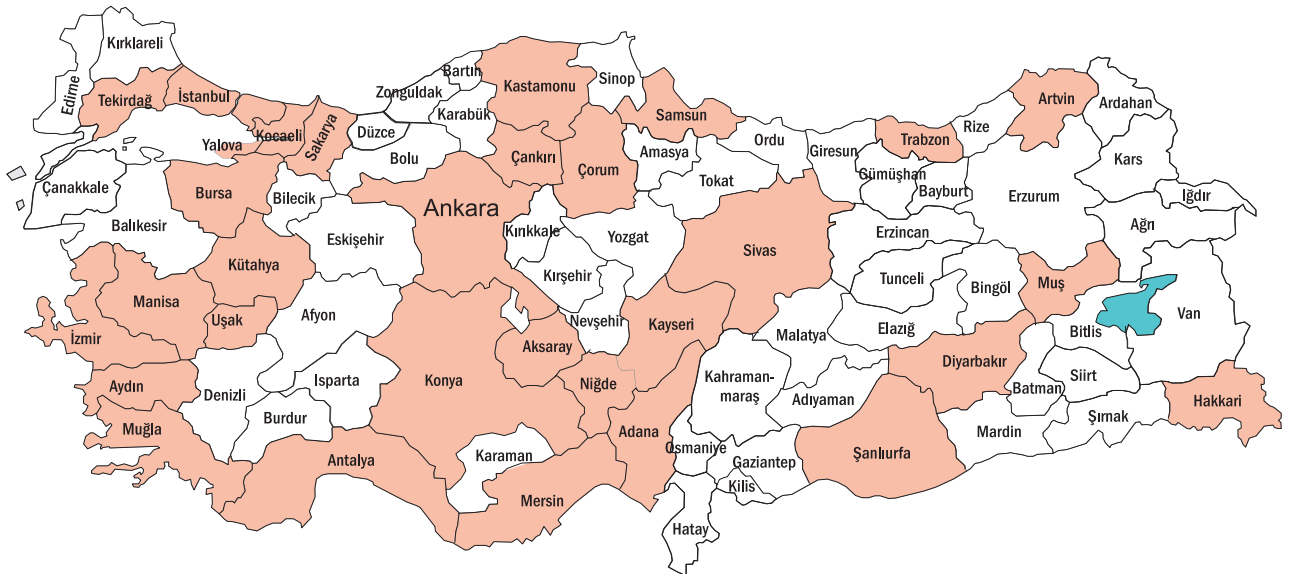
Tüm (doğrudan ve dolaylı) MBÖ olguları birlikte değerlendirildiğinde ölümlerin toplam 52 ilde gerçekleştiği saptanmıştır. Tüm (doğrudan ve dolaylı) MBÖ olguları içinde maddelerin illere göre kullanım sıklığı incelendiğinde; tüm maddelerde en sık kullanımın İstanbul'da gerçekleştiği saptanmıştır. Afyon türevleri kullanımının İstanbul dışında en sık saptandığı illerden Şanlıurfa, Gaziantep, Adana, Osmaniye, Hatay, Mersin ve Antalya illerinde, afyon türevi kullanan olguların %32,9'u bulunmaktadır. Bu iller Türkiye'de eroinin kaçakçılığında izlenen rotalardan biri olan Güney güzergahı üzerinde bulunan komşu illerdir (Tablo 6-24). Afyon türevleri kullanımına bağlı ölümler, esas olarak eroinin ülke içinde izlediği rota üzerindeki illerde gerçekleşmektedir. Eroin rotası üzerinde olmayan

illerde afyon türevi madde kullanımı azalmaktadır.

Ege Bölgesinde yalnızca dört ilde ve toplam 7 olguda (afyon türevi kullanımı saptanan olguların (n:219) %3,2'si, tüm olguların (n:648) %1,1'i) afyon türevi madde kullanımı saptanmıştır. Buna karşılık afyon türevi olmayan madde kullanımı, diğer bölgelerle kıyaslandığında, oransal olarak daha yaygındır. Ege Bölgesinde, tüm MBÖ olguları içinde en yaygın kullanılan maddeler 66 olgu ile esrar ve 39 olgu ile amfetamin türevleridir (Tablo 6-24).

Şekil 6- 1: Tüm MBÖ Olayları İçinde Afyon Türevi Madde Kullanımı Saptanan İller

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Şekil 6-2: Tüm MBÖ Olayları İçinde Ekstazi Kullanımı Saptanan İller

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Şekil 6-3: Tüm MBÖ Olayları İçinde Esrar Kullanımı Saptanan İller

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Şekil 6-4: Tüm MBÖ Olayları İçinde Kokain Kullanımı Saptanan İller

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Yalnızca İstanbul, Tekirdağ, İzmir, Muğla, Antalya, Mersin, Ankara ve Kayseri’de tüm maddelerin kullanıldığı saptanmıştır (Tablo 6-24, Şekil 6-1, 6-2, 6-3, 6-4).

Aydın, Muğla ve Kayseri illerinde esrar ve amfetamin türevi madde kullanımında önemli oranda artış gerçekleşmiştir (Tablo 6-24). MBÖ olayları, tüm bölgelerde, esas olarak nüfusun yoğun olduğu illerde görülmektedir. Yerleşik nüfusu düşük olmakla birlikte, yaz sezonunda yoğun turistik ilgi gören illerde de (Aydın ve Muğla gibi) bu nedenle artmaktadır.

Tablo 6-24: Tüm (Doğrudan ve Dolaylı) MBÖ Olgularında Saptanan Maddelerin İllere Göre Dağılımı

	Afyon Türevleri	Esrar	Amfetaminler	Kokain	Volatil Maddeler
Adana	24	30	12		
Afyon	1	1			
Ağrı	1	1			
Aksaray		1	1		
Amasya	1				
Ankara	14	32	13	8	
Antalya	24	21	6	6	5
Ardahan		1			
Artvin	1	1	1		
Aydın		8	3		
Bayburt		1			
Bingöl		4			
Bolu	1			1	
Bursa		1	2		1
Çanakkale		1			
Çankırı			1		
Çorum		2	2		
Diyarbakır	1	2			2
Düzce		4			
Elazığ		4			
Gaziantep	8	4			
Hakkari	2		1	1	
Hatay	4	2			
İğdır			1		
İstanbul	102	106	86	29	9
İzmir	4	35	22	2	
Karabük		1			
Kastamonu	1				
Kayseri	2	5	5	1	
Kırıkkale		1			
Kırklareli		1			
Kocaeli	4	4	4	1	
Konya	2	1	1		
Kütahya		1	1		
Malatya		3			
Manisa		13	10		
Mersin	6	13	4	1	
Muğla	1	6	2	1	
Mus			1		
Niğde		1	2		
Osmaniye	4	2			
Rize		4			
Sakarya		10	1		
Samsun	2	6	1		
Sinop		1			
Sivas	1	1	1		
Tekirdağ	2	5	1	1	
Trabzon		3	1		
Ş. urfa	2	3	3		
Uşak	1	2	1		
Van	1	2			
Yalova	1		2		
Zonguldak	1	2			1

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Doğrudan MBÖ olgularının büyük çoğunluğunda (%63,8) ölüm nedeni çoklu (=karışık) madde kullanımıdır. Yalnızca 84 olguda (%36,2) tek bir madde (afyon türevi, kokain, amfetaminler, sentetik kannabinoidler veya volatil maddeler) kullanımı saptanmıştır. Bu 84 olgunun da %14,3'ünde (n:12) maddenin yanı sıra alkol kullanımı saptanmıştır. Birden çok maddenin birlikte kullanılması ölüm riskini daha da arttırmaktadır (Tablo 6-15, 6-16, 6-20).

Doğrudan MBÖ olgularının hemen hemen tamamı ve dolaylı MBÖ olgularının ise yaklaşık yarısı problemlili madde kullanıcısıdır.

Doğrudan MBÖ olgularının sıklıkla çoklu madde kullanmış olması nedeniyle hangi maddenin ölüme ne kadar etkili olduğunu söylemek kolay değildir.

Sentetik kannabinoid kullanımı 35 doğrudan ve 61 dolaylı MBÖ olgusunda saptanmıştır. 2013 yılında Adana, Bursa, Malatya, Antalya, Diyarbakır ve Erzurum'daki laboratuvarlarda sentetik kannabinoid analizleri yapılamadığı için bu veri sentetik kannabinoid kullanım sıklığını göstermemektedir. Analiz yapabilen laboratuvarlarda da sentetik kannabinoidlerden iki (JWH-018/073) ya da üç (JWH-018/073/122) tanesi analiz edilebilmekteydi. Bu nedenle 2013 yılı MBÖ verisi sentetik kannabinoid kullanım yaygınlığını gösterememektedir. Sentetik kannabinoid kullanım yaygınlığını en iyi sentetik kannabinoid yakalamalarındaki artış ve yaygınlık göstermektedir. 2013 yılında sentetik kannabinoid yakalaması, geçen yıla göre %62,8 oranında artarak, 81 ilin 70'inde gerçekleşmiştir (Bkz. 9. ve 10. Bölüm). Sentetik kannabinoid yakalaması olmayan illerin çoğu, Hint Kenevirinin Türkiye'de en sık yetiştirildiği illerdir. Muhtemelen, esrarın bulunabilirliği yüksek olduğu için, Hint Kenevirinin en sık yetiştirildiği illerde sentetik kannabinoid kullanımı çok sınırlı olmaktadır.

Doğrudan MBÖ olguları içinde sentetik kannabinoid kullanımı saptanan olgu sayısı (n:35) analiz sorunları nedeniyle sınırlıdır. Bununla birlikte, yalnızca 3 olguda (ikisinde alkolle birlikte) sentetik kannabinoid kullanımına bağlı doğrudan MBÖ olgusu saptanmışken, geriye kalan 32 olguda ölüm nedeni sentetik kannabinoid ve diğer maddelerin birlikte kullanılmasıdır. Bu olguların esas ölüm nedeni sentetik kannabinoidlerle birlikte çoklu madde kullanımıdır. Yani, sentetik kannabinoidler, afyon türevleri ya da ekstazi gibi, sıklıkla diğer maddelerle birlikte kullanılmakta ve ölümlerin çoğu bu nedenle, yani çoklu madde kullanımı nedeniyle gerçekleşmektedir. ATK Narkotik birimine analiz için gönderilen örneklerin içinde kokteyl tarzında

karıştırılmış maddeler (AKB-48, AM-2201, JWH-18 karışımı ya da JWH-018, MDMA karışımı gibi) görülmektedir (Ateş, 2014).

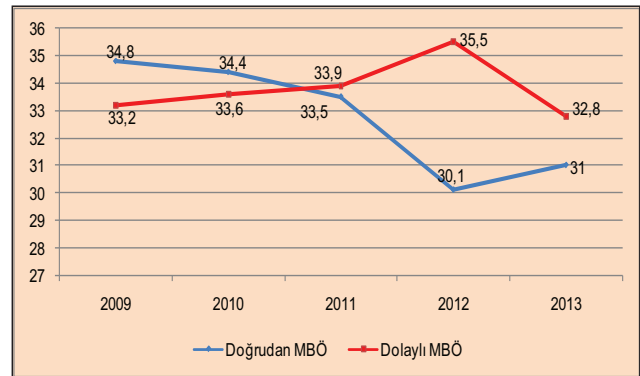
Sentetik kannabinoidlerin dozlarını ayarlamak, illegal laboratuvarlar için mümkün değildir. Sosyal medyada kolaylıkla bulunabilecek videolarda, imalat aşamalarında doz ayarının göz kararı yapıldığı görülmektedir. Bu da ölümlerin bir kısmını açıklamaktadır.

Çok sık yakalanan sentetik kannabinoidlerden bir kısmının analizi yapılamamaktadır. Bu nedenle, belki de saptanan madde ölümlerinin bir kısmında, saptayamadığımız maddelerin varlığı söz konusudur ve ölümlere de buna bağlı çoklu madde kullanımı neden olmuştur.

2013 yılında 13 MBÖ olgusunda volatil madde kullanımı (solvent ve çıkmak gazı inhalasyonu) saptanmıştır. Volatil madde kullanımı yalnızca İstanbul, Bursa, Diyarbakır, Antalya ve Zonguldak illerinde görülmüştür. Önümüzdeki yıl volatil madde kullanımının azalmayacağı öngörülmektedir.

2013 yılı doğrudan ve dolaylı MBÖ olgularının cinsiyete göre dağılımı, önceki yıllarda olduğu gibi, madde kullanımının erkekler arasında daha yaygın olduğunu göstermektedir (Tablo 6-12, Tablo 6-17).

Grafik 6-14: Doğrudan ve Dolaylı MBÖ Olguları İçindeki Erkeklerin Yaş Ortalamalarının Yıllara Göre Dağılımı



Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Doğrudan MBÖ olguları içinde erkeklerin yaş ortalaması geçen yıla göre hafif bir yükseliş göstermekle birlikte önceki yıllara göre daha düşüktür. Yaş ortalamasındaki düşüşün nedeni 19 yaş altı olguların sayısındaki artıştır. 2013 yılı doğrudan MBÖ olguları içindeki erkek olgularda 19 yaş altı olguların oranı (n:25) %11,1 iken, bu oran 2012 yılında (n:15) %9,3, 2011 yılında ise (n:5) %5 olarak saptanmıştı (Grafik 6-3, 6-14).

Dolaylı MBÖ olguları içinde ise erkeklerin yaş ortalamasında, geçen yıla göre önemli bir düşüş gerçekleşmiştir (Grafik 6-14). Hem doğrudan, hem de dolaylı MBÖ olgularının yaş ortalamalarındaki düşüşe paralel olarak, Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü verilerine göre, 2012 yılında tedavi gören kişilerin yaş ortalaması 27,13 iken, 2013 yılında yaş ortalaması 26,28'e inmiştir (Bkz. 5. Bölüm).

2013 yılı doğrudan MBÖ olgularının en sık 25-29 yaş grubunda, dolaylı MBÖ olgularının ise en sık

20-24 yaş grubunda olduğu saptanmıştır. Sıklık sıralaması doğrudan ölümlerde 20-24, 35-39, 30-34, 15-19, 40-44; dolaylı ölümlerde ise 25-29, 30-34, 35-39, 15-19, 40-44, 45-49, 55-59 ve 50-54 yaş grupları olarak devam etmektedir (Grafik 6-2 ve Grafik 6-5). Ölümler en sık 20-29 yaş aralığında görülmektedir. Sosyal Güvenlik Kurumu verileri de bu bulguyla desteklemektedir. 2013 yılında madde kullanımı nedeniyle tedavi gören kişilerin de en sık 20-29 yaş aralığında oldukları saptanmıştır (Bkz. 5. Bölüm).

Tablo 6-25: Doğrudan MBÖ Olgularında Saptanan Maddelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	>=60	TOPLAM
Afyon Türevi	10	71	41	23	10	4	159
Esrar	5	25	20	6	4	0	60
Ekstazi	14	25	13	5	0	1	58
Kokain	0	13	6	10	0	0	29
Amfetamin/ Metamfetamin	2	8	6	2	1	0	19
Volatil Madde	6	2	1	1	0	0	10
Jwh_018/073/122	5	18	8	2	2	0	35
Toplam	42	162	95	49	17	5	

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Doğrudan MBÖ olguları içinde 10-19 yaş grubunda en sık ekstazi kullanılmakta, bunu sıklık sırasıyla, afyon türevleri, volatil maddeler, esrar ve sentetik kannabinoidler izlemektedir. Diğer yaş gruplarında ise en sık afyon türevi kullanılmakta, sıklık sıralaması 20-39 yaş aralığında esrar, ekstazi, sentetik kannabinoidler, kokain ve amfetamin/metamfetamin

grubu olarak devam etmektedir. 40-49 yaş aralığında ise kokain ikinci sık kullanılan maddedir.

Volatil madde saptanan olguların %60'ı 18 yaş altındadır. Volatil madde kullanımı önceki yıllarda da olduğu gibi, çoğunlukla 20 yaş altı olgularda saptanmaktadır.

Tablo 6-26: Dolaylı MBÖ Olgularında Saptanan Maddelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	>=60	TOPLAM
Afyon Türevi	1	20	16	12	4	2	55
Esrar	24	110	75	33	22	12	276
Ekstazi	10	35	29	9	5	1	89
Kokain	1	13	4	4	1	0	23
Amfetamin/ Metamfetamin	2	8	3	4	1	0	18
Volatil Madde	0	2	1	0	0	0	3
Jwh_018/073/122	8	33	10	7	1	1	60
Toplam	46	221	138	69	34	16	

Kaynak: Adalet Bakanlığı Adli Tıp Kurumu Başkanlığı, 2014.

Dolaylı MBÖ olguları içinde 10-19 yaş grubunda en sık esrar kullanıldığı, bunu sıklık sırasıyla, ekstazi, sentetik kannabinoidler ve amfetamin/metamfetamin grubunun izlediği görülmektedir. Diğer yaş gruplarında ise en sık esrar kullanılmakta, sıklık sıralaması 20-29 yaş aralığında ekstazi, sentetik kannabinoidler, afyon türevleri, kokain ve amfetamin/metamfetamin grubu, 30-39 yaş aralığında ekstazi, afyon türevleri, sentetik kannabinoidler, kokain ve amfetamin/metamfetamin grubu, 40-49 yaş aralığında ise afyon türevleri, ekstazi, sentetik kannabinoidler, kokain ve amfetamin/metamfetamin grubu olarak devam etmektedir. Ekstazi ve sentetik kannabinoid kullanımı esrar ve afyon türevleri gibi tüm yaş gruplarında görülmektedir.

Dolaylı MBÖ olguları ölüm tarzı (orijin) açısından incelendiğinde; önceki yıllardan farklı olarak kaza sonucu ölümlerin ilk, cinayet orijinli olguların da ikinci sıraya yükseldiği görülmektedir. Bu değişim madde kullanımındaki artışın sosyal yaşam açısından oluşturduğu tehlikenin de arttığını göstermektedir (Tablo 6-21). İntihar ettiği saptanan olgu sayısı da oldukça yüksektir. İntihar olguları içinde esrardan sonra en sık kullanılan madde ekstazidir. Ekstazi kullanan kişilerde intihar riski olduğu bilinmektedir. Ekstazi kullanımındaki artışa paralel olarak intihar olaylarında da artış görülecektir.

Doğrudan MBÖ olguları içinde, son 7 yıldaki yabancı uyruklu ölümlerinde Kuzey Karadeniz Rotası üzerindeki ülkelerden Gürcistan ve Türkmenistan uyruklular ilk iki sırada yer almaktadır. Yabancı uyruklu olgu sayısı 2007 yılında 13, 2008 yılında 32, 2009 yılında 33, 2010 yılında 30, 2011 yılında 17, 2012 yılında 21 ve 2013 yılında 32 olarak tespit edilmiştir.

7. BÖLÜM

SAĞLIK İLİŞKİSİ VE ETKİLERİNE YÖNELİK FAALİYETLER

7.1. Giriş

Yeni veri yok.

7.2. Uyuşturucu Madde Bağlantılı Acil Vakaların ve Ölümünün Önlenmesi

Yeni veri yok.

7.3. Uyuşturucu Madde Bağlantılı Bulaşıcı Hastalıkların Önlenmesi ve Tedavisi

Yeni veri yok.

7.4. Uyuşturucu Madde Kullanıcıları Arasındaki Diğer Sağlık Sorunlarına Çözümler

8. BÖLÜM

UYUŞTURUCU MADDE BAĞIMLILARININ SOSYAL İLİŞKİLERİ VE TOPLUMA YENİDEN KAZANDIRILMALARI

Mustafa ERSOY¹⁷

8.1. Giriş

Uyuşturucu madde bağımlılığının tedavisinde başarıya ulaşma, ancak devamında gerçekleştirilecek olan rehabilitasyon faaliyetleri ile mümkün olan bir olgudur. Bağımlıların sosyal hayata tekrar adapte olmasının zor olduğu toplumlar, bağımlılık tedavisinde başarı oranının en düşük olduğu toplumlardır. Bu açıdan sadece tıbbi tedavi değil, devamında yapılacak olan topluma yeniden kazandırma faaliyetleri de sağlıklı bir toplum için önemlidir.

Rehabilitasyon kavramı bu süreci anlatan en geniş kapsamlı ifade olmakla birlikte, sosyal rehabilitasyon, topluma yeniden kazandırılma, sosyal hayata tekrar adapte olma veya toplumla yeniden bütünleşme gibi kavramların da literatürde kullanıldığı görülmektedir. EMCDDA tarafından, “Bireyin; eğitim, iş, barınma ve sosyal ilişkiler aracılığıyla toplumun yeniden ve tam bir üyesi olmasına yardımcı olacak müdahaleler” olarak tanımlanan toplumla yeniden bütünleşme, aslında bağımlılık tedavisi sonrası neler yapılması gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu tanımdan yola çıkarak, uyuşturucu bağımlılığının tıbbi tedavisi sonrası bireyin toplumla yeniden bir bütün olmasında farklı kurumlara görev ve sorumluluklar düşmektedir.

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Maddelere Dair 1961 Tek Sözleşmesi’nin 38. Maddesinde; “Taraf devletler uyuşturucu madde bağımlılarının tedavisi ve toplumsal yaşama uyumları için gerekli tedbirleri almalıdır” hükmü yer almaktadır. Bu hükmün, 1971 Psikotrop Maddeler Sözleşmesi’nde de aynı şekilde yer aldığı görülmektedir. 1988 tarihli Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığına Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi’nin 3. maddesinde

ise, uyuşturucu madde ile ilişkili suçlarda bireylere tedavi hizmetinin yanı sıra tedavi sonrası bakım ve topluma uyumunun da sağlanması gerektiği belirtilmektedir.

2013-2020 yılları arasını kapsayan Avrupa Birliği Uyuşturucu Strateji Belgesi’nde tedavi sonrası süreçle ilgili olarak; “Uyuşturucu madde bağımlılığının yanında eşlik eden başka hastalıklardan da muzdarip olanlar da dahil olmak üzere, kullanıcıların sağlık ve sosyal durumları, toplumla yeniden bütünleşmesi ve iyileşmesini arttırmak için zihinsel/fiziksel sağlık problemleri, rehabilitasyon ve sosyal destek konusundaki ihtiyaçlarını kapsayan bütünleşik bakım modelleri geliştirilmesi ve bunun yaygınlaştırılması” ifadesi yer almaktadır.

2013-2016 yılları arasında geçerli olan Avrupa Birliği Eylem Planı’nda ise tedavi sonrası sürece ilişkin olarak;

- Yasa dışı uyuşturucuların kullanımını, problemli uyuşturucu kullanımını, bağımlılığın görülme sıklığını ve uyuşturucu bağlantılı sağlık ve sosyal riskleri ve zararları azaltmak ve uyuşturucu kullanıcılarının iyileşme ve toplumla yeniden bütünleşmesine destek olmak amacıyla, bağımlılığın yanında eşlik eden başka hastalıklardan muzdarip olanlara yönelik servisler de dahil olmak üzere, uyuşturucu tedavi ve rehabilitasyonun etkinliğini artırmak,
- Problemli ve bağımlı kullanıcıların iş edindirilmeleri dahil, sosyal bütünleşmenin desteklenmesine odaklanmak,

ifadeleri yer almaktadır.

¹⁷ TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi Müdürlüğü)

Türkiye’de de, 2013-2018 Ulusal Uyuşturucu Strateji Belgesi’nde “Rehabilitasyon ve sosyal bütünleşme programları oluşturmak ve uygulamak” adı altında bir stratejik hedefe yer verilmiştir. Yine 2013-2015 Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı’nın Talep Azaltımı bölümünde;

- Uyuşturucu madde bağımlılarının tıbbi tedavisi sonrasında rehabilite ve topluma yeniden kazandırılması amacıyla, rehabilitasyon hizmetlerinin/programlarının uygulanması,
- Uyuşturucu bağımlılarının, tedavi sonrası topluma kazandırılması amacı ile İŞKUR tarafından Aktif İşgücü Hizmetlerinden yararlandırılması,
- Gençlik Projeleri Destek Programı kapsamında uyuşturucu bağımlısı gençleri de kapsayan sosyal uyum projelerine öncelik verilmesi,

şeklinde faaliyetler yer almaktadır.

Türkiye’de, tıbbi tedavi sonrasında ülke genelinde bir sosyal rehabilitasyon yapısı olmadığından, uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisinin başarı oranının düşük olduğu görülmektedir. Çünkü bağımlılık tedavisi ancak tam manasıyla gerçekleştirilen sosyal bütünleşme programlarının varlığıyla başarıya ulaşabilecek bir süreçtir. Bu anlamda bireyin tekrar uyuşturucu madde kullanımı davranışı göstermesinin önüne geçmek için ekonomik sosyal ve psikolojik bazı faktörlerin, bireyin hayatını kolaylaştıracak şekilde değiştirilmesi gerekmektedir.

Son beş yılda bağımlılık tedavi merkezlerinde yatarak tedavi gören hastaların % 45,9’u daha önce tedavi gördüklerini belirtirken, 2013 yılında yatarak tedavi gören hastaların %48,5’i daha önce en az bir defa tedavi gördüklerini bildirmiştir (Bkz. 5. Bölüm). Bu durum Türkiye’deki tıbbi tedavi sonrasındaki rehabilitasyonun yetersiz kaldığını ortaya koymaktadır.

Uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi alan bireyin ilk olarak, tekrar uyuşturucu madde kullanmasını engellemek adına hayatında bazı değişimlerin yaşanması gereklidir. Tedavi olduktan sonra, uyuşturucu madde kullanmaya başladığı ortama tekrar dönen kişilerin, tekrar uyuşturucu kullanmaya başlaması kaçınılmazdır. Bu açıdan ya kullanım davranışı gösterilen ortam değiştirilmeli ya da ortamın özellikleri değişikliğe uğramalıdır. Yaşanılan ortamın değiştirilmesi her zaman mümkün olmadığından ortamın veya bireyin sahip olduğu bazı niteliklerin değiştirilmesi de uyuşturucu maddenin zihinden kalıcı olarak silinmesine yardımcı olabilecektir.

Ekonomik açıdan bireyi ele aldığımızda, düzenli bir iş hayatına sahip olamayan veya gelir düzeyi düşük gruplarda uyuşturucu kullanım davranışı daha sık görülmektedir. Özellikle işsiz ve eğitim seviyesi ilköğretim düzeyinde olan bireylerin AMATEM’lere en çok başvuruyu yapan grubu oluşturduğu bilinmektedir (Bkz. 5. Bölüm).

Bireyin sosyal hayata tekrar adaptasyonunda düzenli bir iş hayatına sahip olması son derece önemlidir. Benzer durum, eğitim çağındaki bulunan gençler için de geçerlidir. Eğitime devam etmeyen veya düzenli olarak okula gitmeyen gençlerde bağımlılık riski daha yüksektir.

Bu konuda dikkat edilmesi gereken diğer bir husus da, kişilerin uyuşturucu madde kullandıkları için mi işsiz kaldıkları (veya eğitim hayatına devam etmedikleri) yoksa işsiz oldukları (veya eğitim hayatına devam etmedikleri) için mi uyuşturucu madde kullanımı davranışı gösterdikleridir. Bu konuda hangisinin neden, hangisinin sonuç olduğuna dair yapılmış somut bir çalışma bulunmamaktadır.

Diğer yandan rehabilitasyon olarak kavramlaştırılan faaliyetler bütünü, sadece tıbbi tedavi sonrası süreçler için değil, aynı zamanda cezaevlerinde bulunan veya cezaevlerinden çıkan kişiler için de uygulanması gereken bir süreçtir. 2013 yılında TUBİM tarafından yapılan Bağımlılık Yapıcı Madde Suçlarında Kullanıcı Profili Anketi’nin¹⁸ sonuçlarına göre; Araştırmaya katılan 2.948 kişiden %44,62’sinin (1.021) daha önceden sabıkasının olduğu, bunların ise %69,83’ünün (713) uyuşturucu madde bağlantılı suçlardan dolayı sabıkasının bulunduğu belirlenmiştir. Suç işleyenlerin yaklaşık %45’inin daha önceden suç kaydının bulunması, cezaevi sonrası rehabilite programlarının suç yönelimin önlenmesi açısından ne kadar önemli olduğunu ortaya koymaktadır.

Türkiye’de uyuşturucu madde bağımlılarının rehabilitasyonu alanında farklı kurum ve kuruluşlara görev ve sorumluluklar düşmektedir. Bu konudaki başlıca çalışmalar denetimli serbestlik kapsamında gerçekleştirilmektedir. Bireyler için zorunlu olan tedbirler içeren denetimli serbestlik uygulaması, bu tedbire tabi tutulan kişilerin sayıca çokluğu nedeniyle uygulamadan istenen verim tam manasıyla alınamamaktadır. Bunun yanında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı’nın ve İŞKUR’un, bireylerin toplumla yeniden bütünleşmeleri amacıyla gerçekleştirdikleri çalışmalar mevcut olup, TUBİM’e bildirdikleri faaliyetlere bu bölümde yer verilmiştir.

¹⁸ TUBİM İl Temas Noktası personel tarafından; TCK m.191 kapsamında haklarında polis tarafından yasal işlem başlatılan ve araştırmaya katılmaya gönüllü, 18 yaşından büyük kişileri kapsayan anket çalışması.

8.2. Sosyal Dışlanma ve Uyuşturucu Madde Kullanımı

Uyuşturucu madde kullanımının doğal sonuçlarından birisi de bireylerin sosyal dışlanmaya maruz kalmalarıdır. Ancak neden sonuç ilişkisi içerisinde değerlendirildiğinde, sosyal dışlanmanın, uyuşturucu madde kullanımının sonucu olarak gerçekleştiği durumlar da söz konusudur.

Sosyal dışlanma, yaşanan toplumun kodlarıyla alakalı bir durum olmakla birlikte, uyuşturucu madde kullanımının o toplumun alt kültüründe zaten mevcut olduğu gruplar da vardır. Böyle bir toplumda ise uyuşturucu madde kullanan kişinin dışlanması değil, tam tersine kullanmayan kişinin toplumsal bir izolasyona tabi tutulması mümkün olabilir.

Türkiye’de, uyuşturucu madde kullanıcıları ve onların toplum içerisinde ne tür kültürel yaptırımlara tabi tutuldukları üzerine yapılmış araştırmalar yetersizdir. Bu konuda TUBİM’e ulaşan bir çalışma bulunmamaktadır.

8.3. Uyuşturucu Madde Bağımlılarının Toplumla Yeniden Entegrasyonları

Uyuşturucu madde bağımlılarının toplumla yeniden entegrasyonu, tedavi süreci devam ederken gerçekleştirilebileceği gibi, tedavi bittikten sonra da uygulanabilmektedir. Toplumla yeniden entegrasyonun temel gayesi, bireyin uyuşturucu madde kullanımı davranışı göstermediği dönemlerde mevcut olan toplumla ilişkisini tekrar inşa etmektedir.

Sosyal yeniden bütünleşme hizmetleri, uyuşturucu kullanıcılarının sosyal dışlanmalarının temel yönlerini ele alarak tedaviyi destekler ve yeniden başlamayı önler. Avrupa’da 2012 yılında uyuşturucu tedavisine girenlerin yaklaşık yarısının işsiz olması (%47) ve yaklaşık onda birinin yaşayacak düzenli bir yerinin olmaması (%9) bu hizmetlerin önemini göstermektedir (EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014:61).

Burada bireyin psiko-sosyal ve ekonomik olarak desteklenmesi gerekmele birlikte, toplumun bu entegrasyona aynı oranda karşılık vermesi gerekmektedir. Bu tür durumlarda etiketleme kavramı ile ifade edilen, bireyin bağımlı olarak damgalanması, çeşitli sosyal ve kültürel dışlanmalara tabi tutulması sıklıkla görülen bir durumdur.

Türkiye’de bağımlıların toplumla yeniden entegrasyonunun sağlanması amacıyla uygulanan bütüncül bir program bulunmamakla birlikte, söz konusu entegrasyonu sağlamak amacıyla barınma, eğitim ve istihdam alanlarında yapılan faaliyetler bulunmaktadır.

8.3.1. Barınma

Türkiye’deki uyuşturucu madde kullanıcılarının büyük bir kısmının gelir düzeyi ve eğitim seviyesi düşük kesimlerden olduğu görülmektedir. Bu durumun doğal sonucu olarak sokakta veya daha kötü koşullarda ikamet eden kişilerde bağımlılık riski daha yüksektir. Bu açıdan barınma sorunu, bağımlılar için, hem bağımlılık gelişirken hem de tedavi sürecinde veya devamında çözüme kavuşturulması gereken en önemli problemlerdendir. Yine ekonomik koşulların zorluğu veya toplum tarafından bağımlı bireyin etiketlenmesi nedeniyle iş bulma konusunda yaşadığı sıkıntılar, barınma konusunun çözümünün daha da güçleşmesine neden olmaktadır.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı Çocuk Hizmetleri Genel Müdürlüğü Teşkilat ve Görevlerine İlişkin Yönerge’nin, Sosyal Rehabilitasyon Daire Başkanlığı’nın çalışmalarını düzenleyen 40. maddesinde; “Suça sürüklenen/suç mağduru çocuklar, sokakta risk altında yaşayan ve/veya çalıştırılan ve maddenin kötüye kullanımı sonucu rehabilitasyona gereksinim duyan çocukların bakımı, korunması, tedavisi, aile ve topluma kazandırılması amacıyla çocuk ve gençlik merkezleri, çocuk izlem ve takip merkezleri, koruma bakım ve sosyal rehabilitasyon merkezleri, bakım ve sosyal rehabilitasyon merkezleri gibi uygun kuruluşlar açmak, açılmış olanların çalışmalarını izlemek, değerlendirmek ve geliştirmek, hizmetin etkinliği ve verimliliğini artırmaya yönelik plan, program ve projeler hazırlamak, uygulanmasını sağlamak.” hükmü yer almaktadır.

Söz konusu hüküm doğrultusunda Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı tarafından uyuşturucu madde bağımlılarının topluma yeniden uyum sağlamaları amacıyla 2013 yılında, 8 BSRM (Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezi)¹⁹ (Burdur, Isparta, Erzurum, İstanbul Anadolu, Samsun İlkadım, Ordu ve Antalya) 4 KBRM (Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi)²⁰ (Konya, Tekirdağ, İzmir ve Afyonkarahisar) olmak üzere 12 kuruluş hizmete açılmış olup, 2013 yılı sonu itibarıyla 39 bakım ve sosyal rehabilitasyon merkezi, 14 koruma bakım ve rehabilitasyon merkezi, 9 çocuk ve gençlik merkezi hizmet vermektedir (ASPB-2013 Yılı Faaliyet Raporu).

¹⁹ Duygusal, cinsel ve/veya fiziksel istismara uğramış çocukların olumsuz yaşam deneyimlerinden kaynaklanan travma ve/veya davranış bozukluklarını gidermek amacıyla rehabilitasyon süreci tamamlanıncaya kadar geçici süre bakım ve korunmalarının sağlandığı, bu süre içerisinde aile, yakın çevre ve toplum ile ilişkilerinin düzenlenmesine yönelik çalışmaların yürütüldüğü, 7-18 yaş kız ve erkek çocuklara yönelik ayrı ayrı yapılandırılan yatılı sosyal hizmet kuruluşu.

²⁰ Suça yöneledikleri tespit edilen çocukların davranış bozukluklarını gidermek amacıyla rehabilitasyon süreci tamamlanıncaya kadar geçici süre bakım ve korunmalarının sağlandığı bu süre içerisinde aile, yakın çevre ve toplum ile ilişkilerinin düzenlenmesine yönelik çalışmaların yürütüldüğü, 7 –18 yaş aralığında bulunan kız ve erkek çocuklara yönelik ayrı ayrı yapılandırılan yatılı sosyal hizmet kuruluşu.

Bu merkezlerde;

- Çocukların ve ailelerinin psiko-sosyal yönden incelenmesi ve desteklenmesi,
- Ailelerin ve çocukların psiko-sosyal gelişimini destekleme çalışmaları, barınma, bakım, giyim ve gıda ihtiyaçlarının karşılanması,
- Eğitimin önemi konusunda bilgilendirme, eğitime yeniden kazandırma, eğitimlerini destekleyici ve eğitim ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik çalışmalar,
- Meslek edindirmeye yönelik çalışmalar, sosyal, kültürel, sanatsal etkinlikler ile sportif ve hobi faaliyetleri,

gibi rehabilite edici hizmetler yürütülmektedir.

2013 yılı içerisinde, faaliyet gösteren 14 Koruma Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi'nden 495 çocuk, 39 Bakım ve Sosyal Rehabilitasyon Merkezi'nden 1.168 çocuk yararlanmıştır. Bununla birlikte Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığına bağlı kuruluşlarda, 2013 yılı içerisinde 95 madde bağımlısı çocuk bakım, korunma, tedavi, aile ve topluma kazandırma hizmetinden faydalanmıştır (ASPB-2013 Yılı Faaliyet Raporu).

BSRM ve KBRM'lerde sunulan hizmetlerin daha da kaliteli olması amacıyla ASPB bünyesinde çeşitli çalışmalar yürütülmektedir.

Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı Sayın Ayşenur İSLAM tarafından; 17 koruma, bakım ve rehabilitasyon merkezinin "uyuşturucuyla mücadele ihtisaslaşmış birimi" haline getirileceği yönündeki açıklaması çocuklara yönelik²¹ sunulan sosyal rehabilitasyon sürecinin daha sağlıklı yürüyeceğini göstermektedir.

Şöyle ki, BSRM ve KBRM'lerde kalan farklı sorun gruplarına ait çocuklara yönelik aynı ortamda rehabilitasyon hizmeti verilmesi, çocuklar arası olumsuz etkileşime neden olmakta, bu da rehabilitasyon sürecini olumsuz etkilemektedir. Sosyal rehabilitasyon sisteminin çocukların kurum bakımına gelişindeki temel gerekçeler dikkate alınarak; madde bağımlısı çocuklar, cinsel ticari sömürü mağduru çocuklar, ensest ve cinsel istismar mağduru çocuklar, vs. şeklinde bir ayrışma yapılarak farklı sorun gruplarına yönelik BSRM ve KBRM'lerin ihtisaslaşması gerekmektedir. Kurumların ihtisaslaşması sayesinde personelin kendi alanları ile ilgili uzmanlaşmaların önü açılacak bu da sosyal rehabilitasyon sürecinin daha başarılı olmasını sağlayacaktır.

8.3.2. Eğitim

Madde bağımlılığı sürecinde karşılaşılan en önemli sorunlardan birisi de kişinin eğitim/öğretimine devam edememesidir. Uyuşturucu madde bağımlılarının topluma yeniden entegrasyonlarının sağlanmasının önemli bir ayağını da, onlara sunulacak olan eğitim imkanları oluşturmaktadır. Hem okul çağında olan bireylere sunulacak olan eğitim hem de çalışma dönemindeki bireylere sunulan mesleki eğitimler, bireylerin sosyal anlamda yeterli seviyeye ulaşmalarına ve geleceğe dair bir amaç edinmelerine yardımcı olacağı gibi onların tedavi sonrası topluma yeniden uyumlarını daha kolay hale getirecektir.

Bu konuda çalışmalar gerçekleştiren kurumlardan olan Türkiye İş Kurumu; işgücü piyasasının dezavantajlı gruplarından biri olan hükümlü/ eski hükümlülerin istihdamını kolaylaştırmak üzere, işgücü piyasasının ihtiyaç duyduğu mesleklerde çalışabilmelerini sağlamak amacıyla işgücü yetiştirme kursları düzenlenmektedir. Kurum 2013 yılında hükümlü/eski hükümlülere yönelik 119 kurs açmış, bu kurslara 1.515'i erkek 111'i kadın olmak üzere toplam 1.626 kişi katılmıştır (Türkiye İş Kurumu 2013 Yılı Faaliyet Raporu). Ancak Türkiye İş Kurumu tarafından hükümlü ve eski hükümlülere yönelik gerçekleştirilen kursların ne kadarının uyuşturucu bağlantılı suçlardan hüküm giyen kişilere yönelik olduğuna dair bir bilgi bulunmamaktadır.

8.3.3. İstihdam

Uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi alan bireylerin rehabilite edilmesi amacıyla gerçekleştirilen çalışmaların bir bölümünü de istihdam faaliyetleri oluşturmaktadır. Tedavi olan bireyin, tekrar madde kullanımı davranışı göstermemesi için gerekli olan düzenli bir yaşamın en önemli unsurunu iş hayatı oluşturmaktadır. Ancak Türkiye genelinde uygulanan, bütüncül ve sistematik bir istihdam sağlama programı bulunmamaktadır.

Bu konuda çalışmalar gerçekleştiren kurumlardan olan Türkiye İş Kurumu tarafından işsizlikle mücadele ve istihdamın korunması bağlamında diğer hedef kitlelerle birlikte uyuşturucu bağımlılığı tedavisi gören veya rehabilitasyon sürecindeki kişilere yönelik olarak da iş ve meslek danışmanlığı, aktif iş gücü hizmetlerine (mesleki eğitim kursları, işbaşı ve girişimcilik eğitim programları) katılımlarının sağlanması ve işe yerleştirme hizmetleri sunulmaktadır. Ancak bu hizmetlerin sunumu sırasında kişilerin uyuşturucu bağımlılığı ile ilgili durumları sorulmadığından; faaliyetlerden faydalanan kişilerin ne kadarının uyuşturucu bağımlısı olduğu kesin olarak bilinmemektedir. Ancak bu yönde özel proje ve programların yürütülmesi için çalışmalar yoğunlaştırılmıştır.

²¹ <http://www.aile.gov.tr/haberler/bakan-islam-yasam-hakmini-elinden-alan-butun-girisimleri-tum-kalbimle-lanetliyorum>

9. BÖLÜM

UYUŞTURUCU MADDE BAĞLANTILI SUÇLAR, UYUŞTURUCU MADDE BAĞLANTILI SUÇLARIN ÖNLENMESİ VE CEZAEVLERİ

Bülent DEMİRCİ²²

9.1. Giriş

Bu bölümün hazırlanması sırasında, Türkiye’deki kolluk birimleri olan Emniyet Genel Müdürlüğü, Jandarma Genel Komutanlığı, Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü ve Sahil Güvenlik Komutanlığı verilerinden, EMCDDA’nın ilgili standart tablolarından ve TUBİM’in illerdeki irtibat noktası olan İLTEM’ler tarafından uyuşturucu madde kullanımına yönelik olarak yapılan “Bağımlılık Yapıcı Madde Suçlarında Kullanıcı Profili Anketi-U Formu” verilerinden yararlanılmıştır.

9.2. Uyuşturucu Madde Bağlantılı Suçlar

Uyuşturucu madde sorununun kapsamına birden çok uyuşturucu madde suçu girmektedir. Genelde tek bir suç gibi görünen uyuşturucu suçu esasen uyuşturucunun ekimi, üretimi, nakliyesi, bulundurulması, alımı, satımı ve kullanımı gibi alt gruplarda değerlendirilmekle birlikte, uyuşturucu imalinde kullanılan ve uluslararası sözleşmelerle kontrol altına alınan kimyasal maddeler, uyuşturucudan elde edilen kara paranın aklanması gibi diğer pek çok suçu da içine almaktadır. Uyuşturucu madde kaçakçılığı ile bağlantılı olarak işlenen şiddet suçları, cinayetler, sahtecilik, hırsızlık ve sınır ihlali olayları, silah kaçakçılığı ve terörizm gibi suçlar da göz önünde bulundurulduğunda uyuşturucu suçlarının yalın bir suç olmaktan öte oldukça karmaşık bir yapıya sahip, uluslararası boyutta, organize bir suç olduğu görülmektedir.

9.3. Uyuşturucu Kanunlarına Muhalefet

Bu başlık altında belirtilen uyuşturucu olaylarına ait suç türleri; Türkiye’deki kolluk birimleri tarafından uyuşturucu ile ilgili işlem yapılan aşağıdaki suçları ifade etmektedir:

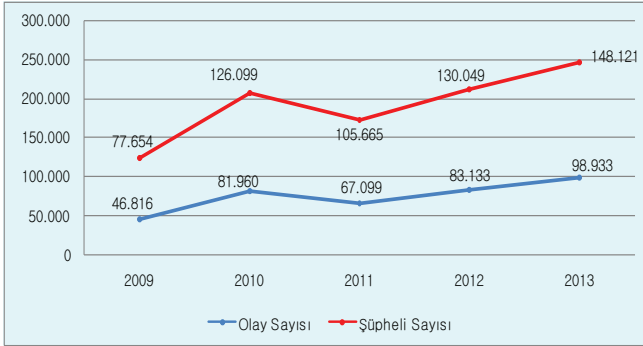
- 26.09.2004 tarihli ve 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nda yer alan;
 - Uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti (TCK m.188),
 - Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma (TCK m.190),
 - Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak ya da uyuşturucu ve uyarıcı madde kullanmak (TCK m.191),
- 12.06.1933 tarihli ve 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun’a muhalefet,
- 03.06.1986 tarihli ve 3298 sayılı Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun’a muhalefet,

9.3.1. Uyuşturucu Bağlantılı Olay ve Şüpheli Sayıları

9.3.1.1. Toplam Olay ve Şüpheli Sayıları

2013 yılında Türkiye genelinde toplam 98.933 uyuşturucu olayı meydana gelmiş, bu olaylarda 148.121 şüpheli yakalanmıştır (EMCDDA Standart Tablo 11, 2014) (Grafik 9-1).

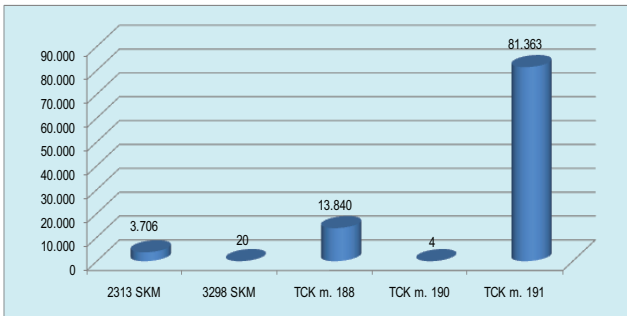
²² TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi)

Grafik 9-1: Yıllara Göre Toplam Olay ve Şüpheli Sayıları

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Önceki yıllarla karşılaştırıldığında; 2013 yılında hem olay sayısında hem de şüpheli sayısında bir artış meydana gelmiştir. Bir önceki yıla göre olay sayısındaki artış %19,01 şüpheli sayısındaki artış ise %13,90 oranında gerçekleşmiştir (Grafik 9-1).

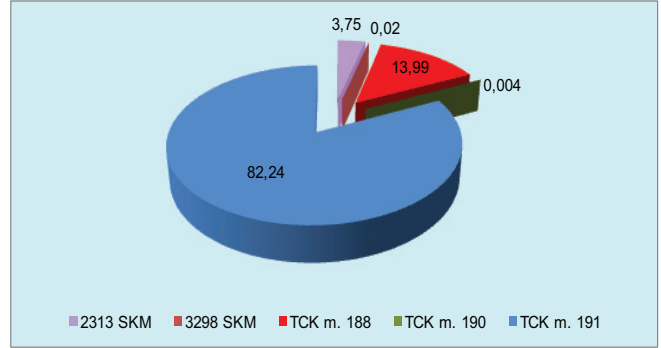
Çoğu Avrupa ülkesinde uyuşturucu suçlarının büyük kısmı uyuşturucu kullanma veya kullanmak için bulundurma ile bağlantılıdır. Genel anlamda Avrupa’da 2012 yılında bu suçlara ilişkin bir milyondan fazla sayıda olay bildirildiği tahmin edilmektedir ki bu da 2006 ile karşılaştırıldığında %17’lik bir artış demektir. Bu suçların üçte ikisinden fazlası esrar suçudur. Uyuşturucu arz suçları da Avrupa’da 2006 yılından bu yana %28 artarak 2012 yılında 230.000’den daha fazla bir rakama ulaşmıştır. Bulundurma suçlarında olduğu gibi, esrar büyük çoğunluğu oluşturmaktadır (EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014:68, 69).

Grafik 9-2: Uyuşturucu Olay Sayılarının Suç Türlerine Göre Dağılımı

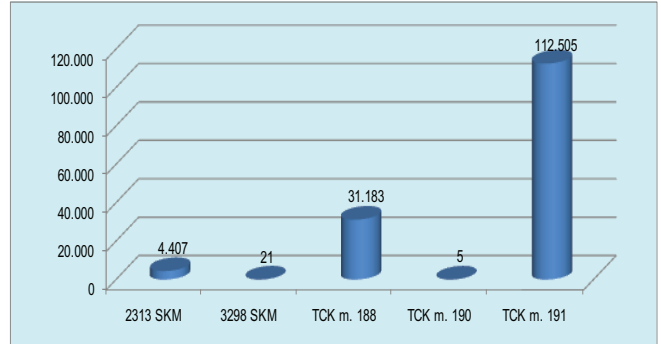
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Türkiye’de 2013 yılında gerçekleşen toplam 98.933 uyuşturucu olayı suç türlerine göre incelendiğinde; 81.363 olayın (%82,24) kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma (TCK m.191), 13.840 olayın (%13,99) uyuşturucu madde imal ve ticareti (TCK m.188), 4

olayın kullanımı kolaylaştırma (TCK m.190), 3.706 olayın (%3,75) 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanuna muhalefet ve 20 olayın (%0,02) ise 3298 sayılı Uyuşturucu Maddeler İle İlgili Kanuna muhalefet kapsamında gerçekleştiği anlaşılmıştır. (EMCDDA Standart Tablo 11, 2014) (Grafik 9-2, Grafik 9-3).

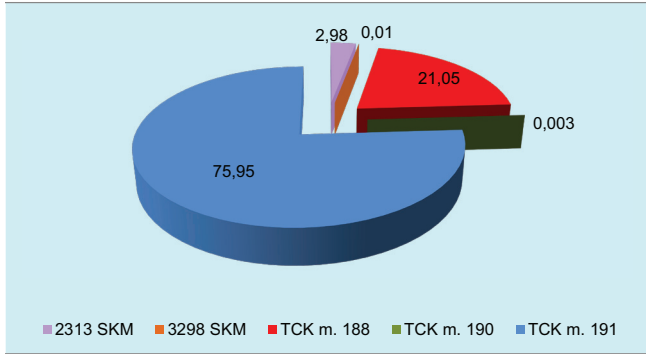
Grafik 9-3: Uyuşturucu Olay Sayılarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (%)

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Grafik 9-4: Uyuşturucu Şüpheli Sayılarının Suç Türlerine Göre Dağılımı

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

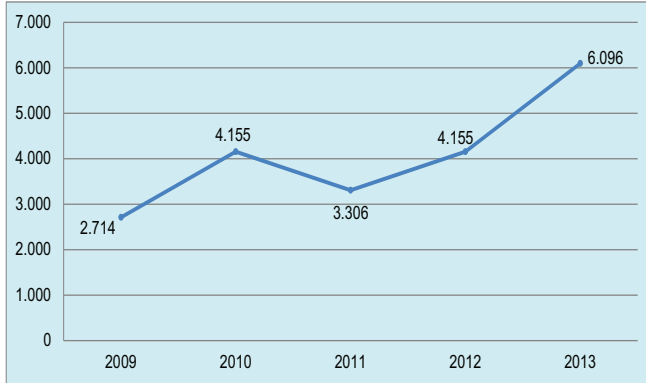
Türkiye’de 2013 yılında yakalanan toplam 148.121 şüphelinin suç türlerine göre dağılımı incelendiğinde; 112.505 şüphelinin (%75,95) kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma (TCK m.191), 31.183 şüphelinin (%21,05) uyuşturucu madde imal ve ticareti (TCK m.188), 5 şüphelinin kullanımı kolaylaştırma (TCK m.190), 4.407 şüphelinin (%2,98) 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanuna muhalefet ve 21 şüphelinin (%0,01) ise 3298 sayılı Uyuşturucu Maddeler İle İlgili Kanuna muhalefet kapsamında yakalandığı anlaşılmıştır. (EMCDDA Standart Tablo 11, 2014) (Grafik 9-4, Grafik 9-5).

Grafik 9-5: Uyuşturucu Şüpheli Sayılarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (%)

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

9.3.1.2. Eroin

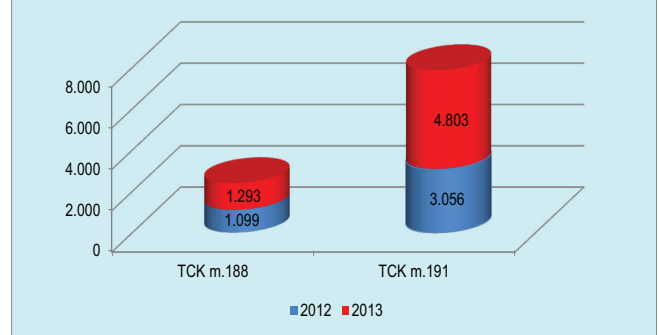
Türkiye’de 2013 yılında 6.096 eroin olayı gerçekleşmiş, bu olaylarda 9.849 şüpheli yakalanmıştır.

Grafik 9-6: Yıllara Göre Toplam Eroin Olay Sayısı

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

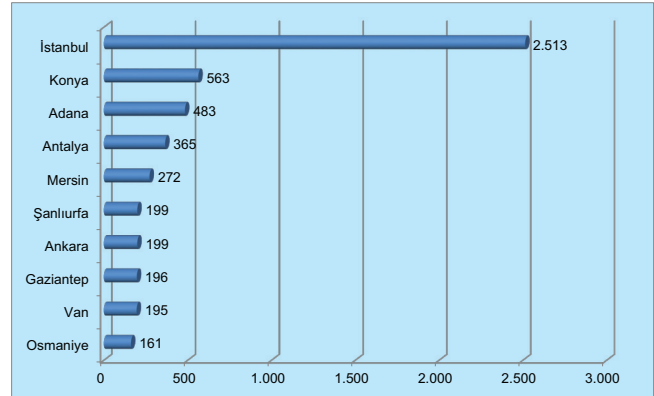
Eroin olay sayılarında 2011 yılından itibaren sürekli bir artış gözlenmektedir. 2013 yılı eroin olay sayısında, 2012 yılına göre %46,71 oranında ciddi bir artış görülmüştür (Grafik 9-6).

Eroin olay sayılarında 2013 yılında yaşanan artışla birlikte şüpheli sayıları da artış göstermiş ve bu artış bir önceki yıla göre %34,02 oranında gerçekleşmiştir.

Grafik 9-7: Eroin Olay Sayısının Suç Türlerine Göre Dağılımı

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılında gerçekleşen eroin olaylarının %78,79’unun (4.803) kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma (TCK m.191), %21,21’inin (1.293) ise uyuşturucu madde imal ve ticareti olayı olarak gerçekleştiği gözlenmiştir (TCK m.188) (Grafik 9-7). 2013 yılında, kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma (TCK m.191) suçlarının bir önceki yıla göre yaklaşık %5 oranında bir artış gösterdiği görülmektedir.

Grafik 9-8: 2013 Yılı İçerisinde En Fazla Eroin Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı

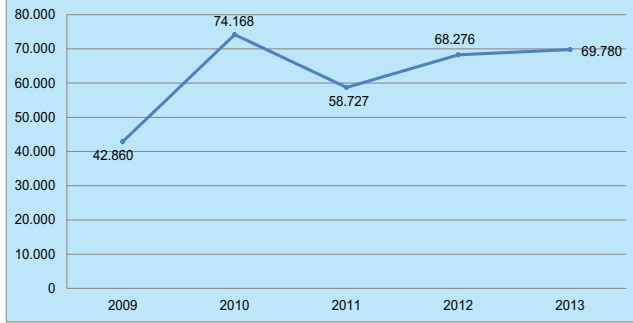
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Türkiye’de 2013 yılı içerisinde gerçekleşen eroin olaylarının illere göre dağılımı incelendiğinde; olayların diğer illere göre nüfusu en fazla olan İstanbul’da yoğunlaştığı ve %41,22’sinin (2.513) bu ilde gerçekleştiği görülmektedir (Grafik 9-8).

9.3.1.3. Esrar

Türkiye’de 2013 yılında 69.780 esrar olayı gerçekleşmiş olup, bu olaylarda 106.390 şüpheli yakalanmıştır.

Grafik 9-9: Yıllara Göre Toplam Esrar Olay Sayısı



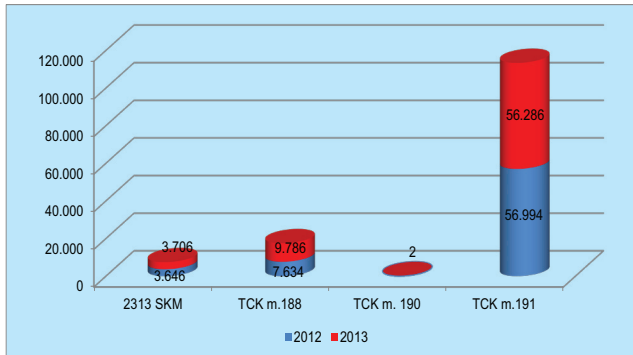
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Esrar olay sayıları yıllara göre incelendiğinde, olay sayılarında son yıllarda sürekli bir artış gözlenirken, 2011 yılında 2010 yılına göre azalma görülmüştür. 2013 yılında ise esrar olay sayısında artış gözlenmiş ve bu artış bir önceki yıla göre %2,20 oranında gerçekleşmiştir (Grafik 9-9).

Esrar olay sayısında 2013 yılında bir artış yaşanmasına rağmen şüpheli sayılarında bir önceki yıla göre %1,02 oranında bir düşüş gerçekleşmiştir.

Dünya genelinde en fazla uyuşturucu kullanım suçu esrar bağlantılı olmuştur (UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014). Türkiye’de gerçekleşen esrar olaylarının büyük bir kısmı da, kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma olayı olarak gerçekleşmiştir. Bunun nedeni, Türkiye’de üretilen esrarın yine ülke içerisinde tüketilmesidir. Zira Türkiye’de üretilen esrarın yurt dışına ihraç edildiğine dair herhangi bir tespit bulunmamaktadır.

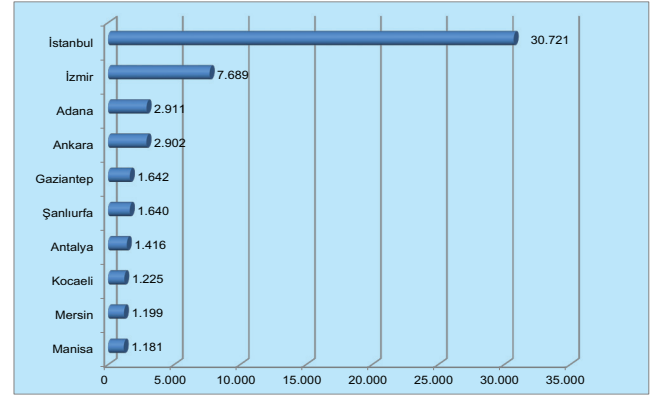
Grafik 9-10: Esrar Olay Sayısının Suç Türlerine Göre Dağılımı



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılında gerçekleşen esrar olaylarının %80,66’sının (56.286) kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma, %14,02’sinin (9.786) uyuşturucu madde imal ve ticareti olayı, 2 olayın kullanımı kolaylaştırma, %5,31’inin (3.706) 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanuna muhalefet olayı olarak gerçekleştiği gözlenmiştir (Grafik 9-10).

Grafik 9-11: 2013 Yılı İçerisinde En Fazla Esrar Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı



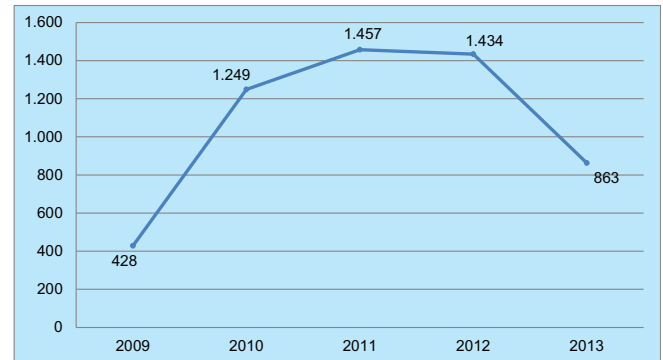
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Türkiye’de 2013 yılında gerçekleşen esrar olaylarının İstanbul ve İzmir illerinde yoğunlaştığı, meydana gelen olayların %44,03’ünün (30.721) İstanbul, %11,02’sinin İzmir (7.689) illerinde gerçekleştiği görülmektedir (Grafik 9-11).

9.3.1.4. Kokain

Türkiye’de 2013 yılında 863 kokain olayı gerçekleşmiş ve bu olaylarda 1.288 şüpheli yakalanmıştır.

Grafik 9-12: Yıllara Göre Toplam Kokain Olay Sayısı

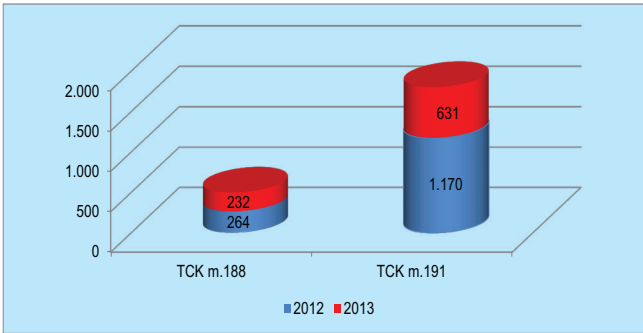


Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Türkiye’de son yıllarda kokain olay sayılarında sürekli bir artış görülmekte iken 2012 ve 2013 yıllarında bir düşüş yaşanmıştır. 2013 yılında kokain olay sayısında bir önceki yıla göre %39,82 oranında önemli bir düşüş yaşanmıştır (Grafik 9-12). Kokain yakalama sayıları AB ülkelerinde de azalmaya devam etmektedir (EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014:22).

Olay sayısında 2013 yılında gerçekleşen bu düşüşle birlikte şüpheli sayılarında da bir önceki yıla göre %35,24 oranında bir düşüş yaşanmıştır.

Grafik 9-13: Kokain Olay Sayısının Suç Türlerine Göre Dağılımı

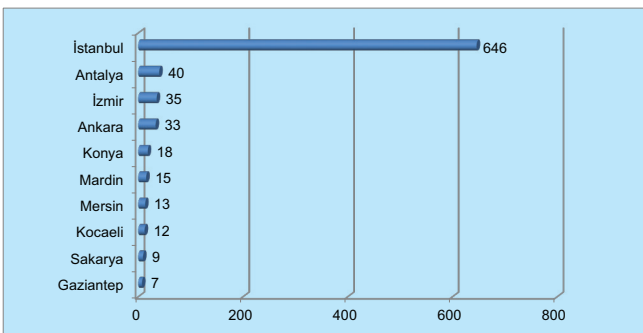


Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılında gerçekleşen kokain olaylarının %73,12’sinin (631) kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma, %26,88’inin (232) ise uyuşturucu madde imal ve ticareti olayı olarak gerçekleştiği gözlenmiştir (Grafik 9-13).

Türkiye’de gerçekleşen kokain olaylarının büyük bir kısmı, esrar olaylarında olduğu gibi, kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma olayı olarak gerçekleşmiştir.

Grafik 9-14: 2013 Yılı İçerisinde En Fazla Kokain Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı



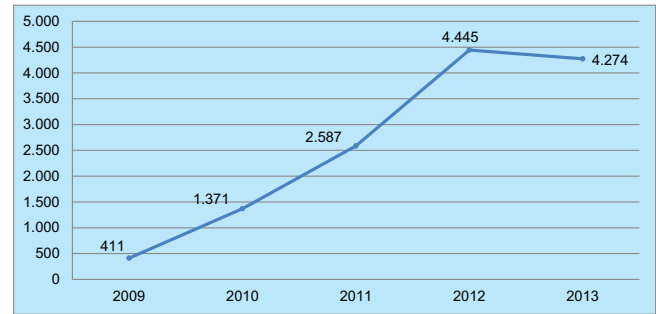
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılı içerisinde gerçekleşen kokain olayları il düzeyinde incelendiğinde, meydana gelen olayların İstanbul’da yoğunlaştığı ve %74,86’sının (646) bu ilde gerçekleştiği anlaşılmaktadır (Grafik 9-14).

9.3.1.5. Ekstazi

Türkiye’de 2013 yılında 4.274 ekstazi olayı gerçekleşmiş ve bu olaylarda 6.271 şüpheli yakalanmıştır.

Grafik 9-15: Yıllara Göre Toplam Ekstazi Olay Sayısı

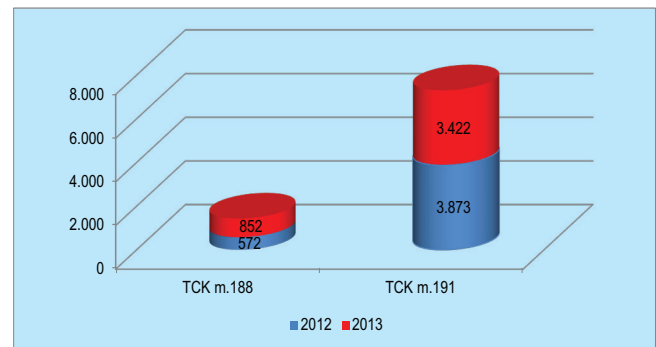


Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılında meydana gelen ekstazi olay sayısında, bir önceki yıla göre %3,85 oranında küçük bir düşüş görülmüştür (Grafik 9-15).

Ekstazi olay sayısında gerçekleşen bu düşüşe paralel olarak şüpheli sayısında da %0,89’luk bir düşüş gerçekleşmiştir.

Grafik 9-16: Ekstazi Olay Sayısının Suç Türlerine Göre Dağılımı

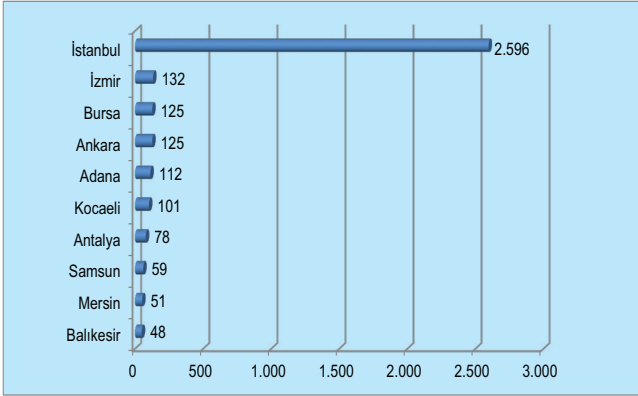


Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılında gerçekleşen ekstazi olaylarının %80,07’sinin (3.422) kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma, %19,93’ünün (852) ise uyuşturucu madde imal ve ticareti olayı olarak gerçekleştiği gözlenmiştir (Grafik 9-16).

Türkiye’de gerçekleşen ekstazi olaylarının büyük bir kısmı esrar ve kokain olaylarında olduğu gibi kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma olayı olarak gerçekleşmiştir. Bu durumun, ekstazi kaçakçılığı açısından Türkiye’nin hedef ülke olmasından ve gerçekleşen olayların büyük çoğunluğunun iç pazarı hedef almasından kaynaklandığı değerlendirilmektedir.

Grafik 9-17: 2013 Yılı İçerisinde En Fazla Ekstazi Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı



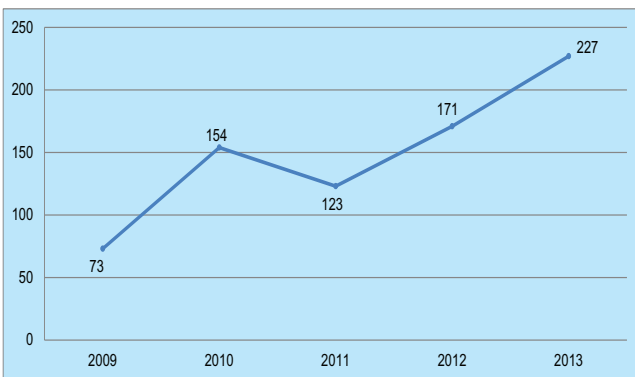
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılı içerisinde gerçekleşen Ekstazi olaylarının illere göre dağılımına bakıldığında, olayların İstanbul’da yoğunlaştığı %60,74’ünün (2.596) bu ilde gerçekleştiği anlaşılmaktadır (Grafik 9-17). Ekstazi olaylarının yoğunlukla büyük şehirlerde meydana geldiği görülmektedir.

9.3.1.6. Kaptagon

2013 yılında, toplam 227 kaptagon²³ olayı gerçekleşmiş ve bu olaylarda 380 şüpheli yakalanmıştır.

Grafik 9-18: Yıllara Göre Kaptagon Olay Sayısı



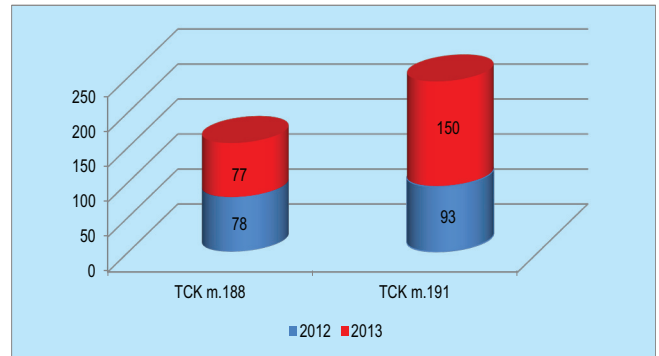
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

²³ Kaptagon logolu ve görünümünde olup, etken madde olarak amfetamin içeren tabletler.

Kaptagon olay sayısında son yıllarda sürekli bir artış görülmekte iken, 2010 yılına kıyasla 2011 yılında %20,13 azalma görülmüştür. 2013 yılında ise kaptagon olay sayısında 2012 yılında olduğu gibi bir artış gözlenmiş ve bu artış bir önceki yıla göre %32,75 oranında gerçekleşmiştir (Grafik 9-18).

Olay sayısında 2013 yılında gerçekleşen bu artışla birlikte şüpheli sayısında da bir artış gözlenmiş ve bu artış bir önceki yıla göre %36,69 oranında gerçekleşmiştir.

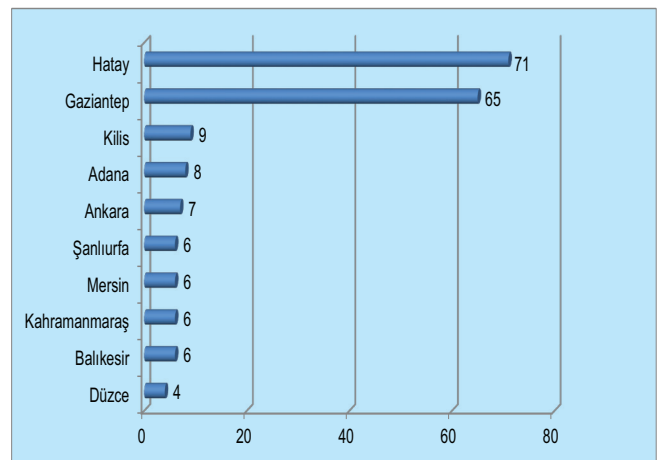
Grafik 9-19: Kaptagon Olay Sayısının Suç Türlerine Göre Dağılımı



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılında gerçekleşen kaptagon olaylarının %66,08’inin (150) kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma, %33,92’sinin (77) ise uyuşturucu madde imal ve ticareti olayı olarak gerçekleştiği gözlenmiştir (Grafik 9-19).

Grafik 9-20: 2013 Yılı İçerisinde En Fazla Kaptagon Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

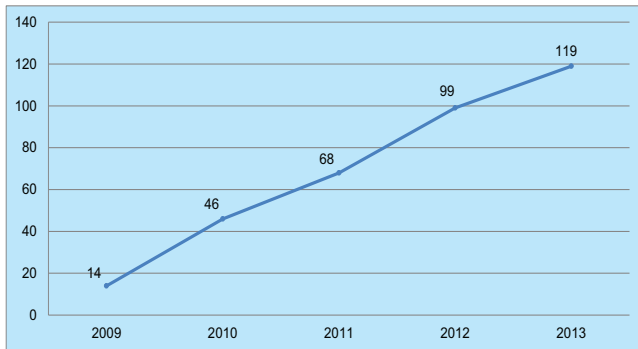
2013 yılı içerisinde gerçekleşen kaptagon olayları il düzeyinde incelendiğinde, Hatay ve Gaziantep illerindeki olay sayılarının diğer illere oranla fazla olduğu ve kaptagon olaylarının %31,28'inin (71) Hatay, %28,63'ünün (65) Gaziantep illerinde gerçekleştiği anlaşılmıştır (Grafik 9-20).

2013 yılında Türkiye'de gerçekleşen kaptagon olaylarının %66,52'sinin (151) Suriye'ye sınırı olan illerimizde gerçekleşmesinin, bu maddenin hedefinin büyük çoğunlukla Ortadoğu ülkeleri olmasından kaynaklandığı değerlendirilmektedir (Grafik 9-20).

9.3.1.7. Metamfetamin

Türkiye'de 2009 yılından itibaren görülmeye başlayan metamfetamin maddesinin olay sayısı sürekli artış göstermektedir. 2013 yılında Türkiye'de 119 metamfetamin olayı gerçekleşmiş ve bu olaylarda 197 şüpheli yakalanmıştır.

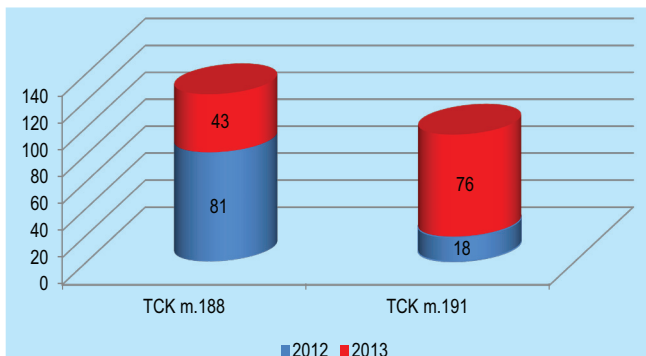
Grafik 9-21: Yıllara Göre Metamfetamin Olay Sayısı



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılında metamfetamin olay sayısı, bir önceki yıla oranla %20,20 artış göstermiştir (Grafik 9-21). Öte yandan şüpheli sayısında da bir önceki yıla göre %2,07 oranında bir artış gerçekleşmiştir.

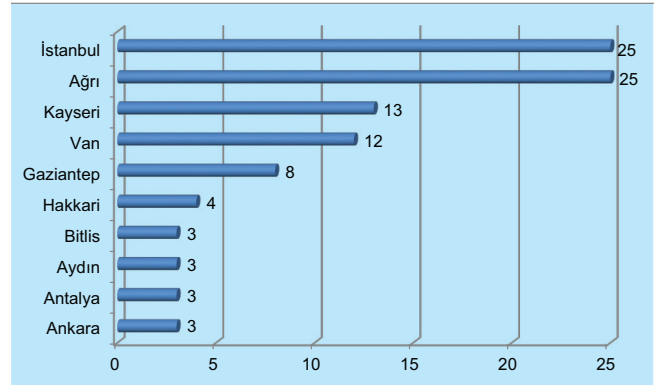
Grafik 9-22: Metamfetamin Olay Sayısının Suç Türlerine Göre Dağılımı



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılında gerçekleşen metamfetamin olaylarının %63,87'sinin (76) kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma, %36,13'ünün (43) ise uyuşturucu madde imal ve ticareti olayı olarak gerçekleştiği gözlenmiştir (Grafik 9-22).

Grafik 9-23: 2013 Yılı İçerisinde En Fazla Metamfetamin Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılı içerisinde gerçekleşen metamfetamin olaylarının illere göre dağılımı incelendiğinde, olayların İstanbul, Ağrı, Kayseri ve Van illerinde yoğunlaştığı ve %21,01'inin (25) İstanbul, %21,01'inin (25) Ağrı, %10,92'sinin (13) Kayseri, %10,08'inin (12) Van illerinde gerçekleştiği anlaşılmıştır (Grafik 9-23).

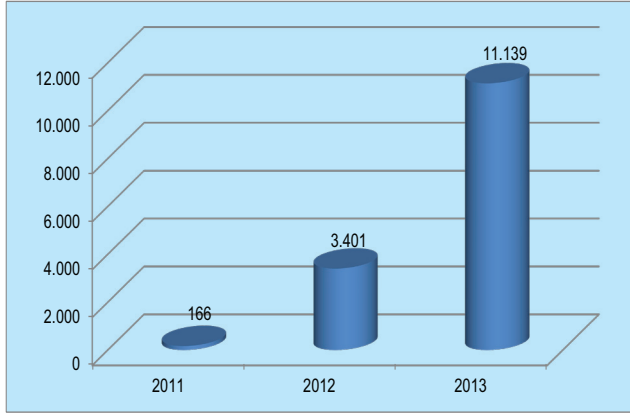
Ülkemizde Van ilinden başka illerde de (Gürbulak Sınır Kapısında-Ağrı) gerçekleştirilen metamfetamin yakalamalarının sıklığı nedeniyle; Türkiye'de gerçekleşen metamfetamin olaylarına bakıldığında; İran İslam Cumhuriyeti'nde üretilen metamfetaminin Türkiye'ye doğu sınırlarımızdan giriş yaptığı ve İstanbul'dan havayolu ile Uzakdoğu ülkelerine gönderildiği görülmüştür.

9.3.1.8. Sentetik Kannabinoidler (Bonzai vb.)

Türkiye'de ilk defa 2010 yılı ortalarında "Bonzai" (JWH-018) sokak ismiyle görülmeye başlanan ve değişik türleriyle hızla yayılan sentetik kannabinoidler, ilk olarak TUBİM koordinesinde gerçekleşen Erken Uyarı Sistemi (EWS) Ulusal Çalışma Grubu'nun çalışmaları neticesinde, 2011 yılı başlarında 12.06.1933 tarihli ve 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkındaki Kanun kapsamına alınmıştır. 2011 yılından Ekim 2014 tarihine kadar toplam 125 sentetik kannabinoid türü 2313 sayılı Kanun kapsamına alınmıştır.

Türkiye’de 2013 yılında 11.139 sentetik kannabinoid olayı gerçekleşmiş ve bu olaylarda 15.065 şüpheli yakalanmıştır.

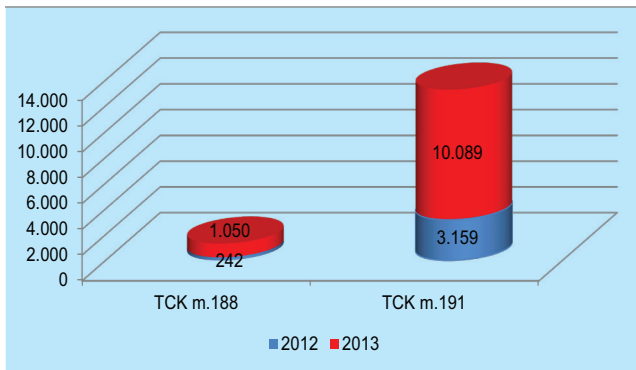
Grafik 9-24: Yıllara Göre Sentetik Kannabinoidler Olay Sayısı



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılında sentetik kannabinoidlerin olay sayılarında, Türkiye’de ilk yakalandığı 2011 yılına göre yaklaşık 66 kat, şüpheli sayılarında ise yaklaşık 182 kat artış gerçekleşmiştir. Hem olay hem de şüpheli sayılarındaki bu ciddi artış, sentetik kannabinoidlerin Türkiye’de hızlı bir şekilde yaygınlaştığını göstermektedir.

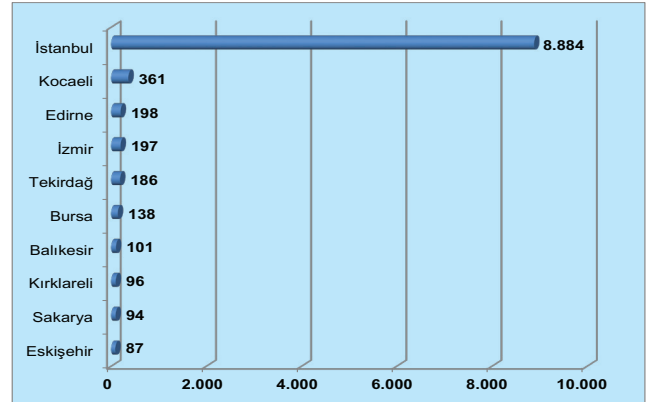
Grafik 9-25: Sentetik Kannabinoidler Olay Sayısının Suç Türlerine Göre Dağılımı



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılında gerçekleşen sentetik kannabinoid olaylarının %90,57’sinin (10.089) kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma, %9,43’ünün (1.050) ise uyuşturucu madde imal ve ticareti olayı olarak gerçekleştiği gözlenmiştir (Grafik 9-25).

Grafik 9-26: 2013 Yılı İçerisinde En Fazla Sentetik Kannabinoid Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı

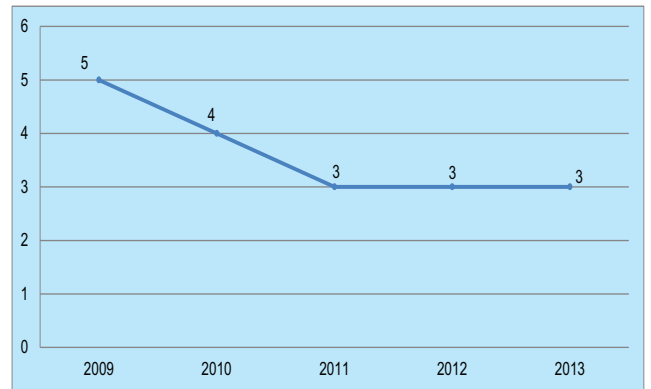


Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Türkiye’de 2013 yılı içerisinde meydana gelen sentetik kannabinoid olaylarının %79,76 (8.884) İstanbul ilinde gerçekleşmiştir. Öte yandan sentetik kannabinoid olaylarının %90,30’unun (10.058) Avrupa’dan Türkiye’ye giriş bölgesi olan Marmara Bölgesi’nde yer alan illerimizde gerçekleştiği gözlenmiştir (Grafik 9-26).

9.3.1.9. Asetik Anhidrit

Grafik 9-27: Yıllara Göre Asetik Anhidrit Olay Sayısı



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

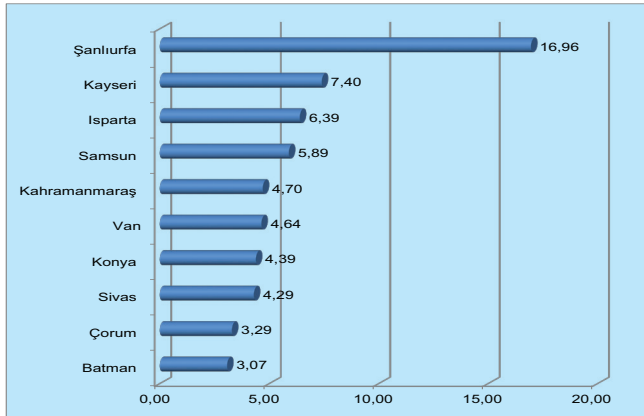
Türkiye’de yakalanan asetik anhidrit maddesi az sayıda gerçekleşen olaylarda ele geçirilmektedir. 2013 yılında gerçekleşen asetik anhidrit olay sayısında 2011 ve 2012 yılına göre bir değişiklik olmamış ve yine 3 olay meydana gelmiştir (Grafik 9-27). Edirne, İstanbul ve Hakkari illerinde meydana gelen bu olaylarda toplam 7 şüpheli yakalanmıştır.

9.3.2. Bağımlılık Yapıcı Madde Suçlarında Kullanıcı Profili Anketi (U-Formu)

TUBİM'in illerdeki irtibat noktası olan personel tarafından; yıl içerisinde kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak (TCK m.191) suçlarıyla ilgili olarak haklarında polis tarafından yasal işlem başlatılan ve araştırmaya katılmaya gönüllü, 18 yaşından büyük kişileri kapsayan bir anket çalışması yapılmaktadır.

"Bağımlılık Yapıcı Madde Suçlarında Kullanıcı Profili Anketi - U Formu" olarak adlandırılan bu çalışmada, yüz yüze görüşme tekniği kullanılmaktadır. Bu çalışmayla Türkiye'deki uyuşturucu madde kullanıcılarının genel bir profilinin ortaya çıkarılması amaçlanmaktadır. Söz konusu çalışmanın uyuşturucu madde kullanımının arkasında yatan nedenleri bilimsel olarak tespit etmekte önemli bir araç olduğu değerlendirilmektedir. Bu anket aracılığıyla tespit edilen sonuçlardan, başta önleme olmak üzere, uyuşturucu madde kullanımı ile mücadele alanındaki stratejilerin belirlenmesinde faydalanılmaktadır.

Grafik 9-28: 2013 Yılı İçerisinde En Çok U Formu Dolduran İlk On İle Göre Anket Sayıları (%)

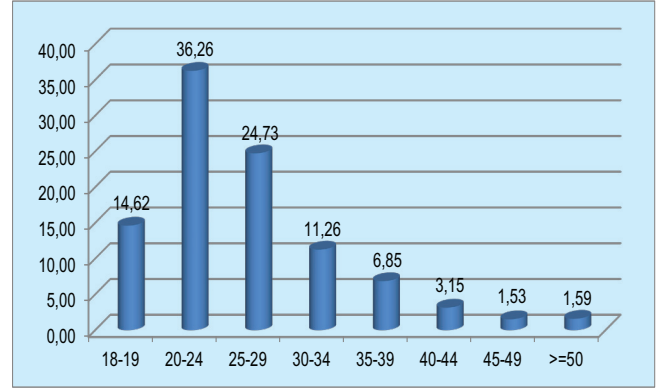


Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılı içerisinde en çok U Formu dolduran ilk on il Grafik 9-28'de belirtilmiştir. Ancak, doldurulan anket sayısının fazla olması, o ilde uyuşturucu madde kullanıcılarının diğer illere göre daha fazla olduğu anlamına gelmemektedir. Çünkü başta iş yoğunluğu ve personel yetersizliği olmak üzere pek çok nedenden dolayı söz konusu anketin ilde TCK m.191 kapsamında işlem yapılan her kullanıcıya uygulanamadığı bilinmektedir.

2013 yılında 2.948 kişiyi kapsayan "Bağımlılık Yapıcı Madde Suçlarında Kullanıcı Profili Anketi-U Formu" verileri aşağıda yer almaktadır:

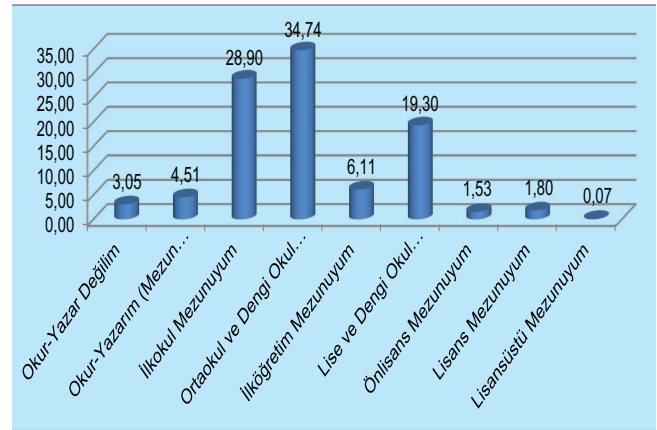
Grafik 9-29: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Yaş Aralıklarına Göre Dağılımı (%)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

U Formu verilerine göre, uyuşturucu madde kullanıcılarının ortalama yaşı 26,33'dür. Öte yandan ankete katılan şahısların uyuşturucu madde kullanıcılarının büyük çoğunluğunun (%75,61) 18-29 yaş aralığında olduğu görülmektedir (Grafik 9-29).

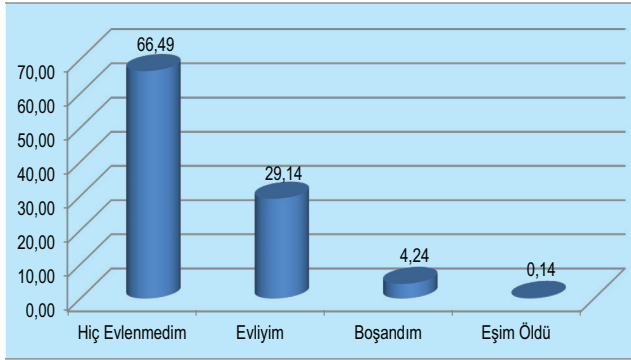
Grafik 9-30: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı (%)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

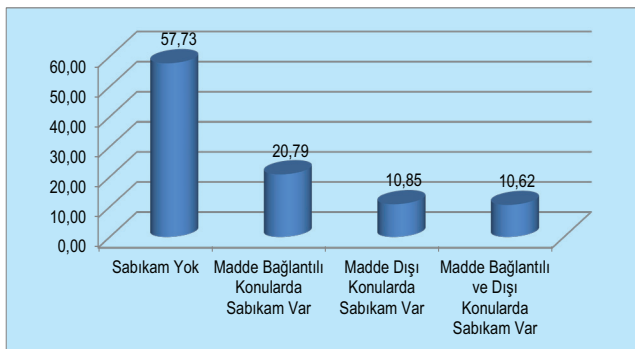
Uyuşturucu madde kullanıcılarının büyük çoğunluğunun (%69,74) ilkök, ortaokul/ ilköğretim mezunu olduğu görülmektedir (Grafik 9-30). Ancak bu durum, madde kullanımının düşük eğitim düzeyine sahip kişiler arasında yaygın olduğu şeklinde yorumlanmamalıdır. TUBİM GPS Araştırmasının²⁴ sonuçlarına göre, öğrenim durumu ile uyuşturucu madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamaktadır.

²⁴ Türkiye'de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması (TUBİM GPS Araştırması); 2011 yılında TUBİM tarafından, TÜİK tarafından belirlenen 25 ilde, yüz yüze görüşme yöntemi ile yapılmıştır. Çalışmada toplam 8.045 kişiye ulaşılmıştır.

Grafik 9-31: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı (%)

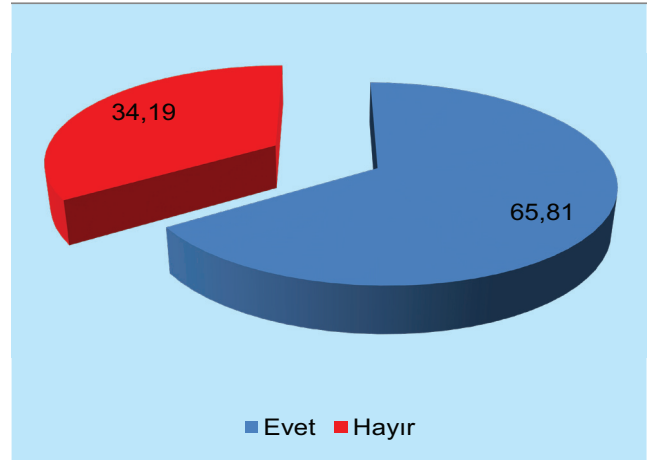
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

U Formu verilerine göre; uyuşturucu madde kullanıcılarının büyük çoğunluğu (%66,49) hiç evlenmemiş kişilerden oluşmaktadır (Grafik 9-31). Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) 2013 yılı verilerine göre; Türkiye’deki 15 yaş ve üzeri kişilerin %27,38’i hiç evlenmemiş, %63,92’si ise evlidir. Nüfusun büyük çoğunluğunun medeni durumunun evli olmasına rağmen (%63,92) uyuşturucu madde kullanıcılarının büyük çoğunluğunun hiç evlenmemiş olan şahıslardan oluşması, madde kullanımının evlilere oranla bekarlar arasında daha yaygın olduğu şeklinde değerlendirilmektedir. TUBİM GPS araştırması da, medeni durum ile uyuşturucu madde kullanımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu göstermektedir.

Grafik 9-32: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Sabıka Durumlarına Göre Dağılımı (%)

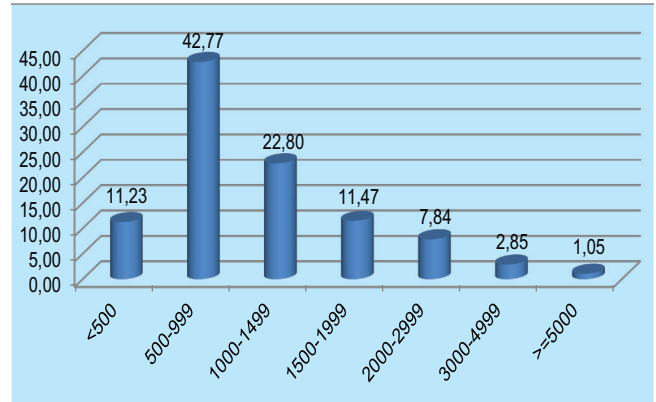
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Uyuşturucu madde kullanıcılarının %57,73’ünün sabıkasının olmadığı, %42,27’sinin ise sabıkasının olduğu görülmektedir. Bu sonuç, daha önce suç işlemiş olan şahıslarda uyuşturucu madde kullanımının daha yaygın olduğu şeklindeki bir inanın yanlış olduğunu göstermektedir (Grafik 9-32).

Grafik 9-33: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının İş Durumlarına Göre Dağılımı (%)

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Uyuşturucu madde kullanıcılarının iş durumlarına bakıldığında; kullanıcıların %65,81’inin gelir getiren bir işte çalıştıkları, %34,19’unun ise çalışmadıkları görülmektedir (Grafik 9-33).

Grafik 9-34: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Gelir Durumlarına Göre Dağılımı (%)

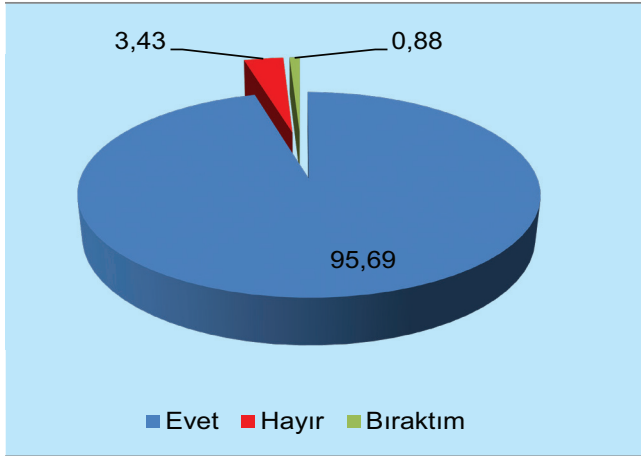
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Uyuşturucu madde kullanıcılarının %54’ünün aylık gelirlerinin 1.000 TL’nin altında, %34,26’sının 1.000 TL-2.000 TL arasında, %11,74’ünün ise 2.000 TL’nin üzerinde olduğu görülmektedir (Grafik 9-34).

Uyuşturucu madde kullanıcılarının gelir durumları madde türlerine göre incelendiğinde; esrar kullanıcılarına ait gelir durumlarının eroin, kokain ve ekstazi kullanıcılarının gelirlerine oranla daha düşük olduğu, kokain kullanıcılarının gelir durumlarının ise diğer madde kullanıcılarına oranla çok daha yüksek olduğu görülmektedir.

Bu durumun uyuşturucu maddelerin bulunabilirliği ve sokak düzeyi fiyatları ile ilişkili olduğu, özellikle esrar kullanımının düşük gelirli kişilerde daha yaygın olmasının nedeninin, sokak düzeyi fiyatının diğer uyuşturucu maddelere göre daha düşük olmasından kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir.

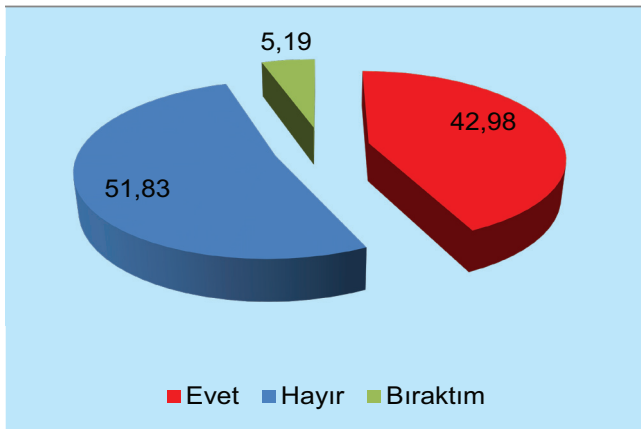
Grafik 9-35: Sigara Kullanma Durumu (%)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Uyuşturucu madde kullanıcılarının sigara kullanma durumları incelendiğinde; kullanıcıların %95,69'unun sigara kullandığı, %3,43'ünün kullanmadığı ve %0,88'inin ise sigarayı bıraktığı görülmektedir (Grafik 9-35).

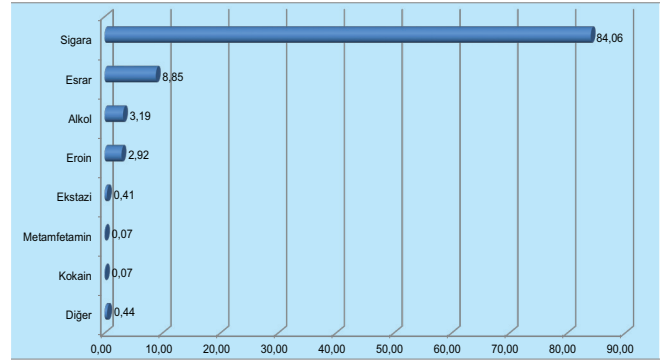
Grafik 9-36: Alkol Kullanma Durumu (%)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Uyuşturucu madde kullanıcılarının %42,98'inin alkol kullandığı, %51,83'ünün kullanmadığı ve %5,19'unun ise alkol kullanmayı bıraktığı görülmektedir (Grafik 9-36). Öte yandan uyuşturucu madde kullanıcılarının önemli bir kısmı (%41,42) hem sigara hem de alkol kullanmaktadır.

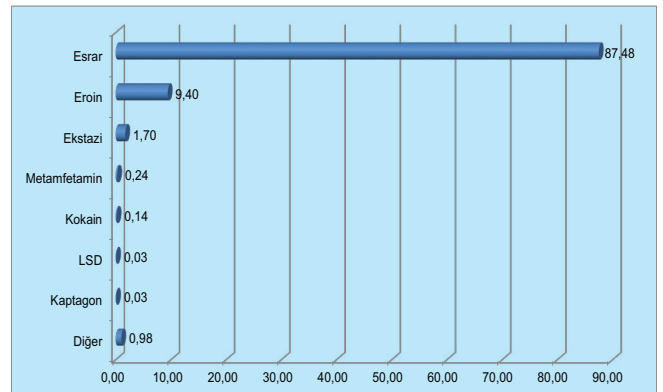
Grafik 9-37: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Kullandıkları İlk Madde (%)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

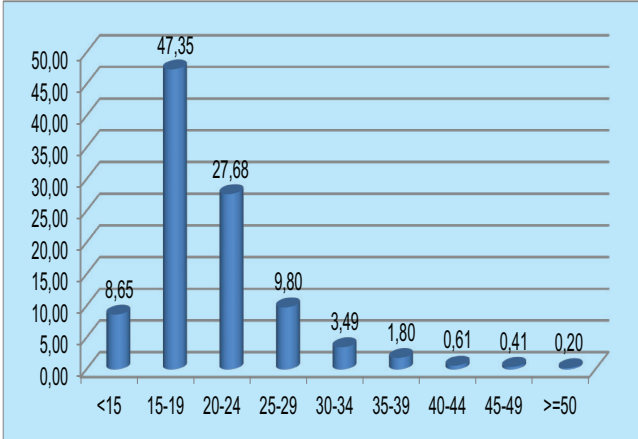
Uyuşturucu madde kullanıcılarının kullandıkları ilk maddeye (sigara ve alkol dahil) bakıldığında; kullanıcıların büyük çoğunluğunun (%84,06) sigara ile maddeye başladıkları görülmektedir (Grafik 9-37). Bu nedenle sigaranın uyuşturucu madde kullanımına geçişte bir basamak olduğu değerlendirilmektedir.

Grafik 9-38: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Kullandıkları İlk Yasa Dışı Madde (%)



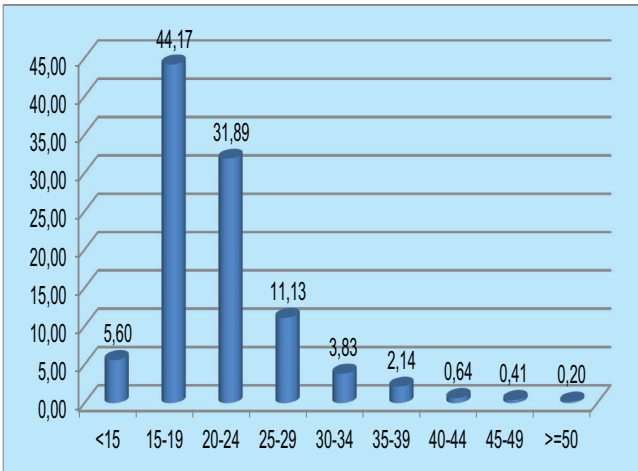
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

U Formu verilerinin sonuçlarına göre; uyuşturucu madde kullanıcıların sigara ve alkol dışında kullandıkları ilk maddenin %87,48'lik ciddi bir oranla esrar olduğu anlaşılmaktadır. Uyuşturucu madde kullanıcılarının sigara kullanımından sonra uyuşturucu madde kullanımına esrar ile başladığı görülmektedir (Grafik 9-38).

Grafik 9-39: Uyuşturucu Maddeyi İlk Deneme Yaş Aralıkları (%)

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

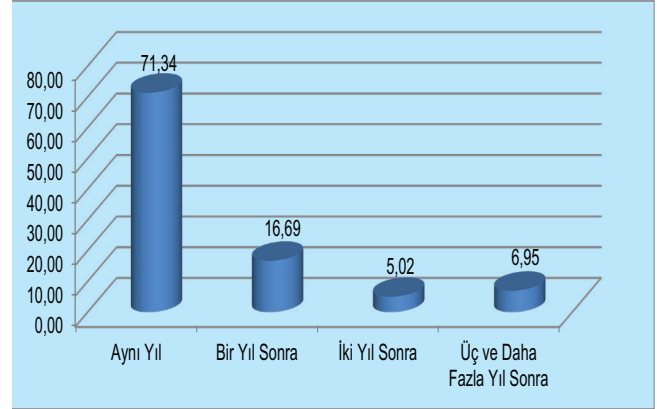
Uyuşturucu madde kullanıcılarının maddeyi “ilk deneme” yaşları incelendiğinde; en küçük deneme yaşının 10, en büyük deneme yaşının 61 ve ilk kez deneme yaşı ortalamasının ise 20,01 olduğu görülmüştür. Öte yandan maddeyi ilk deneme yaşının 15-24 yaşları arasında yoğunlaştığı ve kullanıcıların %75,03’ünün bu yaş grubu aralığında iken uyuşturucu maddeyi ilk kez denediği anlaşılmaktadır (Grafik 9-39). Bu nedenle uyuşturucu madde bağımlılığını önleme alanındaki faaliyetler yürütülürken bu yaş grubunun özellikle dikkate alınması gerektiği değerlendirilmektedir.

Grafik 9-40: Uyuşturucu Maddeye Başlama Yaş Aralıkları (%)

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

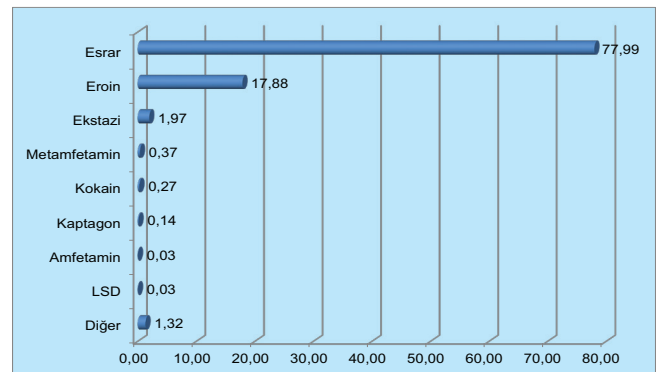
Uyuşturucu madde kullanıcılarının maddeye “başlama” yaşları incelendiğinde; en küçük başlama yaşının 10, en büyük başlama yaşının 62 ve maddeye başlama yaşı ortalamasının ise 20,65 olduğu anlaşılmaktadır. Maddeyi ilk kez

deneme yaşında olduğu gibi uyuşturucu madde kullanıcılarının maddeye başlama yaşlarının da 15-24 yaş grubu arasında yoğunlaştığı ve kullanıcıların %76,05’inin bu yaş grubu aralığında iken maddeyi düzenli olarak kullanmaya başladıkları gözlenmektedir (Grafik 9-40).

Grafik 9-41: Uyuşturucu Maddeye Başlama Süresi (%)

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Uyuşturucu madde kullanıcılarının maddeye başlama süreleri incelendiğinde; kullanıcıların %71,34’ünün maddeyi denedikten sonra aynı yıl içerisinde, %16,69’unun bir yıl sonra, %5,02’sinin iki yıl sonra, %6,95’inin ise üç ve daha fazla yıl sonra düzenli olarak uyuşturucu madde kullanımına başladıkları anlaşılmaktadır (Grafik 9-41). Uyuşturucu madde kullanıcılarının büyük çoğunluğunun maddeyi denedikten sonra aynı yıl içerisinde düzenli olarak kullanıma başlamaları, uyuşturucu madde bağımlılığının kısa bir süre içerisinde gelişebileceğini göstermektedir.

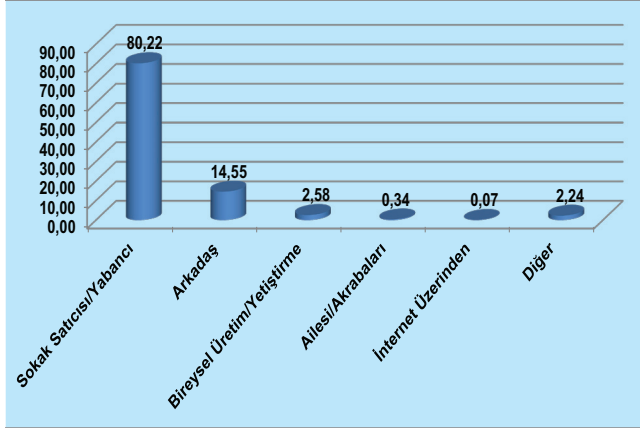
Grafik 9-42: En Sık Kullanılan Uyuşturucu Madde (%)

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

U Formu verilerine göre; uyuşturucu madde kullanıcılarının büyük çoğunluğunun (%77,99) en sık kullandığı yasa dışı madde esrardır (Grafik

9-42). 2013 yılında gerçekleşen uyuşturucu olaylarına bakıldığında; esrar maddesine ait olay ve şüpheli sayıları ile yakalama miktarlarının da diğer uyuşturucu maddelere göre daha fazla olduğu görülmektedir. Esrardan sonra en sık kullanılan madde %17,88'lik oranla eroin'dir.

Grafik 9-43: Uyuşturucu Maddeyi Temin Yolu (%)

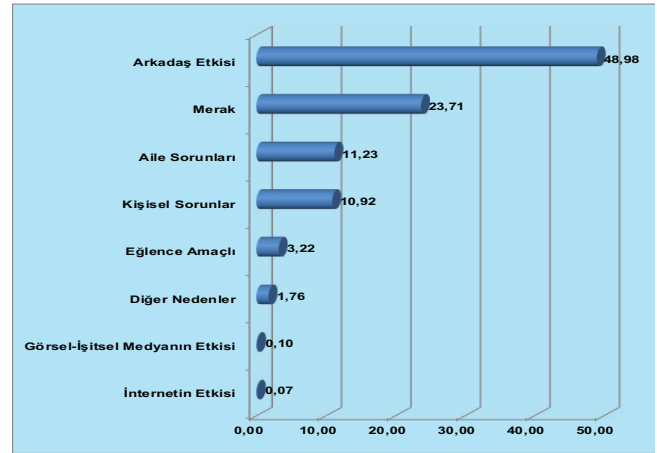


Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Uyuşturucu madde kullanıcılarının maddeyi temin etme yolu incelendiğinde; kullanıcıların büyük çoğunluğunun (%80,22) maddeyi sokak satıcısı ya da yabancından temin ettiği anlaşılmaktadır. Uyuşturucu maddeyi temin yolları arasında arkadaş seçeneği ikinci sırada (%14,55) gelmektedir (Grafik 9-43). Ancak ankete katılan şahısların uyuşturucu maddeyi temin etme yolları arasında sokak satıcısı/yabancı seçeneğini ilk sırada belirtmelerinin; uyuşturucu maddeyi temin ettiği kaynağı kaybetme veya arkadaşını koruma düşüncesinden de kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir.

Uyuşturucu maddelerin temin yeri, madde türlerine göre incelendiğinde; sokak satıcısı/yabancından temin etme oranı ekstazide %60,34 iken esrarda %77,64'e, eroinde ise %93,74'e yükselmektedir. Eroinde %5,31 olan arkadaştan temin yolu, esrarda %16,27'ye, ekstazide ise %37,93'e çıkmaktadır.

Grafik 9-44: Uyuşturucu Maddeye Başlama Nedeni (%)

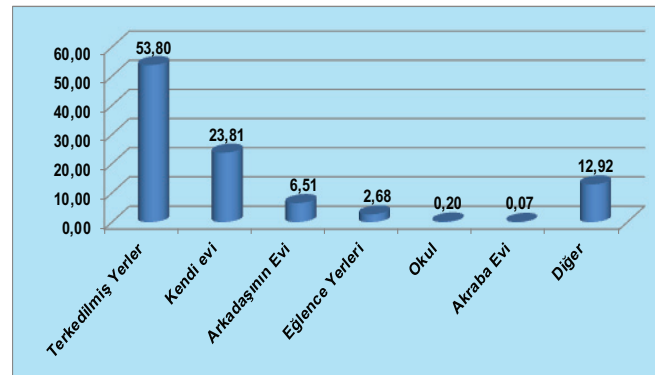


Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

U Formu verilerine göre; uyuşturucu madde kullanıcılarının maddeye başlama nedenleri arasında arkadaş etkisi (%48,98) ve merak (%23,71) ilk iki sırada gelmektedir (Grafik 9-44). Bunları aile sorunları (%11,23) ve kişisel sorunlar (%10,92) takip etmektedir.

Bu bağlamda uyuşturucu madde bağımlılığı ile ilgili önleme faaliyetleri yürütülürken, hedef kitle üzerinde merak uyandırmamaya özen gösterilmelidir. Öte yandan ailelerin, çocuklarının arkadaşlarına dikkat etmeleri, onları tanımaları ve arkadaş etkisiyle oluşabilecek olası sorunları oluşmadan önlemeye çalışmaları gerektiği değerlendirilmektedir.

Grafik 9-45: Uyuşturucu Maddenin Kullanım Yeri (%)



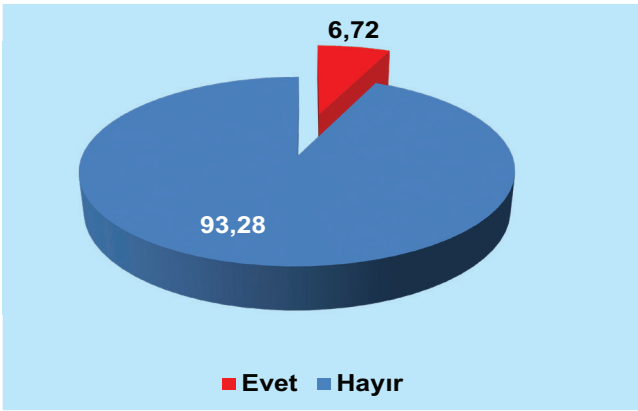
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Uyuşturucu madde kullanıcılarının maddeyi kullanım yerleri incelendiğinde; terk edilmiş yerlerin ilk sırada geldiği ve kullanıcıların %53,80'inin bu yerlerde maddeyi kullandıkları anlaşılmaktadır (Grafik 9-45). Terk edilmiş yerlerde uyuşturucu madde kullanımının önlenmesi amacıyla kolluğun bu yerlerdeki denetimlerini arttırması ve bu yerlerdeki

ıslah çalışmalarının belediyeler tarafından yapılması gerektiği değerlendirilmektedir.

Uyuşturucu madde kullanıcılarının maddeyi kullandıkları yerler arasında kendi evleri ikinci sırada (%23,81) gelmektedir (Grafik 9-45). Özellikle eroin kullanıcılarının maddeyi kullanmak için kendi evlerini tercih ettikleri görülmektedir. Bu nedenle, ailelerin çok dikkatli olmaları, evde uyuşturucu madde kullanıldığına dair herhangi bir emareye (maddeyi kullanmak için gerekli materyal vb.) rastlamaları halinde aceleci bir biçimde çocuklarını suçlamaktan uzak durmaları ve bir uzman kurumdan yardım almaları gerektiği değerlendirilmektedir.

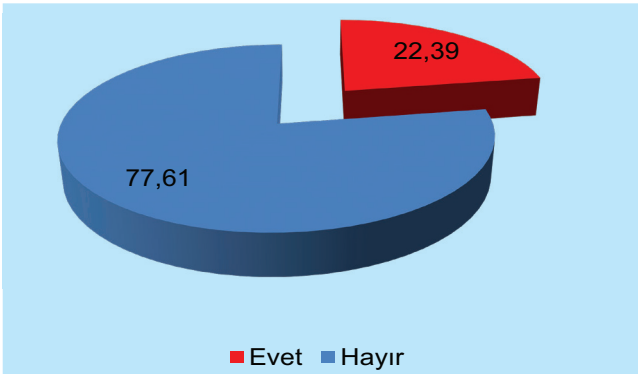
Grafik 9-46: Bilgilendirme Faaliyetine Katılma Durumu (%)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

U Formu verilerine göre; uyuşturucu madde kullanıcılarının %93,28'i maddeye başlamadan önce herhangi bir bilgilendirme faaliyetine (seminer, konferans, tiyatro vb.) katılmamıştır (Grafik 9-46). Bu nedenle önleme faaliyetlerinin kapsamının genişletilerek, özellikle risk altındaki grupların uzmanlar tarafından bu konuda zamanında ve doğru bir şekilde bilgilendirilmesi gerektiği değerlendirilmektedir.

Grafik 9-47: Uyuşturucu Maddenin Zararları Hakkında Bilgi Durumu (%)

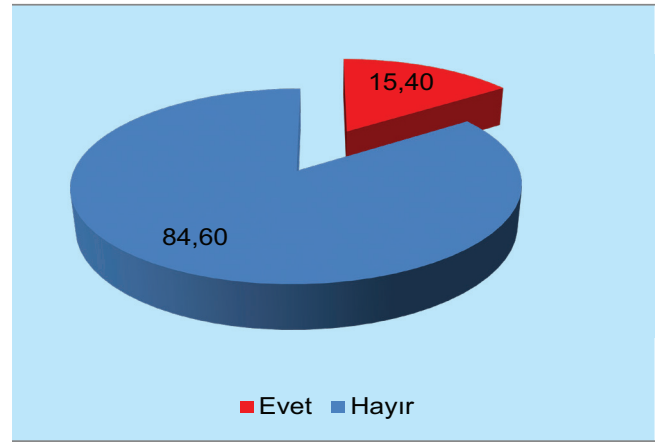


Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Uyuşturucu madde kullanıcılarının %77,61'i uyuşturucu madde kullanmaya başlamadan önce maddenin zararları hakkında bilgisinin olmadığını, %22,39'u ise maddenin zararlarını bilerek kullanımına başladığını ifade etmişlerdir (Grafik 9-47).

Öte yandan, uyuşturucu maddelerin zararları hakkında bilgi sahibi olmadan kullanıma başlayan kişilerin %96,02'si, "uyuşturucu maddenin zararları hakkında bilgim olsaydı başlamazdım" cevabını vermiştir. Bu kapsamda, uyuşturucu maddelerin zararları hakkında uzman kişiler marifetiyle gerçekleştirilecek zamanında ve doğru bilgilendirmenin, uyuşturucu madde kullanmaya başlamanın önlenmesinde önemli ve etkin bir yol olabileceği değerlendirilmektedir.

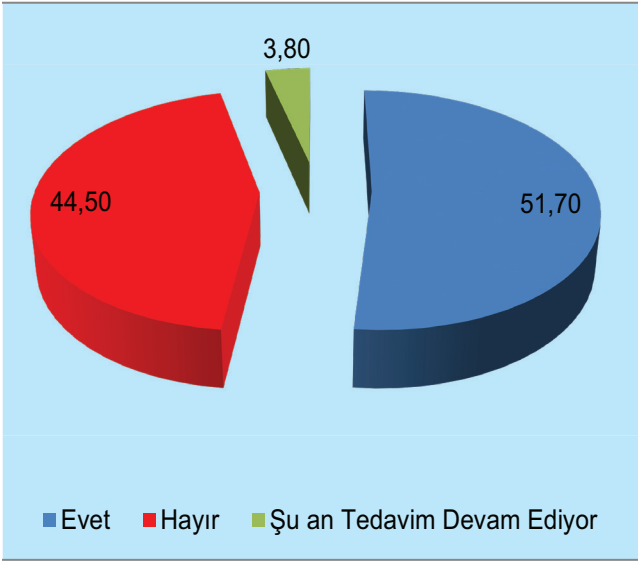
Grafik 9-48: Daha Önceki Tedavi Durumu (%)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

U Formu verilerine göre; uyuşturucu madde kullanıcılarının büyük bir çoğunluğu (%84,60) daha önce uyuşturucu madde bağımlılığı ile ilgili tedavi görmemiştir (Grafik 9-48).

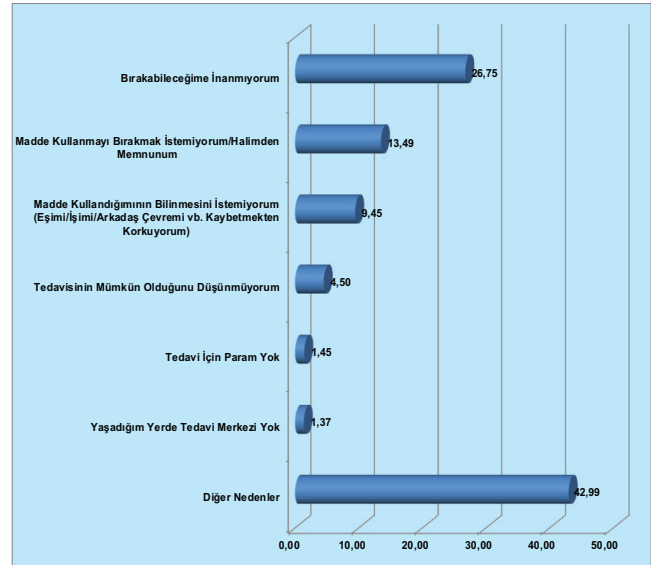
Kullanıcıların daha önceki tedavi durumları, kullandıkları uyuşturucu madde türlerine göre incelendiğinde; esrar kullanıcılarının %88,30'unun daha önce tedavi olmadığı görülmektedir. Eroin kullanıcılarında ise daha önce tedavi olan kullanıcı oranlarının esrar kullanıcılarına göre daha yüksek olduğu, kullanıcıların yaklaşık üçte birinin (%32,64) daha önce tedavi gördüğü anlaşılmaktadır. 2013 yılında Türkiye'de tedavi merkezlerinde yatarak tedavi gören esrar kullanıcılarının %29,02'sinin, eroin kullanıcılarının ise %54,08'inin daha önceden tedavi görmüş olması bu veriyi desteklemektedir (EMCDDA Standart Tablo 34, 2014).

Grafik 9-49: Tedavi Talebi (%)

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Uyuşturucu madde kullanıcılarının %51,70'inin tedavi olmak istediği, %44,50'sinin tedavi olmak istemediği, %3,80'inin ise tedavisinin devam ettiği anlaşılmaktadır (Grafik 9-49).

Uyuşturucu madde kullanıcılarının tedavi talepleri ile ilgili cevapları en sık kullandıkları maddeye göre incelendiğinde; esrar kullanıcılarının diğer madde kullanıcılarına göre tedavi olma istekliliğinin daha düşük olduğu, %47,50'sinin tedavi olmak istemediği gözlenmektedir. Öte yandan eroin kullanıcılarının ise esrar kullanıcılarına göre tedavi olma istekliliğinin daha fazla olduğu, %67,17'sinin tedavi olmak istediği anlaşılmaktadır. Esrar kullanıcılarının tedavi olmak istememeleri ile ilgili nedenin, kullanıcılar arasındaki esrarın zararsız ya da daha az zararlı olduğu ile ilgili yanlış inanıştan kaynaklanabileceği değerlendirilmektedir. Türkiye'de en çok kullanılan madde esrar olmasına rağmen AMATM'lerde tedavi gören uyuşturucu madde kullanıcılarının tedavi gördükleri maddelere bakıldığında, eroinin birinci sırada olması bu durumun bir göstergesidir (EMCDDA Standart Tablo 34, 2014).

Grafik 9-50: Tedavi Olmayı İstememe Nedeni (%)

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

U Formu verilerine göre; uyuşturucu madde kullanıcılarının tedavi olmak istememe nedenleri arasında; kullanıcıların uyuşturucu maddeyi bırakabileceklerine inanmamaları, uyuşturucu madde kullanmayı bırakmak istememeleri ve tedaviye başvurması sonrasında uyuşturucu maddeyi kullandığının bilinecek olması, ilk üç sırada gelmektedir (Grafik 9-50).

Bu çerçevede, uyuşturucu madde kullanıcıların tedaviye başvurmalarını sağlamak amacıyla;

- Bağımlılara, uyuşturucu bağımlılığının bilimsel olarak tedavisinin mümkün olduğu, ancak bu tedavinin uzmanlar tarafından ve özel tedavi birimlerinde yapılması gerektiği anlatılmalıdır.
- Bağımlıların toplum içerisinde deşifre edilmeden tedavi olmalarını sağlayacak tedbirler alınmalıdır.
- Uyuşturucu maddelerin insan sağlığına zararları uzmanlar eliyle ve doğru yöntemlerle anlatılmalıdır.
- Tedavi merkezleri sayı ve kalite bakımından artırılmalıdır.
- Bağımlıların tedavi ve sonrasındaki topluma yeniden kazandırma süreçlerindeki her türlü ihtiyaçlarının (ulaşım, konaklama, ilaç, tahlil vb.) sosyal güvence altına alınması konusunda iyileştirmeler yapılmalıdır.

9.3.3. Karapara Aklama / Suç Gelirlerinin Aklanması²⁵

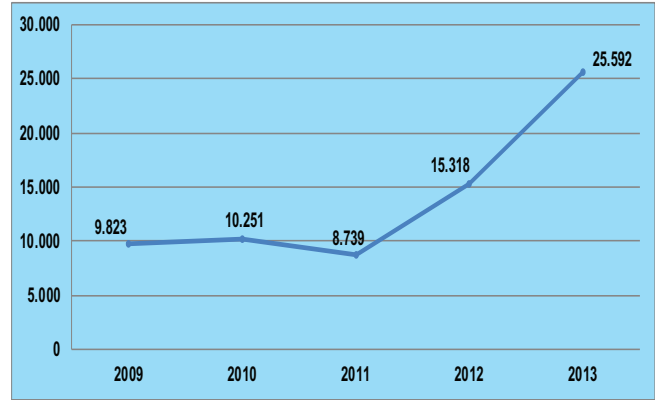
Günümüzde başta yasa dışı uyuşturucu ticareti olmak üzere, organize suçların işlenmesi suretiyle elde edilen büyük tutarlardaki suç gelirlerinin önemli bir bölümü, organize suç faaliyetinin devamını sağlamak amacıyla kullanılabilmekte, ayrıca bu gelirlerle terör faaliyetleri finanse edilebilmektedir.

Suçtan elde edilen ve/veya aklanarak yasal finansal sistem içine sokulan suç gelirlerinin, ülkenin ekonomik, finansal, hukuki sistemine olduğu gibi toplumun genel olarak sosyal ve ahlaki yapısına yönelik çok yönlü olumsuz etkileri de bulunmaktadır.

Organize suçla mücadelede; suçtan elde edilen gelirlerin hedeflenmesinin, diğer bir ifadeyle bu gelirlerin tespit, takip ve el konulmasının, uyuşturucu ticareti gibi doğrudan öncül suçu işleyenlerin yakalanarak cezalandırılmasından daha etkili bir yol olduğu anlaşılmıştır. Bu çerçevede suçtan elde edilen gelirlerin aklanmasına yönelik önleyici ve bastırıcı tedbirler ile bu gelirlerin tespiti aşamasında müsadereye yönelik tedbirler birçok ülkenin politika yapıcılarının gündeminde ön sıralarda yer edinmiştir.

Türkiye’de de aklama suçu ile mücadelede uluslararası standartlarla uyumlu bir strateji benimsenmiş, bu kapsamda bastırıcı ve önleyici nitelikte yasal düzenlemeler yapılmış ve uygulamada özellikle önleyici kapsamda önemli gelişmeler kaydedilmiştir. Başta finansal kurumlar olmak üzere 5549 sayılı Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi Hakkında Kanun’un 2. maddesinde sayılan diğer yükümlülere yönelik olarak aynı Kanun ve ilgili diğer düzenlemelerle getirilen önleyici nitelikli tedbirler (müşterini tanı, şüpheli işlemlerin bildirilmesi (ŞİB), devamlı bilgi verme, eğitim vd.) suç gelirlerinin yasal finansal sisteme girişinin engellenmesinde veya sisteme giren bu gelirlerin tespit, takip ve el konulmasında önemli bir işleve sahiptir. Özellikle yükümlülerin gerçekleştirdikleri veya aracılık ettikleri işlemlerde, işleme konu malvarlığının yasa dışı yollarla elde edildiğinden veya yasa dışı amaçlarla kullanıldığından şüphelenmeleri durumunda MASAK’a (Mali Suçları Araştırma Kurulu) bildirmeleri gereken şüpheli işlem bildirimleri, aklama veya diğer suçların ortaya çıkarılmasında önemli bir finansal istihbarat kaynağı niteliğindedir. Bu bildirimler ayrıca yükümlü grupların aklama suçuna karşı farkındalıklarının da bir göstergesidir. Yapılan düzenlemeler ile MASAK tarafından gerçekleştirilen eğitim ve denetim faaliyetlerine bağlı olarak ŞİB sayıları aşağıdaki tabloda görüldüğü gibi yükselen bir trend izlemektedir.

Grafik 9-51: Yıllara Göre Şüpheli İşlem Bildirim Sayıları



Kaynak: MASAK Faaliyet Raporu 2013, www.masak.gov.tr.

Suç gelirlerini aklama fiilleri, ilk olarak 19.11.1996 tarihinde yürürlüğe giren 4208 sayılı Karaparanın Aklanmasının Önlenmesine Dair Kanun ile suç haline getirilmiştir. Söz konusu Kanun’un aklamaya ilişkin hükümleri, 01.06.2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun 282. maddesinde “Suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama” başlığı altında yeniden düzenlendiğinden, yürürlükten kaldırılmış ve karaparanın aklanması suçu genel ceza kanunumuz içerisinde yerini almıştır. Buna göre TCK 282’nci maddesinin ilk fıkrası; “alt sınırı altı ay veya daha fazla hapis cezasını gerektiren bir suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini, yurt dışına çıkaran veya bunların gayrimeşru kaynağını gizlemek veya meşru bir yolla elde edildiği konusunda kanaat uyandırmak maksadıyla, çeşitli işlemlere tabi tutan kişi, üç yıldan yedi yıla kadar hapis ve yirmibin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır” şeklinde düzenlenmiştir. Aynı maddenin devam eden fıkralarında, cezada artırıcı unsurlara da yer verilmiştir. Yapılan bu düzenlemenin başta yasadışı uyuşturucu ticareti olmak üzere suç gelirlerine kaynak teşkil eden suçlarla mücadelede önemli bir işlevi bulunmaktadır.

Suç gelirlerinin aklanması ile mücadelede diğer bir önemli düzenleme de 5549 sayılı Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi Hakkında Kanun’un 17. maddesi ile getirilen düzenlemedir. Buna göre; aklama ve terörün finansmanı suçunun işlendiğine dair kuvvetli şüphe bulunan hallerde 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu’nun 128. maddesindeki usule göre ilgililerin mal varlığı değerlerine el konulabilmektedir. 2009-2013 yılları arasında MASAK tarafından suç gelirlerinin aklanması suçlarının tespitine yönelik olarak yapılan analiz, değerlendirme ve inceleme çalışmaları sonucunda, uyuşturucu madde kaçakçılığı dolayısıyla aklama suçunu işledikleri anlaşılan 130 kişi hakkında

²⁵ Bu bölüm MASAK (Mali Suçları Araştırma Kurulu) tarafından yazılmıştır.

savcılıklara suç duyurusunda bulunulmuştur (MASAK Faaliyet Raporu, 2013).

Aklanıp aklanmadığına bakılmaksızın suçtan elde edilen gelirlerin müsadere edilmesi, suçla mücadelede diğer önemli bir tedbirdir. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 55. maddesinde düzenlenen "kazanç müsadere" ile genel olarak suçtan elde edilen, suçun konusunu oluşturan veya suçun işlenmesi için sağlanan maddi menfaatler ile bunların değerlendirilmesinden elde edilen her türlü ekonomik kazancın müsadere edileceği hüküm altına alınmıştır. Suç gelirinin etkin bir şekilde takibi, tespiti ve müsadere ile çıkar amaçlı suçların işlenme amacı ortadan kaldırılmış olacağından, kazanç müsadere uygulamalarından elde edilecek başarı doğrudan öncül suçların azalması sonucunu doğuracaktır.

Mevcut ceza hukuku sistemimizde; uyuşturucu suçundan sanıkların/hükümlülerin kaynağını açıklayamadıkları malvarlıklarının suçtan kaynaklandığının ispat yükümlülüğü iddia makamına ait bulunmaktadır. Oysa Amerika ve bazı Avrupa ülkelerinde uyuşturucu suçundan mahkumiyet halinde, hükümlüler malvarlıklarını yasal yollardan kazandıklarını kendileri ispat etmek zorundadır. Bu doğrultuda, mevzuatımızda genişletilmiş müsadere düzenlemesinin yapılması, uyuşturucu tacirleri ile mücadelede önemli bir kazanım sağlayacaktır.

9.4. Uyuşturucu Madde Bağlantılı Diğer Suçlar

Yeni veri yok

9.5. Uyuşturucu Madde Bağlantılı Suçların Önlenmesi

Yeni veri yok

9.6. Ceza Yargılama Sisteminde Müdahaleler

9.6.1. Cezaevine Alternatifler

5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nda, izlenen suç siyasetinin gereği olarak, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak değil, kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak fiilleri suç olarak tanımlanmıştır. Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi, aslında tedaviye ihtiyaç duyan bir kişidir. Bu nedenle, 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 191'inci maddesinde, kişinin öncelikle tedavi edilmesini ve tekrar uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmaktan korunmasını sağlamaya yönelik olarak hakkında denetimli serbestlik tedbirinin uygulanmasını öngören bir düzenleme yapılmıştır.

Kişinin tedavi olmayı kabul etmesi ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranması halinde, kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı

madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak dolayısıyla hakkında cezaya hükmolünmayacaktır. Başka bir deyişle, bu durumda mahkeme, uyuşturucu veya uyarıcı maddeyi kullanmak için satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi hakkında cezaya hükmetmeden tedavi ile birlikte denetimli serbestlik tedbirine ya da sadece denetimli serbestlik tedbirine karar verecektir.

Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişinin ihtiyacı olan tedavinin süresi kanunda belirlenmemiştir. Çünkü tedavi, yalın bir tıbbi olgudur. Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi, bu maddenin etkisinden kurtulabilmek için kendisiyle ilgili olarak uygulanan tedavinin gereklerine uygun davranmakla yükümlüdür. Kişi tedavi sürecinde ayrıca denetimli serbestlik tedbirine tabi tutulur.

Uygulanan tedavinin olumlu sonuç vermesi ve artık gerek kalmadığı için tedaviye son verilmesi halinde de denetimli serbestlik tedbirinin uygulanmasına devam edilir. Tedavinin sona erdiği tarihten itibaren denetimli serbestlik tedbirinin uygulanmasına asgari bir yıl süreyle devam olunur. Ancak, mahkeme, toplam üç yılı geçmemek üzere, bu sürenin uzatılmasına karar verebilir.

Kişinin hakkında uygulanan denetimli serbestlik tedbirinin de gereklerine uygun davranması halinde, bu süre sonunda, hakkında açılmış olan kamu davası ile ilgili olarak mahkemece düşme kararı verilir.

Denetimli Serbestlik Hizmetleri Kanunu'nun 14'üncü maddesinin birinci fıkrasının (d) bendinde yer alan "5237 sayılı Türk Ceza Kanunu'nun 191'inci maddesinin üçüncü fıkrası gereğince rehberlikle ilgili görevleri yerine getirmek" hükmü ile uyuşturucu madde bağımlısı kişi hakkında verilen yürütülecek rehberlik hizmeti, denetimli serbestlik müdürlüklerinin görevleri arasında sayılmıştır.

Denetimli serbestlik müdürlüklerine uyuşturucu madde kullananların tedavisi ile ilgili herhangi bir görev verilmemiştir. Bağımlıların tedavileri tıbbi bir konu olup Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmektedir.

Bu konuda Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün 22 Aralık 2009 tarihli ve 2009/82 sayılı Genelgesi bulunmaktadır. Bağımlıların tedavi işlemlerinin bu Genelgeye göre yapılması gerekmektedir. Uyuşturucu madde kullanan kişinin ihtiyacı olan tedavinin süresi ve usulü Kanunda belirlenmemiştir. Bağımlı hakkında uygulanacak tedavi ve tedavi sırasındaki psiko-sosyal destek ve rehberlik hizmetlerinin Sağlık Bakanlığı görevlilerince 2009/82 sayılı Genelgeye göre yerine getirilmesi gerekmektedir.

Denetimli serbestlik müdürlüklerinin temel görevi; tedavileri tamamlanan bağımlıların tedavi sonrası, yasa gereğince en az bir yıl süre ile bağımlılıktan uzak kalmalarını sağlamak ve tekrar topluma kazandırmak için çalışmalar yürüterek bağımlılara destek olmaktır. Denetimli serbestlik müdürlüğünce bağımlılara yönelik olarak yürütülecek rehberlik ve iyileştirme çalışmaları, 05.03.2013 tarihli Denetimli Serbestlik Hizmetleri Yönetmeliği'nin 37'nci ve 72'nci maddelerine göre yapılmaktadır. Buna göre denetimli serbestlik müdürlüklerince yürütülen rehberlik ve iyileştirme çalışmaları; değerlendirme, bireysel görüşme, grup çalışmaları, boş zaman yapılandırılması, sosyal ve kültürel faaliyetler, aile ve okul ziyaretleri, seminer ve konferanslar gibi bağımlıların uyuşturucu maddeden uzak tutacak, onları topluma kazandıracak her türlü faaliyetlerdir.

Değerlendirme: Tedavi sonrası denetimli serbestlik müdürlüğüne gönderilen kişilerin denetimli serbestlik uzmanı tarafından ne tür bir rehberlik programına alınmaları gerektiği ve kişinin ne tür desteğe ihtiyacı olduğu değerlendirilmektedir. Bu değerlendirme kişi için görevlendirilen ilgili uzman tarafından birebir görüşme yapılarak birinci veya ikinci görüşmede tamamlanmaktadır. Yapılan değerlendirme sonucunda kişinin alacağı rehberlik programları ve gerekli destek noktaları belirlenir ve bir plan çerçevesinde kendisi hakkında hazırlanan programlara davet edilir.

Bireysel görüşme: Denetimli serbestlikte bağımlıların çalışma bireysel görüşmelerle başlar. Bireysel görüşmelerin ilk iki oturumu kişiyi değerlendirmeye ve kişinin ihtiyaçlarını belirlemeye yöneliktir. Yapılan değerlendirmeye göre kişi ile çalışmaya birebir görüşmelerle devam edilmesine karar verilmiş ise bu kişiyle bir uzman rehberlik çalışmalarına görüşme süresince devam eder. Bireysel görüşme on iki oturum olup her bir oturum yapılandırılmış içeriklerden oluşmaktadır. Bireysel görüşme oturumları ihtiyaçlara göre yeniden revize edilmektedir. Bu konuda üniversitelerle işbirliği yapılmakta, bireysel görüşme içeriklerinin oluşturulmasında akademisyenlerden yararlanılmaktadır.

Yapılandırılmış grup çalışmaları: Tedavi sonrasında bağımlı kişiyle yapılan bireysel görüşmeler sonrasında kişinin grup çalışmasına uygun olduğu değerlendirilir ise rehberlik ve iyileştirme çalışmalarına grup çalışmalarıyla devam edilir. Gruplar benzer durumda olan bağımlıların topluca rehberlik programına alınmaları anlamına gelmektedir. Grup çalışmaları bağımlıların rehabilitasyonuna daha fazla katkı sağlamakta, grup dinamiği içerisinde bağımlılıktan kurtulmak isteyen kişiler birbirini olumlu yönde motive edebilmektedirler. Grup çalışmaları denetimli

serbestlik uzmanları tarafından kurum içerisinde veya kurum dışında yapılabilmektedir.

Özellikle denetimli serbestlikte akademisyenlerin desteği ile geliştirilen grup çalışma programlarından SAMBA Tedavi Programı yaygın olarak kullanılmakla birlikte bu programa ek olarak öfke kontrolü, stresle başa çıkma, genel suçlu davranışı gibi programlar uygulanmaktadır. Bu programlara katılanlardan olumlu geri bildirimler alınmakta, bu şekilde madde kullanımından vazgeçenler olabilmektedir.

Aile görüşmeleri ve okul ziyaretleri: Özellikle uyuşturucu madde bağımlısı gençlerin aile ilişkilerinin güçlendirilmesi ve okula devamları bağımlılıktan kurtulmalarında büyük önem arz etmektedir. Bu nedenle tedavi ve rehberlik sürecine ailelerin dâhil edilmesi gerekmektedir.

Denetimli serbestlik personeli, yapılan rehberlik çalışmaları kapsamında aile ziyaretleri yaparak kişinin bağımlılıktan kurtulması için ailelerle işbirliği yapmaktadırlar. Bu kapsamda aileler uyuşturucu madde bağımlılığı konusunda bilgilendirilmekte ve aile bağımlı olan çocuklarına yaklaşım konusunda desteklenmektedir. Bağımlıların okul ortamından kopmaması ve eğitimden uzak kalmaması için okulların rehberlik servisleriyle işbirliği yapılması gerekmektedir. Bağımlıların çalışırken denetimli serbestlik uzmanları gerek görmeleri halinde okulların rehberlik servisi ile itibata geçmektedirler.

Boş zaman yapılandırılması: Denetimli serbestlik müdürlüklerinde bireysel görüşmeleri ve grup çalışmalarını tamamlayan ve her hangi bir işi veya meşguliyeti olmayan bağımlıların uyuşturucu madde kullanımından uzak kalmaları için boş zamanlarının doldurulması ve bu kişilerin eğitsel, sosyal, kültürel, sanatsal veya sportif faaliyetlere yönlendirilmesi çok önemlidir. Bağımlıların boş zamanlarının eğitsel, sosyal, kültürel, sanatsal veya sportif etkinliklerle yapılandırılması, bu kişilerin uyuşturucu madde kullanımına bakış açılarını değiştirmekte ve uyuşturucu maddeden uzak durmalarını sağlamaktadır. Bağımlıların ilgi alanlarına uygun faaliyetlere katılmaları için diğer kurumların hizmetlerinden yararlanılmaktadır. Bağımlıların boş zamanlarının yapılandırılması sürecinde ilgili kurumların veya sivil toplum kuruluşlarının bağımlıları dışlamamaları ve ayırım gözetmemeleri bu kişilerin topluma kazandırılmalarında çok etkili olmaktadır. Bu kapsamda Gençlik ve Spor, Aile ve Sosyal Politikalar, Milli Eğitim ve İşkur İl Müdürlükleri, Belediyeler, Yeşilay ve ilgili sivil toplum örgütlerinin, sahip oldukları imkânlar bağımlılar için de değerlendirilmelidir.

Meslek kursları ve iş edindirme: Bağımlılar yavaş yavaş toplumdan ve sosyal ortamdan uzaklaşmakta bağımlılığın ilerleyen sürecinde de

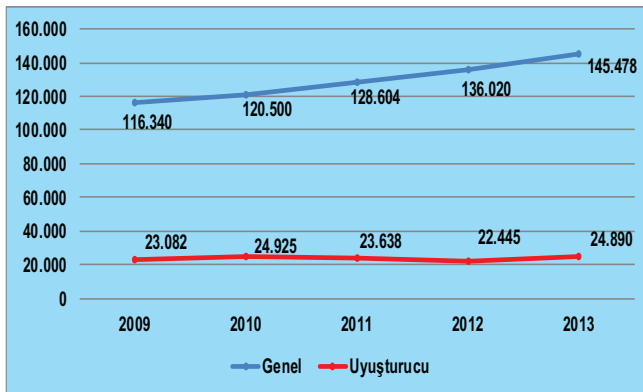
işlerini kaybedebilmektedirler. Tedavi sonrasında işi olmayan veya işini kaybeden bağımlıların meslek kurslarına yönlendirilmeleri ve iş edinebilmeleri bağımlılıktan uzak kalabilmeleri ve uyuşturucu madde kullanımının tekrarlanmaması bakımından önemlidir. Bu nedenle, denetimli serbestlik kapsamında rehberlik programlarını tamamlayan kişilerin düzenli bir yaşam sürdürmeleri ve uyuşturucu madde kullanımından uzak kalmaları amacıyla bir meslek edinmeleri veya iş bulmaları sağlanmaya çalışılmaktadır. Bu amaçla, bağımlılara yönelik meslek edindirme kursları düzenlenmekte ve başarılı olanlara sertifika verilmektedir. Meslek sahibi olup da işi olmayanlar ise kendi işlerini kurmaları veya iş bulmaları konularında desteklenmektedirler.

Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullananlara yönelik yürütülen faaliyetler ile bağımlıların rehabilitasyonu sağlanarak uyuşturucu madde kullanımının kişiye, sosyal çevresine ve topluma verdiği zarar en aza indirgenmeye çalışılmaktadır. Böylelikle uyuşturucu madde bağlantılı suçların azaltılması da hedeflenmektedir.

9.6.2. Ceza Yargılama Sisteminde Diğer Müdahaleler

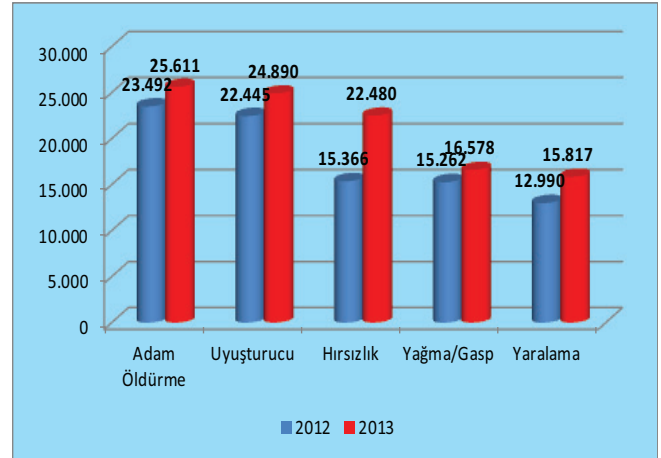
Adalet Bakanlığı CTEGM 2013 yılı verileri Türkiye'deki uyuşturucu madde ve uyuşturucu madde bağlantılı suçların boyutuna dikkat çekmektedir. 2013 yılında uyuşturucu madde bağlantılı suçlardan ceza infaz kurumlarında 24.890 hükümlü/tutuklu bulunmaktadır. Geçmiş yıllarla kıyaslandığında, 2012 yılında 22.445 hükümlü/tutuklu uyuşturucu madde bağlantılı suçlardan ceza infaz kurumlarında bulunurken, bu sayının 2013 yılında %10,89 artışla 24.890 olduğu görülmektedir.

Grafik 9-52: Ceza İnfaz Kurumlarında Bulunanların Toplam Sayısı ile Uyuşturucu Madde Bağlantılı Suçlardan Ceza İnfaz Kurumlarında Bulunanların Sayısının Yıllara Göre Dağılımı



Kaynak: Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, 2014

Grafik 9-53: Suç Gruplarına göre 2012-2013 Yılı karşılaştırılması



Kaynak: Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü, 2014

Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü verilerine göre, 2013 yılında uyuşturucu madde bağlantılı suçlardan ceza infaz kurumlarında 24.890 kişi bulunmaktadır. Aynı dönemde ceza infaz kurumlarında bulunan toplam kişi sayısı ise 145.478'dir. Buna göre sadece uyuşturucu madde bağlantılı suçlardan ceza infaz kurumlarında bulunanlar toplam sayının %17,1'ini oluşturmaktadır.

Adalet Bakanlığı pek çok Genel Müdürlüğü ile uyuşturucu madde bağımlılığı ve mücadelesi alanında görev ve sorumluluğu olan bir bakanlıktır. Özellikle uyuşturucu madde bağımlılığına yönelik önleme ve rehabilitasyon çalışmaları kapsamında Adalet Bakanlığı Ceza ve Tevkifevleri Genel Müdürlüğü'ne bağlı ceza infaz kurumları ve denetimli serbestlik müdürlüklerinde çalışmalar yürütülmektedir.

Ceza infaz kurumlarında alkol ve uyuşturucu madde bağımlısı hükümlü/tutuklular için psiko-sosyal yardım servisi tarafından yapılan çalışmaların başında Alkol ve Madde Bağımlılığı Programı gelmektedir.

Ceza infaz kurumlarında sürdürülen Alkol ve Madde Bağımlılığı Programı, 4 hafta boyunca düzenlenen ve yaklaşık 1,5 saat süren 16 oturumdan oluşan bir programdır. Bu program Bilişsel-Davranışçı Terapi ile Zararın En Aza Indirilmesini hedefleyen bir modelde hazırlanmıştır. Programın amacı madde kullanan kişilerin tedaviye yönelmeleri konusunda farkındalık oluşturmaktır. Madde kullanımı ve bununla ilgili suçlara karışan hükümlüler ile çalışmalar yapılması planlanmakta ve madde kullanım zararları ve zararın en aza indirilmesi becerileri üzerinde çalışılmasına odaklanmaktadır.

Alkol ve Madde Bağımlılığı Programını daha işlevsel hale getirmek ve Türkiye’de yaygın bağımlılık maddesi olan sigarayı da programa dahil etmek amacıyla Prof. Dr. Kültegin ÖGEL koordinatörlüğünde Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı (SAMBA) Tedavi Programı geliştirilmiştir. Geliştirilen bu programın ceza infaz kurumlarında yaygınlaştırılmasına yönelik 20 ceza infaz kurumu psikolog ve sosyal çalışmacısına eğitici eğitimi verilmiştir. Eğitici eğitimi verilen psikolog ve sosyal çalışmacılar tarafından diğer ceza infaz kurumu psikolog ve sosyal çalışmacılarına 2015 yılında ceza infaz kurumu personel eğitim merkezlerinde yaygınlaştırma eğitimleri verilecektir.

Bu çalışmalar dışında iyileştirme faaliyetlerine destek olacak nitelikli personel alımında son yıllarda önemli gelişmeler kaydedilmiş, psikolog ve sosyal çalışmacıların sayısında artış yaşanmıştır. Ayrıca psikolog, sosyal çalışmacı ve sosyologlar gerek bu programlar gerekse diğer iyileştirme faaliyetleri ile ilgili olarak eğitimler almakta ve bu eğitimler sonrasında hazırlanan raporlar çalışmaların yürütülmesine ilişkin gelişmelerde yol gösterici olmaktadır.

Ceza İnfaz Kurumlarında ayrıca alkol ve uyuşturucu madde bağımlılığı konusunda İl Emniyet Müdürlükleri ve İl Sağlık Müdürlükleri ile işbirliği içerisinde seminerler verilmesi sağlanmakta ve ceza infaz kurumlarında yapılacak bilimsel araştırmalara destek olunarak gerekli izinler verilmektedir.

9.7. Cezaevlerinde Uyuşturucu Madde ve Problemleri Madde Kullanımı

Hükümlü ve tutuklulara, ceza infaz kurumlarına kabul aşamasında psikolog ve sosyal çalışmacılar tarafından tanıma ve takip formu doldurularak bağımlılık riski taşıyan bireyler tespit edilmektedir.

Bağımlılık riski taşıyan hükümlü ve tutuklulara yönelik olarak psikolog ve sosyal çalışmacılar tarafından öncelikle bireysel psikolojik görüşme yapılarak alkol ve madde bağımlılık öyküsü alınır, bağımlı olduğu madde ve yoksunluk belirtisi yaşayıp yaşamadığı tespit edilir.

Yoğun yoksunluk, zehirlenme belirtileri olan ve şiddetli madde isteği duyan bireyler hastanelerin acil servis ve psikiyatri polikliniklerine sevk için kurum sağlık servisine yönlendirilir.

Geçmişte madde bağımlılığı öyküsü bulunan ve tedavisi devam eden bireylere yönelik olarak sağlık servisi ve psiko-sosyal servis ortak çalışma gerçekleştirir.

Psikolog ve sosyal çalışmacılar tarafından bağımlılık riski taşıyan bireylere Sigara Alkol ve Madde Bağımlılığı hakkında;

- Etkileri konusunda bilgilendirme yapılır.
- Bırakmaya yönelik motivasyon geliştirilir.
- Madde kullanma arzu ve dürtüsüne yönelik başa çıkma yolları öğretilir.
- Temiz kalmanın yolları öğretilir.
- Kurumda uygulanan alkol madde bağımlılık grup müdahale programı hakkında bilgi verilir ve istekli olanlar grup çalışmasına yönlendirilir.

Ceza infaz kurumlarına madde girişi yasal mevzuatla yasaklanmış olup madde tespit edilmesi durumunda gerekli yasal ve idari süreç başlatılmaktadır.

9.8. Cezaevlerinde Uyuşturucu Madde Bağlantılı Sağlık Sorunlarına Çözümler

Türkiye’deki sağlık örgütlenmesi 24 Kasım 2004 tarihinde kabul edilen 5258 sayılı “Aile Hekimliği Pilot Uygulaması Hakkında Kanun” ile yeni bir döneme girmiştir. Bu kanuna göre sağlık ocakları kaldırılacak ve birinci basamak tedavi hizmetleri “aile hekimleri” tarafından verilecektir.

Sağlık Bakanlığı ve Adalet Bakanlığı arasında 2009 yılında imzalanan protokol uyarınca, ceza infaz kurumları da aile hekimlerinin gezici hizmet vermesi gereken yerler olarak tanımlanmıştır. Buna göre, tutuklu ve hükümlüler de birinci basamak tedavi hizmetlerini bulundukları infaz kurumunda hizmet veren aile hekimlerinden almaktadırlar. Ayrıca, ceza infaz kurumu kampüs biçiminde ise, bölgedeki semt polikliniklerinden de sağlık hizmeti alabilirler. Ceza infaz kurumunda tedavi işleri dışındaki sağlıkla ilgili durumlarda başvurulacak birim, o ilçedeki toplum sağlığı merkezidir (Ceza İnfaz Kurumlarında Sağlık Hizmetleri El Kitabı 2012).

Ceza infaz kurumlarında birinci basamak sağlık hizmetleri aile hekimleri tarafından yürütülmekte, ileri tetkik ve tedavi gerektiren sağlık sorunları için ilgili sağlık kuruluşlarına sevkler yapılmaktadır. Bu kapsamda uyuşturucu madde kullanıcılarının tedavi hizmetleri genellikle sağlık kuruluşlarına sevk edilerek yürütülmektedir. Ayrıca ceza infaz kurumlarında bulaşıcı hastalıklarının önlenmesine ilişkin olarak Sağlık Bakanlığının Hepatit (B) hastalığına karşı rutin aşı uygulamalarını da kapsayan 30.11.2006 gün ve 18607-2006/120 sayılı Genişletilmiş Bağışıklama Programı Genelgesi ile Hepatit (B) kontrol programı stratejileri kapsamında, İl Sağlık Müdürlükleri ile iletişime geçilerek aşılardan temin edilmesi, tüm hükümlü ve tutuklular ile personelin rutin aşı uygulamalarından faydalanması sağlanmaktadır.

Gerek bulaşıcı hastalıklar gerekse diğer hastalıkların toplumun tümünü bilgilendirmesi nedeniyle, ülkedeki sağlık hizmetlerinden sorumlu olan Sağlık Bakanlığı konuyla ilgili genelgeler yayınlamakta ve kontrol

programları yürütmektedir. Dolayısıyla, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ile ilgili çalışmalar Sağlık Bakanlığı'nın politika ve uygulamaları ile paralel yürütülmektedir (Ceza İnfaz Kurumlarında Sağlık Hizmetleri El Kitabı 2012).

9.9. Cezaevinden Tahliye Olduktan Sonra Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Topluma Yeniden Kazandırılmaları

Ceza infaz kurumlarında belli bir süre kalan hükümlüler sosyal hayatlarından uzaklaşmakta; bu hükümlülerin etkin bir denetim ve destek sistemi olmaksızın toplum içerisine bırakılmaları, hem kendileri hem de toplum için risk oluşturmaktadır. Bu nedenle, hapis cezalarının belirli bir kısmının denetimli serbestlik tedbiri uygulanarak infaz edilmesi suretiyle hükümlülerin dış dünyaya uyumlarını sağlamak, aileleriyle bağlarını sürdürmelerini ve güçlendirmelerini temin etmek amacıyla 11 Nisan 2012 tarihinde yürürlüğe giren 6291 sayılı Kanun ile 5275 sayılı Ceza ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanuna 105/A maddesi eklenmiştir. Bu maddeye göre; açık ceza infaz kurumunda cezasının son altı ayını kesintisiz olarak geçiren, koşullu salıverilmesine bir yıl veya daha az süre kalan iyi hâlli hükümlülerin talebi hâlinde, cezalarının koşullu salıverilme tarihine kadar olan kısmının, denetimli serbestlik tedbiri uygulanmak suretiyle infazına, infaz hâkimi tarafından karar verilebilecektir. Bu infaz usulünden çocuk hükümlülerin, sıfır-altı yaş grubunda çocuğu bulunan kadın hükümlülerin ve maruz kaldıkları ağır bir hastalık, sakatlık veya kocama nedeniyle hayatlarını yalnız idame ettiremeyen hükümlülerin daha geniş bir kapsamda yararlanmaları imkânı da getirilmiştir. Bu uygulama, iyi halli hükümlülerin topluma kazandırılmasına çok önemli katkılar sağlamaktadır.

6291 sayılı Kanunun yürürlüğe girmesinden sonra hükümlülerin açık ceza infaz kurumlarına ayrılmalarına ilişkin mevzuatta yapılan değişiklikler de dikkate alınarak, 05 Temmuz 2012 tarihinde yürürlüğe giren 6352 sayılı Kanunun Geçici 2. maddesi ile bir defaya mahsus olmak üzere, altı ay süreyle açık ceza infaz kurumunda kalma şartı kaldırılmıştır. Ayrıca; 31 Ocak 2013 tarihinde yürürlüğe giren 6411 sayılı Kanun ile 31 Aralık 2015 tarihine kadar altı ay süreyle açık ceza infaz kurumunda kalma şartı tekrar kaldırılmıştır. 105/A kapsamında ceza evinden tahliye olan ve koşullu salıverilme tarihine kadar infazına denetimli serbestlik müdürlüklerinde devam edilen hükümlülere Araştırma ve Değerlendirme formu (ARDEF) uygulanmakta ve form sonucu bağımlılık riski yüksek çıkmış hükümlüler bireysel ya da grup çalışmaları ile desteklenmektedir. Ayrıca diğer kurum ve kuruluşları ile işbirliği içerisinde bağımlılık sorunu olan hükümlülere boş zamanlarını değerlendirme, sosyo-ekonomik destek sağlama çalışmaları da

yapılmaktadır. Denetimli serbestlik müdürlüğüne süresinde müracaat eden hükümlünün risk ve ihtiyaç değerlendirmesine göre uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılığı tespit edilmesi halinde, Denetimli Serbestlik müdürlüklerinde başarı ile uygulanmakta olan SAMBA Tedavi Programı ile birlikte 2013 yılı içerisinde yapılandırılan SAMBA Aile ve SAMBA Okuma grup çalışmaları ile hükümlünün madde bağımlılığından kurtulması ve maddenin olumsuz etkilerinden korunması desteklenmektedir. Ayrıca madde bağımlısı olduğu düşünülen hükümlülere yönelik bireysel görüşmelerin yapılandırılması ile ilgili çeşitli akademisyenlerin desteğiyle çalışmalar yürütülmektedir.

Rehberlik ve iyileştirme çalışmaları kapsamında değerlendirme, bireysel görüşme, grup çalışmaları, boş zaman yapılandırılması, sosyal ve kültürel faaliyetler, aile ve okul ziyaretleri, seminer ve konferanslar gibi bağımlıları uyuşturucu maddeden uzak tutacak, onları topluma kazandıracak her türlü faaliyet hakkında denetimli serbestlik tedbiri uygulanarak cezasının infazına karar verilen ve uyuşturucu veya uyarıcı madde bağımlılığı tespit edilen hükümlüler hakkında da yürütülmektedir.

Uyuşturucu madde bağımlılarının tedavisi ve topluma kazandırılması ilgili kurumların işbirliği içerisinde ve tam bir koordinasyonla çalışmaları halinde mümkün olabilir. Bağımlıların usulüne uygun olarak tedavi edilmeleri, tedavi sonrasında desteklenmeleri ve uzun bir müddet izlenmeleri, bu kişilerin bağımlılıktan kurtulmaları ve topluma yeniden kazandırılmalarında önemlidir.

10. BÖLÜM

UYUŞTURUCU MADDENİN ARZ BOYUTU

Bülent DEMİRCİ²⁶

10.1. Giriş

Türkiye’de uyuşturucu madde kaçakçılığı ile mücadelede görev yapan kurumların başında Emniyet Genel Müdürlüğü (EGM), Jandarma Genel Komutanlığı (JGK), Sahil Güvenlik Komutanlığı ve Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü (GMGM) gelmektedir. Bu kurumlar haricinde Toprak Mahsulleri Ofisi (TMO), Adli Tıp Kurumu, Mali Suçlar Araştırma Kurulu Başkanlığı (MASAK) ve Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TITCK) gibi kurumlar da uyuşturucu maddelerin takibatında çok önemli görevler yerine getirmektedir. Kurumların görev ve sorumluluk alanları, yasalar ve kurumlar arası yapılan protokollerle belirlenmiştir.

Emniyet güçleri kentsel alanda, jandarma güçleri genel olarak kırsal alanda, gümrük personeli Türkiye gümrük bölgesinde (Türkiye Cumhuriyeti siyasi sınırları), Sahil Güvenlik ise Türkiye’nin bütün sahillerinde ve karasularında uyuşturucu maddelerin kaçakçılığı ve yasa dışı ticaretiyle mücadele etmektedir.

Türkiye’de uyuşturucu alanında çalışmalar yapan kamu kurumları tarafından, kendi görev ve sorumluluk alanlarına giren faaliyetlerle ilgili farklı veri toplama ve saklama metotları kullanılmaktadır. İlgili kurumların kullandığı uyuşturucuya ilişkin bütün verilerin toplandığı ortak bir veri tabanı bulunmamaktadır. Bu durum verilerin toplanmasında ve analiz edilmesinde çeşitli problemler meydana getirirse de, ulusal anlamda izleme görevi yapan TUBİM tarafından son yıllarda yapılan çalışmalar neticesinde uyuşturucu alanındaki bütün veriler sağlıklı bir şekilde toplanmaya ve raporlanmaya başlamıştır. Bu sayede hem ulusal ihtiyaçlara cevap verilmiş hem de uluslararası veri toplama standartlarına ulaşılmıştır.

Bu bölümde yer alan “Ülkeye ve Ülke İçinde Arz” ve “Yakalamalar” kısımları hazırlanırken, Türkiye’deki kanun uygulayıcı birimler olan Emniyet Genel Müdürlüğü, Jandarma Genel Komutanlığı, Sahil Güvenlik Komutanlığı ve Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü verilerinden, ilgili EMCDDA Standart Tabloları verilerinden, akademik çalışmalardan ve bu alandaki ulusal ve uluslararası raporlardan faydalanılmıştır.

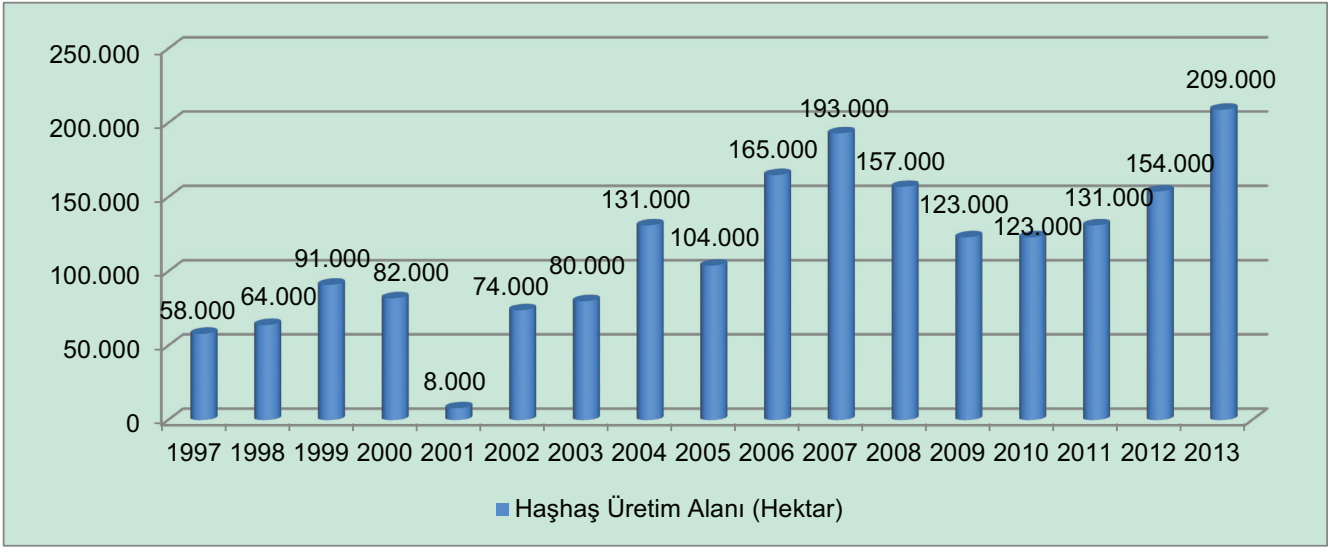
Bölümde yer alan “Yasadışı Maddelerin Sokak Düzeyi ve Toptan Fiyatı” bölümü, TUBİM tarafından hazırlanan ve EGM verilerinin Polnet internet ağı üzerinden toplandığı “Uyuşturucu Fiyat Projesi” verilerinden, “Yasadışı Maddelerin Saflığı/Etki Gücü ve Yasadışı Maddelerin ve Tabletlerin Oluşumu” bölümü, Polis ve Jandarma Kriminal Laboratuvar ile Adli Tıp Kurumu Başkanlığı verilerinden derlenmiştir.

10.2. Ülkeye ve Ülke İçinde Arz

Türkiye, stratejik konumu gereği Asya ve Avrupa kıtaları arasında yasal veya yasa dışı ticareti yapılan ürünlerin yoğun akışına maruz kalmaktadır. Bu bağlamda Türkiye, 2013 yılında da Afganistan kaynaklı afyon ve türevleri kaçakçılığına maruz kalmaya devam etmiştir.

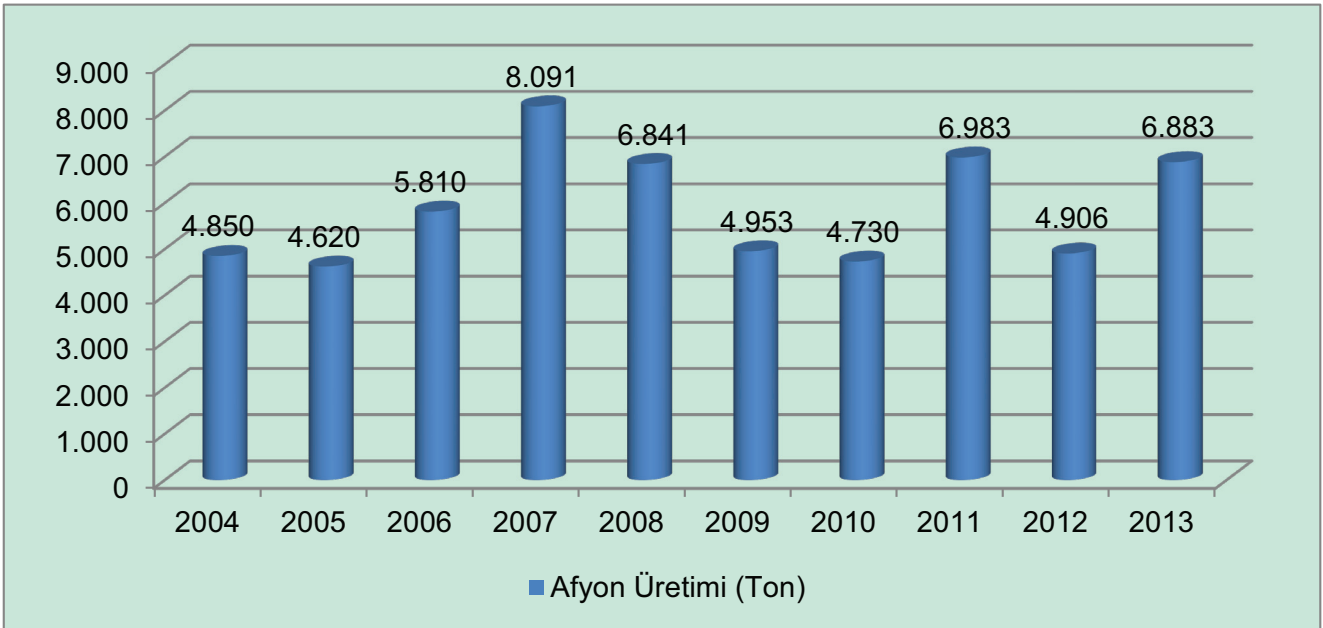
Dünya geneli yasa dışı haşhaş bitkisi ekimi 2013 yılında 296.720 hektardır ve bu rakam hesaplamaların yapılmaya başlandığı 1998 yılından beri en yüksek rakamdır. Dünyanın en büyük haşhaş üretimini gerçekleştiren Afganistan’da art arda üçüncü defa ekim alanında bir artış olmuştur (Grafik 10-1). Myanmar’daki haşhaş bitkisi üretim alanı da genişleyerek 57.800 hektara ulaşmıştır. (UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014:21). Ancak en büyük, haşhaş bitkisi üretim artışı alanı 2012 yılında 154.000 hektardan 2013 yılında 209.000 hektara %36’lık yükseliş görülen Afganistan’da görülmüştür (UNODC Afganistan Afyon Araştırması, 2013:10).

²⁶ TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi)

Grafik 10-1: Afganistan'daki Haşhaş Bitkisi Üretim Alanı (Hektar)

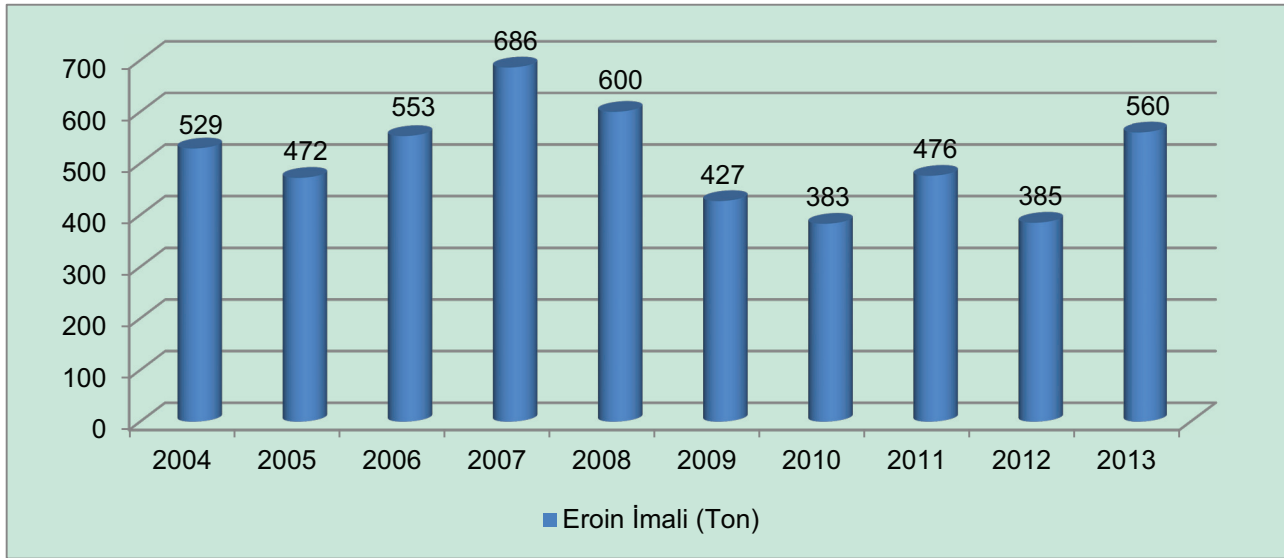
Kaynak: UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014.

2013 yılında global potansiyel afyon üretimi 6.883 ton olarak tahmin edilmektedir. Bu rakam 2012 yılına göre %40,3 oranında bir artışı ifade etmektedir (Grafik 10-2). Afganistan'daki potansiyel afyon üretimi, 2012 yılındaki 3.700 ton seviyesinden %49'luk bir artışla 2013'te 5.500 ton olarak tahmin edilmektedir (UNODC Afganistan Afyon Araştırması, 2013:10). Afganistan'daki afyon üretimi dünya geneli afyon üretiminin %80'ini oluşturmaktadır (UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014:21)

Grafik 10-2: Global Potansiyel Afyon Üretimi (Ton)

Kaynak: UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014.

Global potansiyel eroin imali 2013 yılında 2012 yılına göre %45,5 artarak 560 tona yükselmiştir (UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014:21)

Grafik 10-3: Global Potansiyel Eroin İmalı (Ton)

Kaynak: UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014.

Afganistan'dan Batı ve Orta Avrupa'yı hedef alıp, İran ve Türkiye üzerinden geçen Balkan Rotası, Afgan eroininin Batı ve Orta Avrupa'daki yüksek karlı pazarlara geçişi için bir koridor olmayı sürdürse de, daha etkili kolluk mücadelesi ve Batı ve Orta Avrupa'da küçülen pazar gibi çeşitli faktörler nedeniyle bu rotanın önemi azalmış ve bu rotadaki eroin akışında azalma görülmüştür (UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014:23). Eroinin Afganistan'ın güneyinden Yakın ve Orta Doğu ve Afrika aracılığıyla veya doğrudan Pakistan'dan Avrupa'ya ulaştırıldığı güney rotası genişlemektedir (UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014:24).

Türkiye'de afyon ve türevlerine yönelik olarak 2013 yılında aşağıdaki trendler gözlemlenmiştir:

- Afganistan ve İran İslam Cumhuriyeti menşeli eroinin Türkiye'ye başta Hakkari, Van ve Ağrı olmak üzere doğu illerimizden yasa dışı yollardan girişinin yapıldığı ancak son zamanlarda Kuzey Irak'tan temin edilen eroinin Irak sınırından da Türkiye'ye girişinin olduğu tespit edilmiştir.
- Deniz yolu eroin kaçakçıları için önemini korumaktadır. Eroinin son zamanlarda Doğu Akdeniz Rotasında Afrika üzerinden, Kuzey Karadeniz Rotalarında ise Gürcistan üzerinden Avrupa ülkelerine sevk edilmeye çalışıldığı tespit edilmiştir.
- Son yıllarda eroin kaçakçılarının Türkiye'de Karadeniz sahil şeridini yoğun olarak kullandıkları, İran üzerinden Türkiye'ye geçen eroine yönelik Karadeniz sahil şeridinde

gerçekleştirilen yakalamaların da arttığı tespit edilmiştir.

- Kargo gönderileri ile uyuşturucu madde kaçakçılığı devam etmiştir.
- Uyuşturucu organizasyonları, riski en aza indirmek amacıyla küçük miktarlı ancak daha çok sayıda sevkiyatlara yönelmişlerdir. Önceki yıllarda gerçekleştirilen tek seferde yüklü miktardaki yakalamaların yerini küçük miktarlar almıştır. Ayrıca sınır kapılarımızda 2013 yılında önceki yıllara oranla yüksek miktarda eroin yakalamalarında artışlar yaşanmıştır.
- İran İslam Cumhuriyeti-Türkiye-Gürcistan-Ukrayna-Avrupa ülkeleri ve İran İslam Cumhuriyeti-Türkiye-Suriye-Lübnan (kokain karşılığında) gibi farklı rotalara rastlanmıştır (EGM 2013 Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Raporu, 2014).

Esrar, dünya genelinde olduğu gibi Türkiye'de de en fazla kullanılan ve yakalanan uyuşturucu olmaya devam etmiştir. Türkiye'de üretilen esrar, suç organizasyonları tarafından iç piyasaya sürülmektedir. Esrar, Türkiye'de daha çok kubar formunda üretilmekte ve tüketilmektedir. Kubar esrar dünyanın her ülkesinde yetiştirilebilmekte olsa da, toz esrarın üretimi sadece Kuzey Afrika, Orta Doğu ve Güney – Batı Asya'daki birkaç ülke ile sınırlıdır (UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014:39). Ayrıca İran İslam Cumhuriyeti ve Suriye gibi ülkelerden de Türkiye'ye esrar girişinin olduğu tespit edilmiştir. 2013 yılında Türkiye'de pek görülmeyen sera yöntemiyle esrar üretimi Antalya'daki bir operasyon neticesinde ortaya çıkmış ve 1 ton 854 kg esrar ele geçirilmiştir (EGM 2013 Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Raporu, 2014).

Kokain kaçakçılığından Türkiye hem transit hem de hedef ülke olarak etkilenmektedir. Türkiye'yi hedef alan kokain trafiğinin başlangıç noktası Arjantin, Brezilya, Ekvator, Paraguay ve Venezuela'dır. Bunun yanı sıra Türkiye'nin hedef olduğu birçok olayda kokain, öncelikle Batı Afrika'ya daha sonra da Türkiye'ye sevk edilmektedir. Kokain, Güney Amerika'dan Türkiye'ye kimi zaman konteynerler içerisinde yüklenerek deniz yoluyla, kimi zaman da kuryeler vasıtasıyla hava yolu ile getirilmektedir. Bunların dışında, Avrupa ve Orta Doğu'ya ulaştıktan sonra iç bölgelere doğru kara yolu vasıtalarıyla nakli de yapılabilmektedir. Türkiye'deki kokain operasyonları genellikle havalimanlarında kuryelere yöneliktir. Geçmiş yıllarda Türkiye'de yakalanan kokain kuryelerinin çoğunluğunu Batı Afrikalılar oluştururken, 2013 yılında Avrupalı kuryelerin ön planda olduğu görülmüştür (EGM 2013 Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Raporu, 2014).

Türkiye ekstazi açısından hedef ülke konumundadır. 2013 yılında Türkiye'de ele geçirilen Ekstazinin büyük çoğunluğu Hollanda ve Belçika kaynaklıdır. ekstazi, Avrupa ülkelerinden hava, deniz ve kara yolu ile Türkiye'ye getirilmektedir. Son yıllarda uyuşturucu piyasasında yüksek kalitede ekstazi tekrar görülmeye başlamıştır. Bu durum, yasa dışı üreticilerin bu uyuşturucuyu üretmek için kontrol altında olmayan kimyasalları ithal etmesinden kaynaklanmaktadır (EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014:14). Ekstazi tabletlerinin içeriğindeki MDMA miktarındaki yükselişe paralel olarak, 2013 yılında Türkiye'de yakalanan ekstazi tabletlerin saflığında da artış görülmüştür.

Türkiye kaptagon kaçakçılığından hem transit hem de pazar olarak etkilenmektedir. Kaptagon üretiminin son dönemde kademeli olarak Ortadoğu'ya yayıldığı görülmektedir (UNODC 2011). Türkiye'de son yıllarda ele geçirilen kaptagon tabletlerin analizlerinde, birçoğunda etken maddenin amfetamin olduğu tespit edilmiştir.

Türkiye'de yakalanan metamfetamin genellikle İran İslam Cumhuriyeti menşelidir. İran İslam Cumhuriyeti'nden çoğunlukla kara yoluyla temin edilen metamfetamin, Türkiye üzerinden kurye veya kargo yoluyla; Malezya, Tayland, Singapur, Japonya, Endonezya, Vietnam ve Avustralya gibi Asya-Pasifik ülkelerine taşınmaktadır. Yine Türkiye üzerinden kara yolu ile Avrupa ülkelerine ve Suriye'ye de metamfetamin sevkiyatlarının yapıldığı tespit edilmiştir (EGM 2013 Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Raporu, 2014).

Sentetik kannabinoid kaçakçılığında Türkiye hedef ülke konumundadır. Sentetik kannabinoidler, Avrupa ülkeleri ile birlikte ABD ve Çin gibi ülkelere yasa dışı yollarla Türkiye'ye getirilmektedir. Türkiye'ye

getirilen etken maddeler, ada çayı, damiana çayı vb. gibi kurutulmuş değişik bitki yapraklarına emdirildikten sonra paketlenerek 2-3 gramlık paketler halinde piyasaya sunulmaktadır. Sentetik kannabinoidlerin Türkiye'de sıvı, toz ve tablet halde yakalamaları da gerçekleşmiştir.

10.3. Yakalamalar

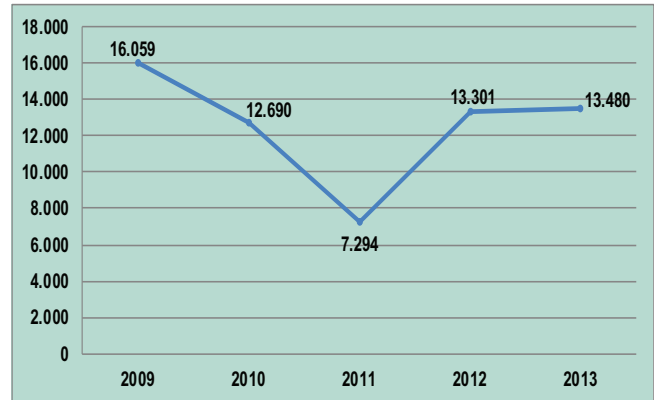
10.3.1. Afyon ve Türevleri

2013 yılında Türkiye'de 210 kg afyon yakalanmıştır. Türkiye'nin iç pazarında afyon talebi yok denecek kadar azdır. 2012 ve 2013 yıllarında yakalanan afyon maddesinin çoğunluğu Kanada, ABD, İngiltere, Avustralya ve Arnavutluk gibi ülkelere kargo ile sevk edilirken ele geçirilmiştir.

2013 yılında yakalanan 3 kg baz morfin maddesi ile birlikte son dört yılda yakalanan baz morfin miktarı sadece 55,838 kg'dır. Bu durum uyuşturucu organizasyonlarının eroini, afyon üretim bölgelerine yakın bölgelerde üretmesinden kaynaklanmaktadır. Nitekim 2013 yılında Türkiye'de yakalanan afyon ve türevlerinin %98,44'ü eroin formundadır.

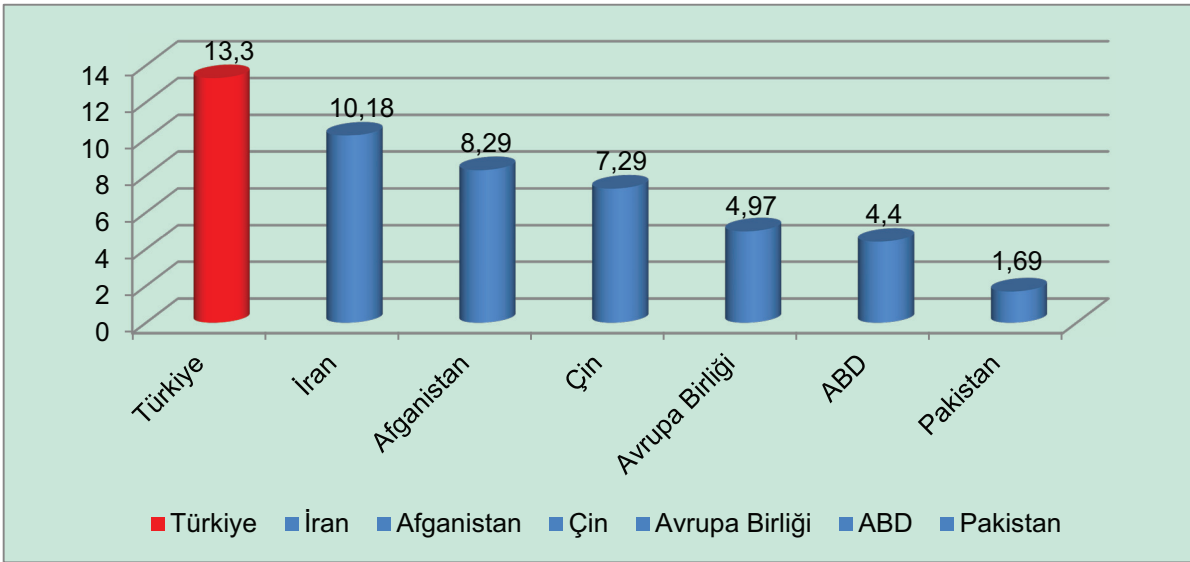
Türkiye'de 2013 yılında 13.480 kg eroin yakalanmıştır. Eroin yakalamalarında 2009 yılından itibaren görülen düşüş, 2012 yılında son bulmuş ve bir önceki yıla göre %82,36 oranında önemli bir artış gerçekleşmiştir. 2013 yılındaki eroin yakalamalarında da bir önceki yıla göre %1,35 oranında bir artış gerçekleşmiştir.

Grafik 10-4: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Eroin Miktarları (kg)

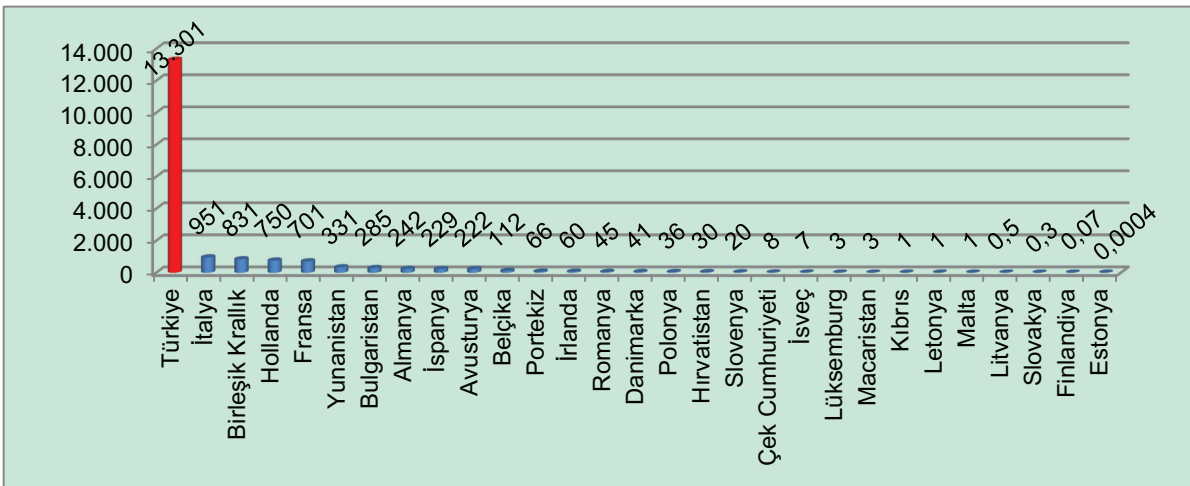


Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

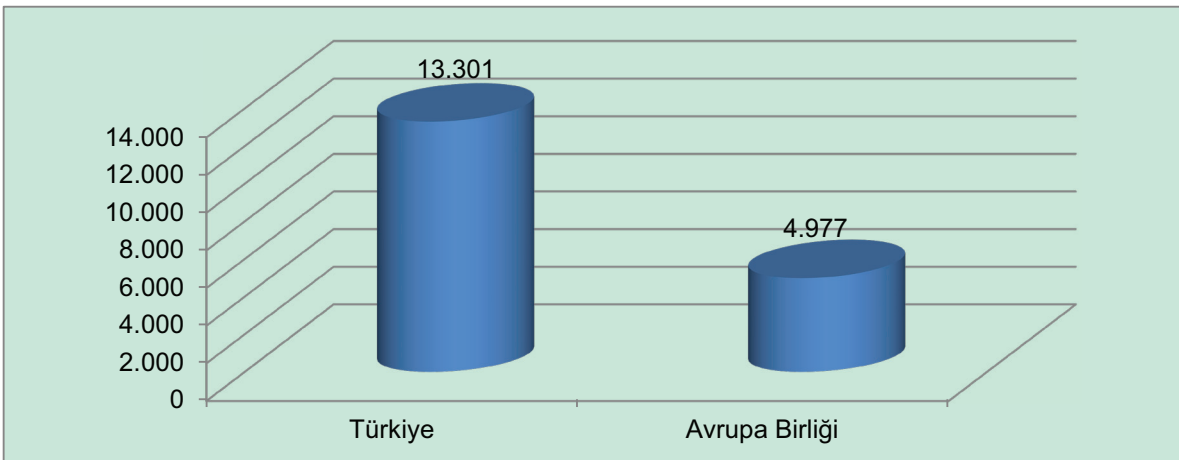
2012 yılında dünyada en fazla eroin yakalayan ülke olan Türkiye'de (UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014), 2006'dan beri her yıl tüm AB ülkelerinin tamamından daha fazla eroin yakalanmıştır (EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014:21, 22).

Grafik 10-5: 2012 Yılında Dünyada En Fazla Eroin Yakalayan Ülkeler (ton)

Kaynak: UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014.

Grafik 10-6: 2012 Yılı AB ve Türkiye'deki Eroin Yakalamaları (kg)

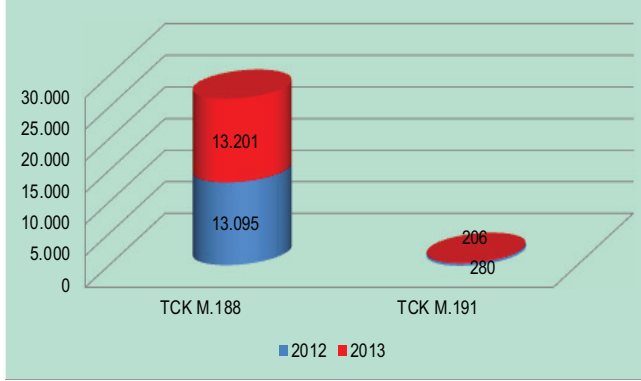
Kaynak: EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014.

Grafik 10-7: 2012 Yılı AB-Türkiye Eroin Yakalamaları Kıyaslaması(kg)

Kaynak: EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014.

Türkiye’de 2013 yılında yakalanan eroin miktarı suç türlerine göre incelendiğinde; 13.201 kg (%97,93) eroinin uyuşturucu madde imal ve ticareti (TCK m.188), 280 kg (%2,07) eroinin ise kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma (TCK m.191) kapsamında yakalandığı anlaşılmıştır (EMCDDA Standart Tablo 13, 2014) (Grafik 10-8).

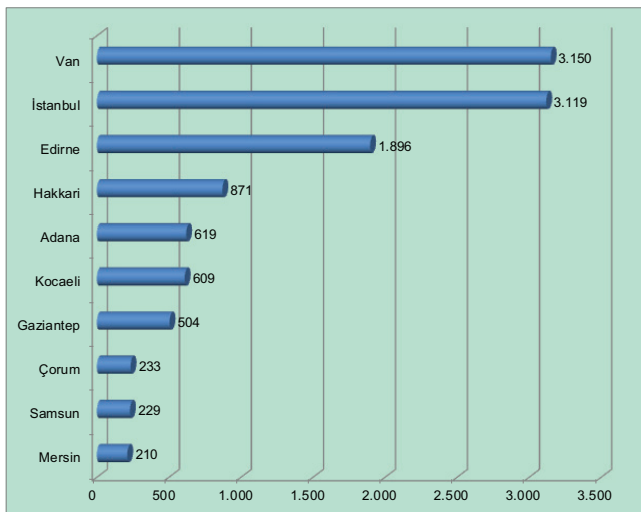
Grafik 10-8: 2013 Yılı Eroin Yakalama Miktarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (kg)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Türkiye’de yakalanan eroin miktarının illere göre dağılımı incelendiğinde; eroin yakalamalarının daha çok Van, İstanbul, Edirne ve Hakkari illerinde gerçekleştiği, bu illerde yakalanan eroin miktarının, toplam yakalamaların %67’sini oluşturduğu görülmektedir. Van ve Hakkari illeri, Afganistan kaynaklı eroinin İran İslam Cumhuriyeti üzerinden Türkiye’ye giriş yaptığı, İstanbul ve Edirne illeri ise Avrupa ülkelerine çıkışı yaptığı illerdir.

Grafik 10-9: 2013 Yılında En Fazla Eroin Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (kg)

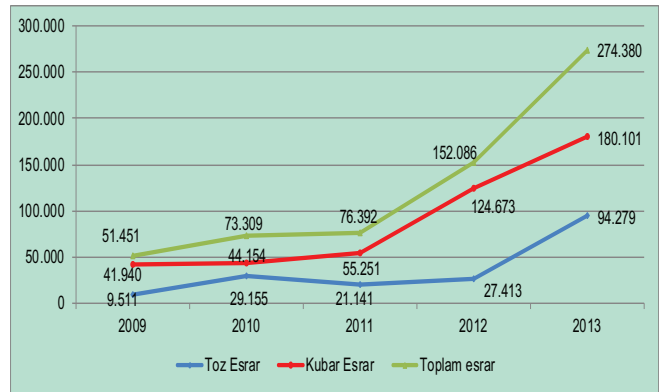


Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

10.3.2. Esrar

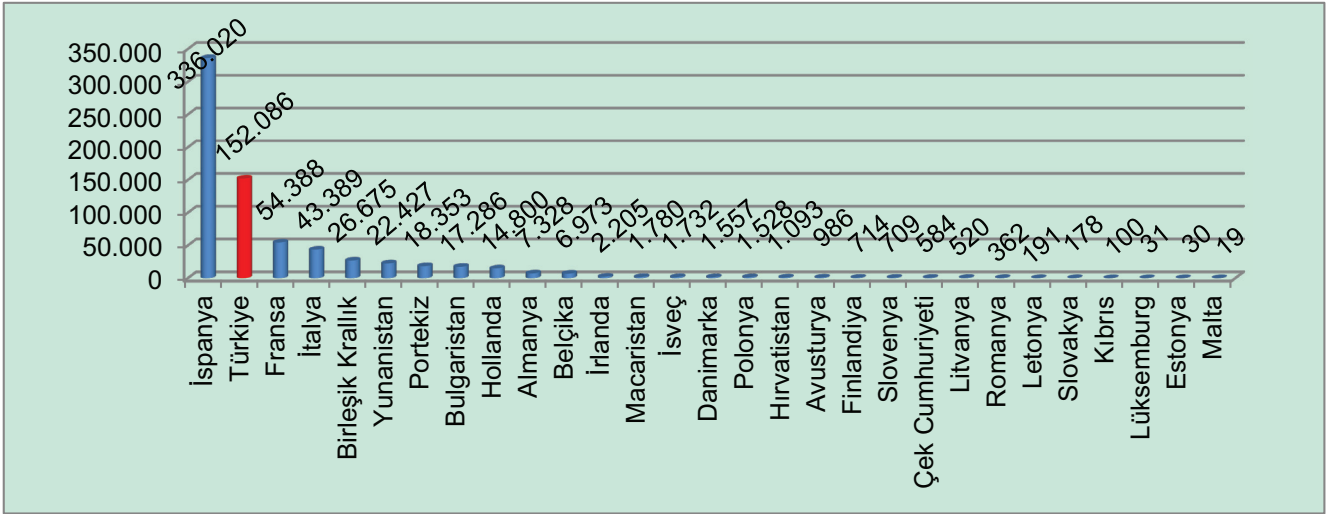
Türkiye’de 2013 yılında toplam 274.380 kg esrar yakalanmıştır. Esrar yakalamalarında uzun yıllardır görülen artış, 2013 yılında da devam etmiştir. Esrar yakalamalarında son beş yılda %433, 2012 yılına göre ise %80,41 oranında önemli bir artış gerçekleşmiştir. Toz esrar yakalamalarındaki artış 2012 yılına göre %243 oranında görülürken kubar esrar yakalamaları da önceki yıla göre %44,46 oranında artmıştır.

Grafik 10-10: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Esrar Miktarları (kg)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

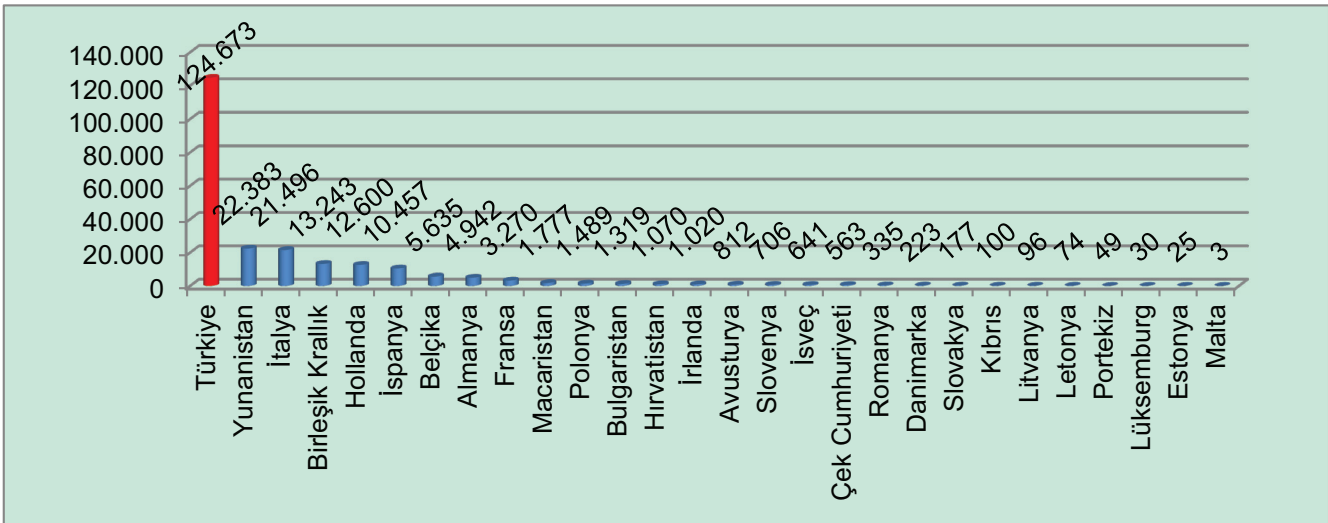
Türkiye 2012 yılında Avrupa genelinde en fazla esrar yakalayan ikinci ülke olmuştur (Grafik 10-11).

Grafik 10-11: 2012 Yılı AB ve Türkiye’deki Esrar Yakalamaları (kg)

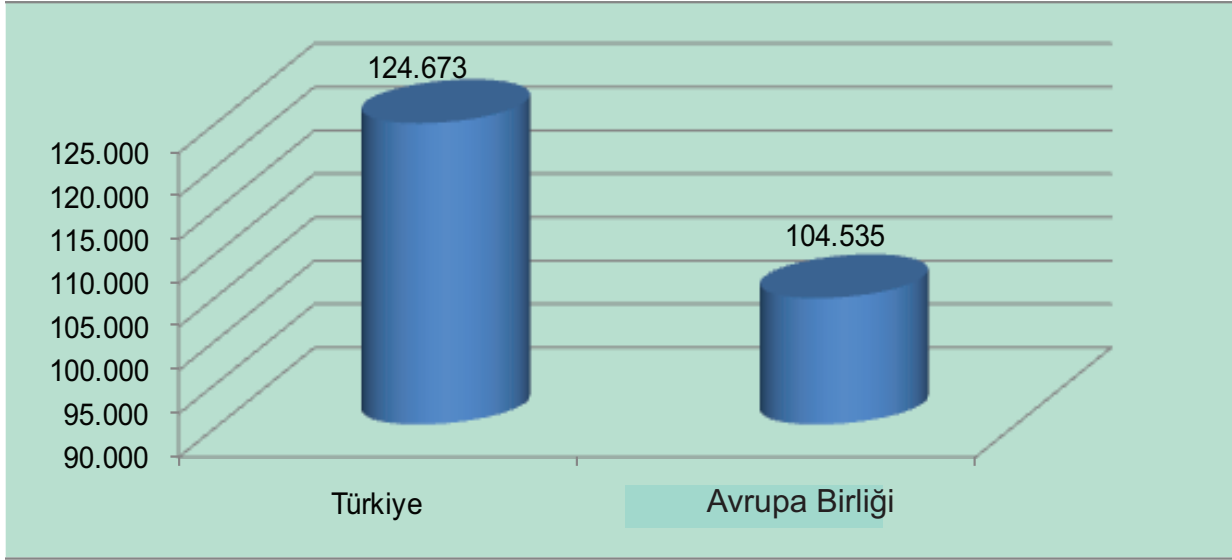
Kaynak: EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014.

Türkiye, 2007 yılından beri AB üye devletlerinin herhangi birinden daha büyük miktarlarda kubar esrar yakalaması gerçekleştirmiştir (EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014:20). Toz esrarın Avrupa’daki popülaritesinin azaldığına dair kanıtlar varlığını sürdürmektedir. Önceden pazarda toz esrarın ağırlığı görülürken, şu anda neredeyse

eşit düzeyde toz ve kubar esrar yakalamaları gerçekleşmektedir ve bu da öncelikle Fas’tan gelen ithal toz esrardan daha çok yerel ve bölgesel olarak yetiştirilen kubar esrara doğru devam eden bir yöneliş olduğunu göstermektedir (UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014:42).

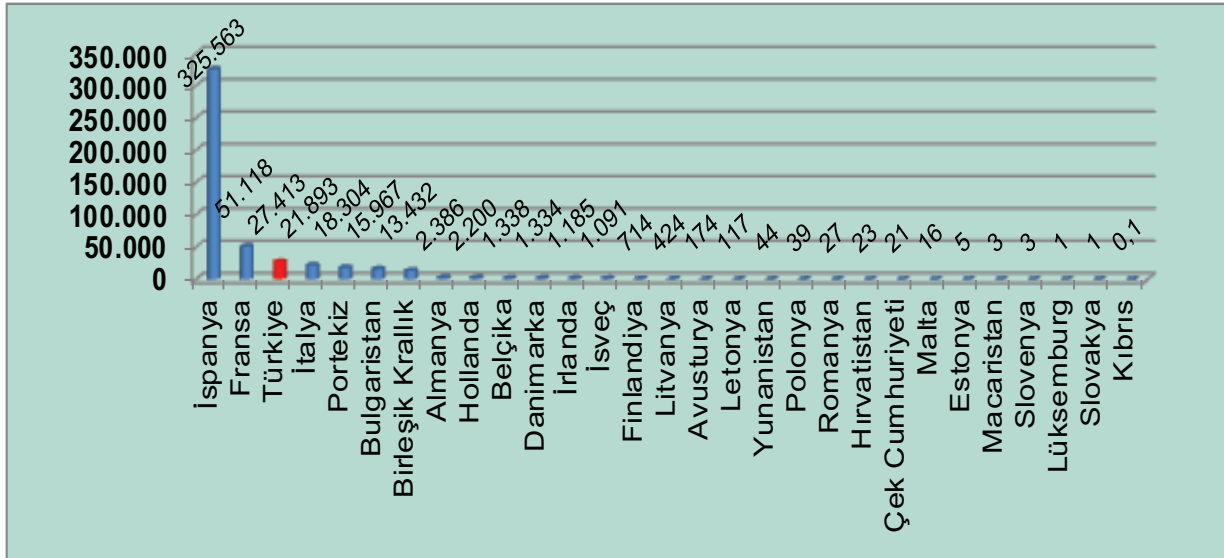
Grafik 10-12: 2012 Yılı AB ve Türkiye’deki Kubar Esrar Yakalamaları (kg)

Kaynak: EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014.

Grafik 10-13: 2012 Yılı AB-Türkiye Kubar Esrar Yakalamaları Kıyaslaması (kg)

Kaynak: EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014.

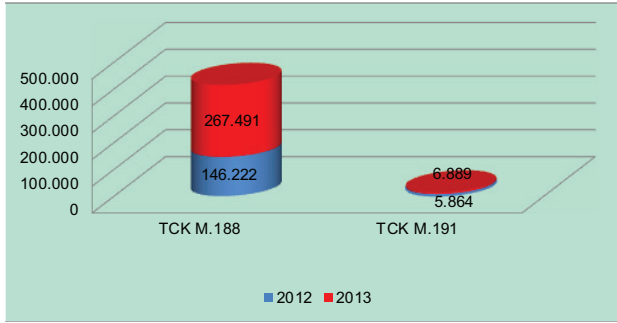
Türkiye, 2012 yılı toz esrar yakalamalarında Avrupa'da en çok yakalamayı gerçekleştiren üçüncü ülke olmuştur. Türkiye'de 2013 yılında yakalanan toz esrar miktarındaki %243 oranındaki ciddi artış göz önüne alındığında, bu yılda da yine en fazla yakalamayı gerçekleştiren ülkelerden birisi olacağı öngörülmektedir.

Grafik 10-14: 2012 Yılı AB ve Türkiye'deki Toz Esrar Yakalamaları (kg)

Kaynak: EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014.

Türkiye'de 2013 yılında yakalanan esrar miktarı suç türlerine göre incelendiğinde; 267.491 kg (%97,49) esrarın uyuşturucu madde imal ve ticareti (TCK m.188), 6.899 kg (%2,51) esrarın ise kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma (TCK m.191) kapsamında yakalandığı anlaşılmıştır (EMCDDA Standart Tablo 13, 2014) (Grafik 10-15).

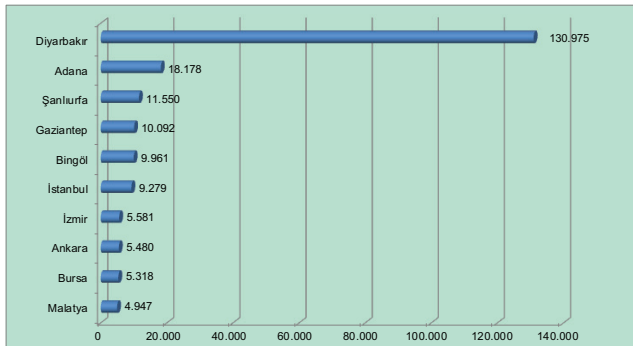
Grafik 10-15: 2013 Yılı Esrar Yakalama Miktarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (kg)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Son birkaç yılda olduğu gibi 2013 yılında da Türkiye’de esrar en çok Diyarbakır ilinde yakalanmıştır. Bu ilde yakalanan esrar miktarı, toplam yakalanan esrar miktarının yarıya yakınına (%47,73) oluşturmaktadır.

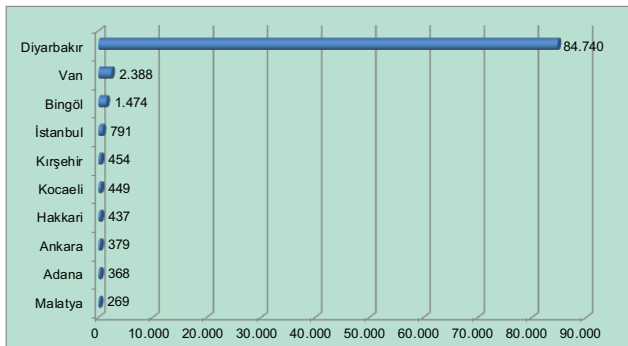
Grafik 10-16: 2013 Yılında En Fazla Esrar Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (kg)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılında Türkiye’de toz esrar en çok Diyarbakır ilinde yakalanmıştır. Bu ilde yakalanan toz esrar miktarı, toplam yakalanan toz esrar miktarının tamamına yakınına (%89,88) oluşturmaktadır.

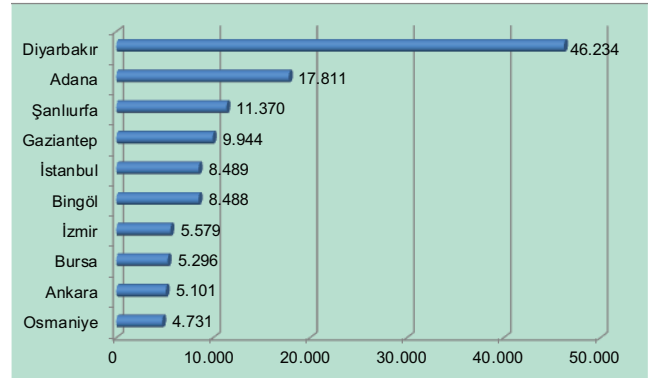
Grafik 10-17: 2013 Yılında En Fazla Toz Esrar Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (kg)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014

2013 yılında Türkiye’de kubar esrar en çok Diyarbakır ilinde yakalanmıştır. Bu ilde yakalanan kubar esrar miktarı, toplam yakalanan kubar esrar miktarının %25,67’sini oluşturmaktadır.

Grafik 10-18: 2013 Yılında En Fazla Kubar Esrar Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (kg)

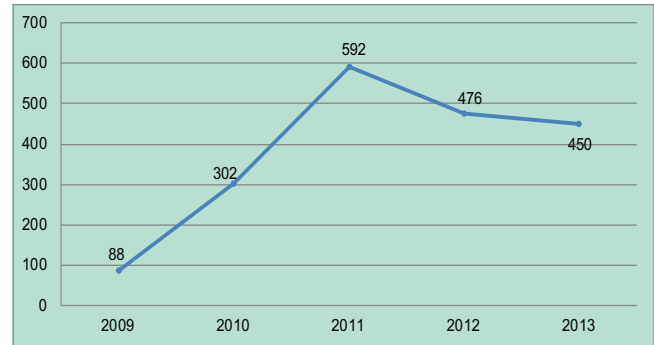


Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014

10.3.3. Kokain

Türkiye’de 2013 yılında 450 kg kokain yakalanmıştır. Kokain yakalamalarında 2009-2011 yılları arasında artış gerçekleşirken 2012 ve 2013 yıllarında bir düşüş yaşanmıştır. Kokain yakalamalarında 2013 yılında bir önceki yıla göre %5,46 oranında bir düşüş gerçekleşmiştir.

Grafik 10-19: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Kokain Miktarları (kg)



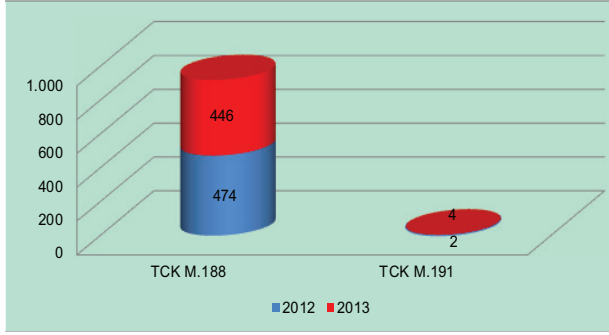
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Bolivya, Kolombiya ve Peru ile sınırlı olan koka bitkisi ekimi 2012 yılında da düşmeye devam etmiş ve tahminlerin yapılmaya başlandığı 1990 yılından beri en düşük seviyeye gerilemiştir. Bu düşüş temel olarak Kolombiya’daki ekimin %25 azalmasından kaynaklanmaktadır (UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014:34).

Türkiye’de 2013 yılında yakalanan kokain miktarı suç türlerine göre incelendiğinde; 446 kg (%99,11) kokainin uyuşturucu madde imal ve ticareti (TCK

m.188), 4 kg (%0,89) kokainin ise kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma (TCK m.191) kapsamında yakalandığı anlaşılmıştır. (EMCDDA Standart Tablo 13, 2014) (Grafik 10-20).

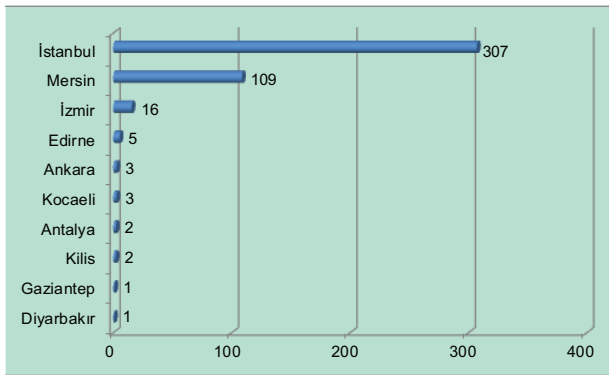
Grafik 10-20: 2013 Yılı Kokain Yakalama Miktarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (kg)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Türkiye’deki kokain yakalamalarının daha çok İstanbul ve Mersin illerinde gerçekleştiği, bu illerde yakalanan kokain miktarının, toplam yakalanan kokain miktarının çok büyük bir oranını (%92,44) oluşturduğu anlaşılmaktadır. Kokain 2013 yılında Türkiye’de 81 ilin 40’ında yakalanmıştır.

Grafik 10-21: 2013 Yılında En Fazla Kokain Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (kg)



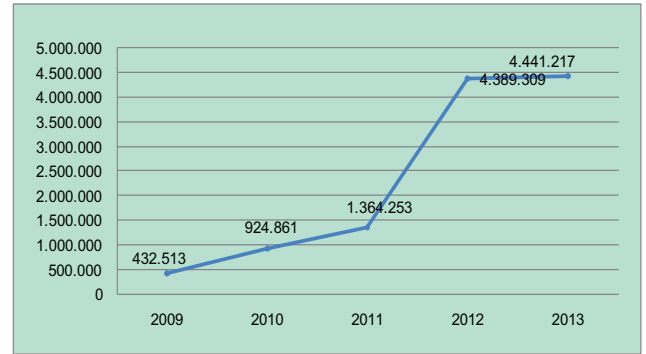
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

10.3.4. Ekstazi

Türkiye’de 2013 yılında 4.441.217 adet ekstazi yakalanmıştır. 2013 yılındaki yakalamalarda, 2012 yılına göre %1,18 oranında bir artış gerçekleşmiştir. Türkiye’deki ekstazi yakalamalarında 2005-2009 yılları arasında bir düşüş yaşanmıştır. Bu düşüşün temelinde; ekstazi tabletlerinde etken madde olarak MDMA, MDA ve TMA gibi maddelerin yerine başka maddeler kullanılması neticesinde piyasaya kalitesiz ve alternatif tabletlerin sürülmesine bağlı

olarak, ekstaziye olan talebin azalması yatmaktadır. Ancak 2010 yılından itibaren ele geçirilen ekstazi miktarında bir artış yaşanmıştır. Yaşanan bu artışta, ekstazi tabletlerde düşük fiyatlı alternatif kimyasalların tercih edilerek üretim maliyetinin düşürülmesi önemli rol oynamıştır. SRO (safrol zengini yağ) ve MMDMG (Metil3-[metilidindioxy] fenil 2-metil glycidate) Ekstazi üretiminde pahalı olan PMK’nın (3,4 Ethylenedioxyphenylacetone) alternatifi olarak kullanılmış ve üretim maliyeti düşürülmüştür. Düşük fiyatlarla piyasaya sürülen ekstazi tabletler ise maddeye olan talebi tekrar canlandırmış ve yakalamalarda bir artışa neden olmuştur.

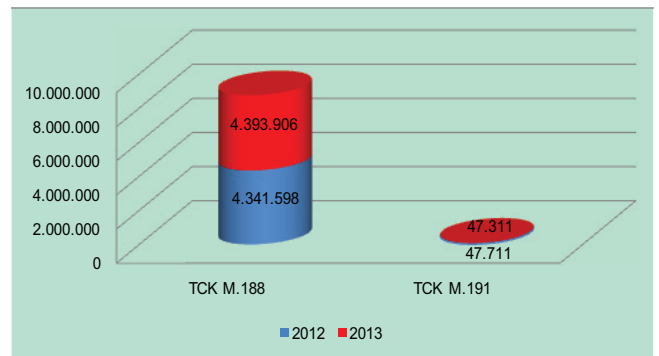
Grafik 10-22: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Ekstazi Miktarları (adet)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Türkiye’de 2013 yılında yakalanan Ekstazi miktarı suç türlerine göre incelendiğinde; 4.393.906 adet (%98,93) Ekstazinin uyuşturucu madde imal ve ticareti (TCK m.188), 47.311 adet (%1,07) Ekstazinin ise kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma (TCK m.191) kapsamında yakalandığı anlaşılmıştır. (EMCDDA Standart Tablo 13, 2014) (Grafik 10-23).

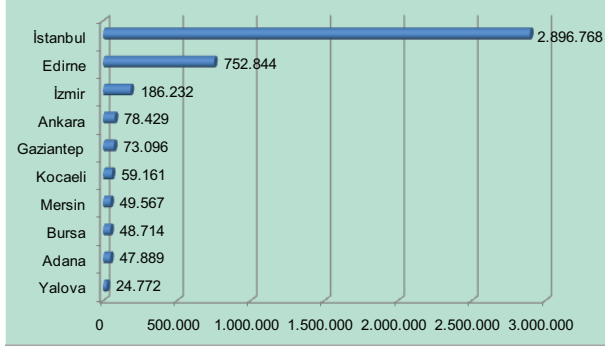
Grafik 10-23: 2013 Yılı Ekstazi Yakalama Miktarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (adet)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Türkiye’de ekstazi çoğunlukla büyük şehirlerde yakalanmaktadır. 2013 yılında en fazla ekstazi İstanbul ilinde ele geçirilmiştir. Bu ilde yakalanan ekstazi miktarı, toplam yakalanan miktarın %65,22’sini oluşturmaktadır. İstanbul’u sırasıyla Edirne, İzmir ve Ankara takip etmektedir.

Grafik 10-24: 2013 Yılında En Fazla ekstazi Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (adet)

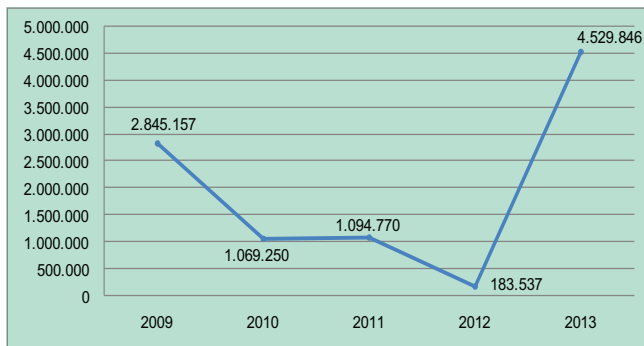


Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

10.3.5. Kaptagon

Türkiye’de 2013 yılında 4.529.846 adet kaptagon yakalanmıştır. Kaptagon yakalamalarında, 2013 yılında bir önceki yıla göre 23,68 kat oranında önemli bir artış yaşanmıştır. Bu artışın nedeni, Hatay’da bir seferde gerçekleştirilen yaklaşık 4.200.000 adet kaptagon yakalamasıdır. Bu operasyonda yakalanan kaptagonun Suriye’de üretilerek Türkiye üzerinden Arap Yarımadası’na sevkiyatının hedeflendiği tespit edilmiştir (EGM 2013 Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Raporu, 2014).

Grafik 10-25: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Kaptagon Miktarları (adet)

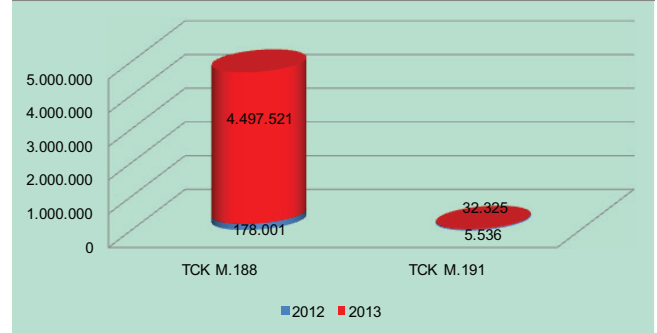


Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılında yakalanan 4.497.521 adet (%99,29) kaptagonun uyuşturucu madde imal ve ticareti (TCK m.188), 32.325 adet (%0,71) kaptagonun ise kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/

kabul etme/bulundurma (TCK m.191) kapsamında yakalandığı anlaşılmıştır (EMCDDA Standart Tablo 13, 2014) (Grafik 10-26).

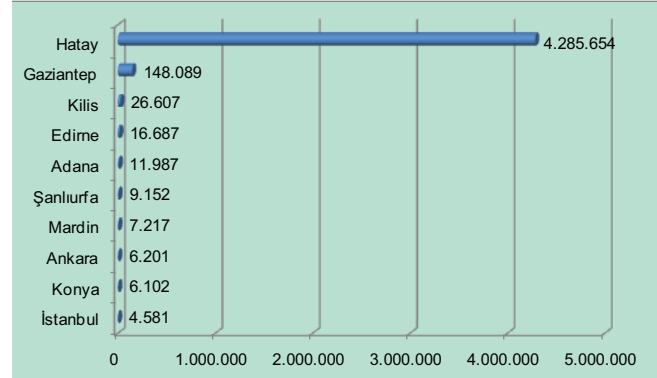
Grafik 10-26: 2013 Yılı Kaptagon Yakalama Miktarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (adet)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Kaptagon yakalamaları daha çok Hatay ilinde gerçekleşmiştir. Hatay’da yakalanan kaptagon miktarı, toplam yakalanan kaptagon miktarının tamamına yakınına (%94,61) oluşturmaktadır. Kaptagon yakalamalarında Suriye’ye sınır iller ön plana çıkmıştır.

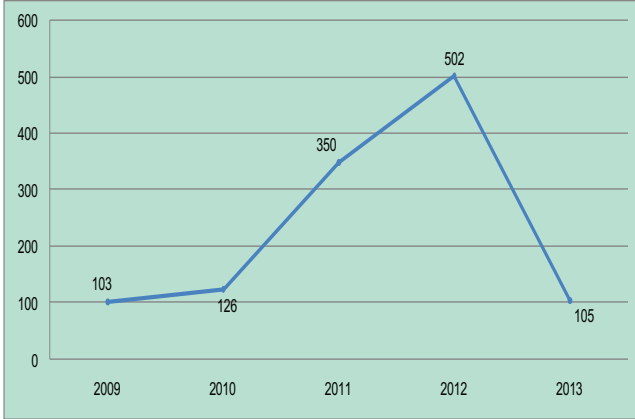
Grafik 10-27: 2013 Yılında En Fazla Kaptagon Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (adet)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

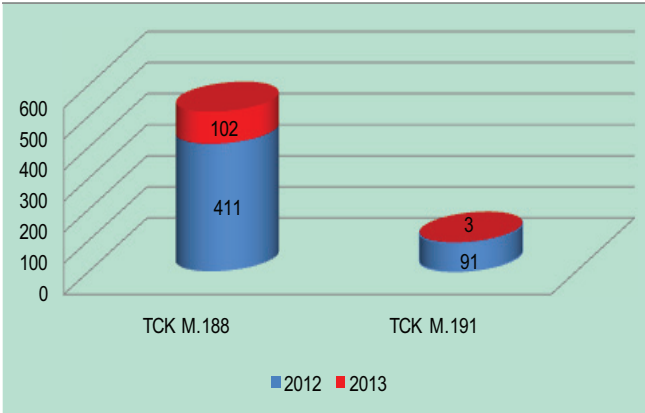
10.3.6. Metamfetamin

Türkiye’de 2013 yılında 105 kg metamfetamin yakalanmıştır. Metamfetamin yakalamalarında 2009-2012 yılları arasında sürekli bir artış gerçekleşirken 2013 yılında bir önceki yıla göre %79,08 oranında bir düşüş yaşanmıştır. Metamfetamin yakalamalarındaki keskin düşüşün nedeni olarak maddenin ülkemizde görülmeye başlamasından itibaren, özellikle Gümrük İdarelerince doğu sınır kapılarında alınan ilave tedbirler ile maddenin kaçakçılığında alternatif güzergah ve yöntemler kullanılmaya başlanması olarak değerlendirilmektedir.

Grafik 10-28: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Metamfetamin Miktarları (kg)

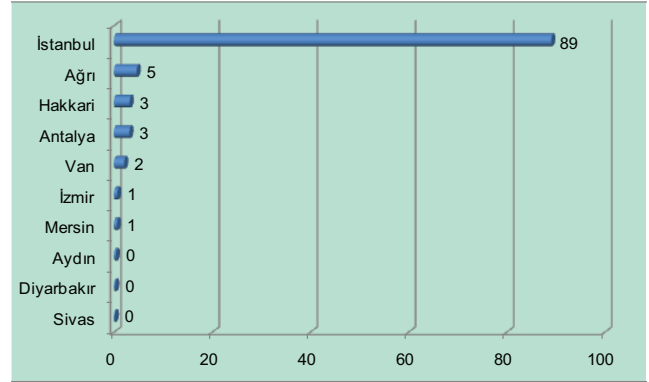
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılında yakalanan metamfetaminin 102 kg'ı (%97,14) uyuşturucu madde imal ve ticareti (TCK m.188), 3 kg'ı ise (%2,86) kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma (TCK m.191) kapsamında yakalanmıştır (EMCDDA Standart Tablo 13, 2014) (Grafik 10-29).

Grafik 10-29: 2013 Yılı Metamfetamin Yakalama Miktarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (kg)

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

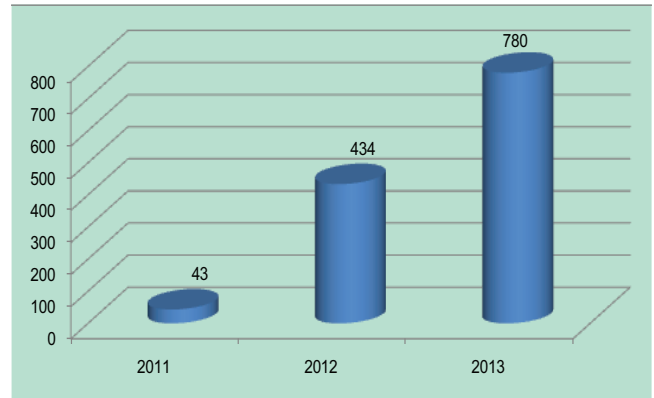
Metamfetamin yakalamalarının büyük çoğunluğu, toplam yakalanan metamfetaminin %84,76'sı ile İstanbul ilinde gerçekleşmiştir. İstanbul'u metamfetaminin İran İslam Cumhuriyeti'nden Türkiye'ye giriş yaptığı Ağrı ve Hakkari illeri takip etmektedir.

Grafik 10-30: 2013 Yılında En Fazla Metamfetamin Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (kg)

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

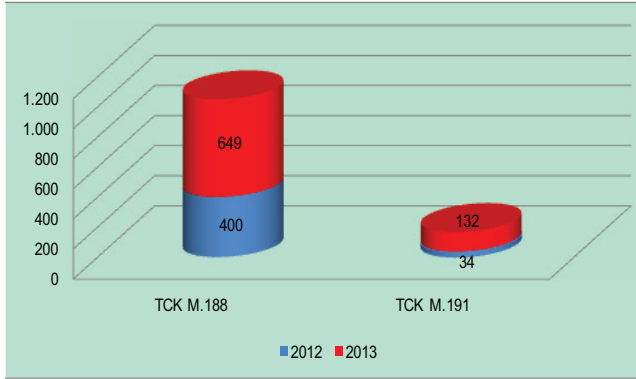
10.3.7. Sentetik Kannabinoidler (Bonzai vb.)

Türkiye'de 2013 yılında 780 kg sentetik kannabinoid yakalanmıştır. Sentetik kannabinoid yakalamalarında 2013 yılında 2012 yılına göre %79,72 oranında önemli bir artış yaşanmıştır (Grafik 10-31). Sentetik kannabinoid yakalama miktarlarında, Türkiye'de ilk yakalandığı 2011 yılına göre yaklaşık 17 kat artış gerçekleşmiştir.

Grafik 10-31: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Sentetik Kannabinoid Miktarları (kg)

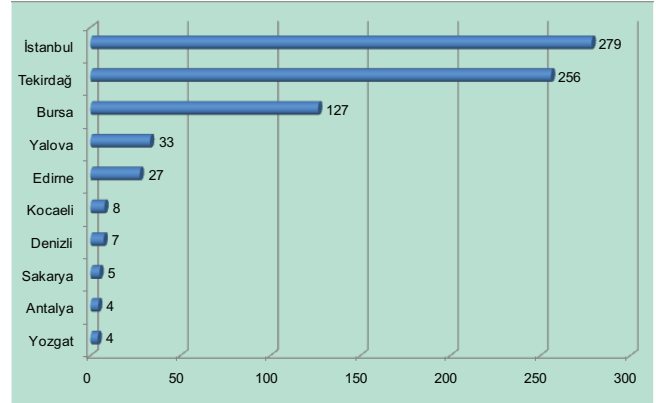
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Türkiye'de 2013 yılında yakalanan sentetik kannabinoid miktarı suç türlerine göre incelendiğinde; 649 kg (%83,21) sentetik kannabinoidin uyuşturucu madde imal ve ticareti (TCK m.188), 132 kg (%16,79) sentetik kannabinoidin ise kullanma amaçlı uyuşturucu madde satın alma/kabul etme/bulundurma (TCK m.191) kapsamında yakalandığı anlaşılmıştır (EMCDDA Standart Tablo 13, 2014) (Grafik 10-32).

Grafik 10-32: 2013 Yılı Sentetik Kannabinoidler Yakalama Miktarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (kg)

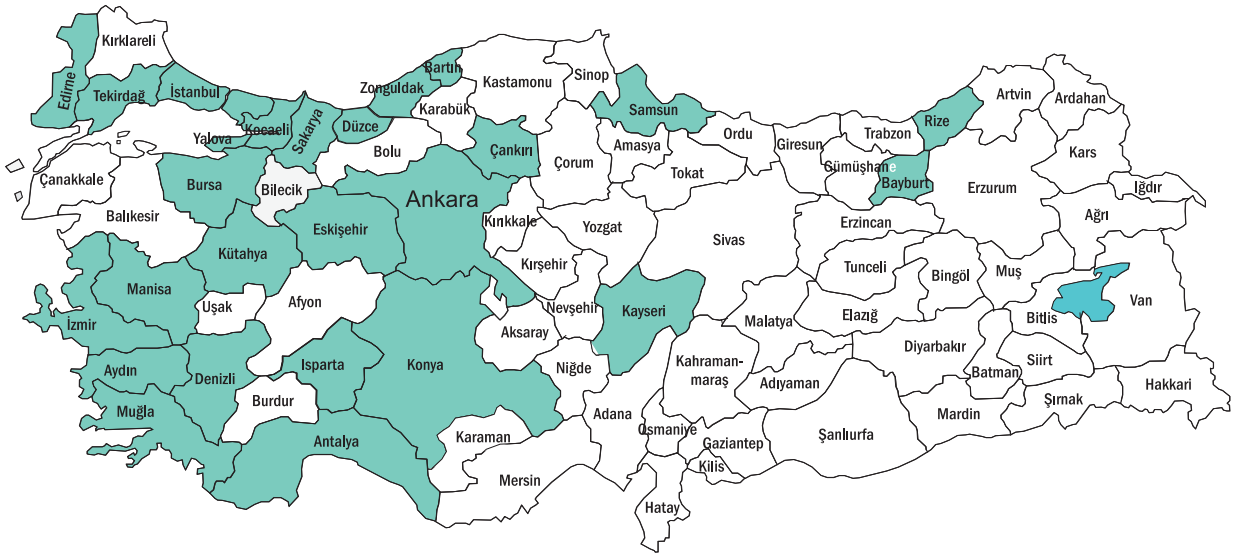
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Sentetik kannabinoid yakalamaları daha çok İstanbul, Tekirdağ ve Bursa illerinde gerçekleşmiştir. Bu illerde yakalanan sentetik kannabinoid miktarı, toplam yakalanan sentetik kannabinoid miktarının %84,87'sini oluşturmaktadır (Grafik 10-33).

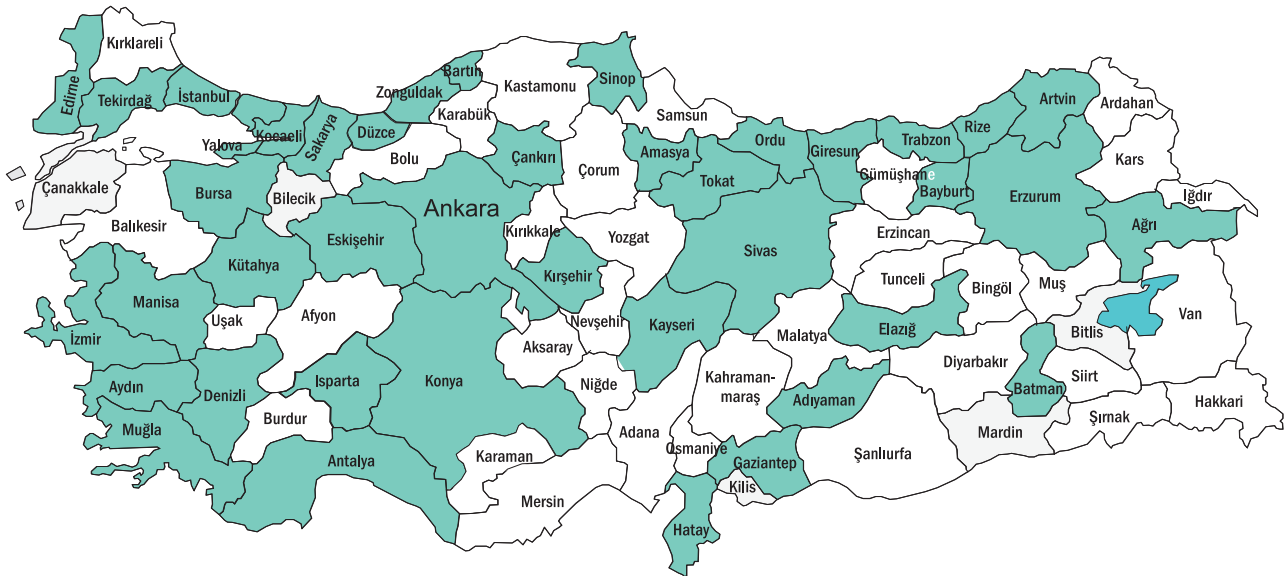
Grafik 10-33: 2013 Yılında En Fazla Sentetik Kannabinoidler Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (kg)

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Sentetik kannabinoidler, ilk olarak 2011 yılında Türkiye'de 26 farklı ilimizde yakalanmışken, bu sayı 2012 yılında 43'e, 2013 yılında ise 70 farklı ile yükselmiştir (Şekil 10-1).

Şekil 10-1: Türkiye'de 2011 yılında Sentetik Kannabinoidlerin Yakalanan İller (26 İl)

Şekil 10-2: Türkiye’de 2012 yılında Sentetik Kannabinoidlerin Yakalanan İller (43 İl)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Şekil 10-3: Türkiye’de 2013 yılında Sentetik Kannabinoidlerin Yakalanan İller (70 İl)

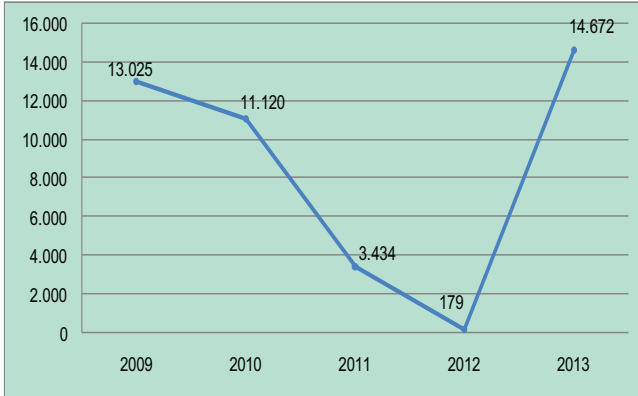


Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

10.3.8. Asetik Anhidrit

Türkiye’de 2013 yılında 14.672 lt asetik anhidrit yakalanmıştır. 2013 yılında Edirne ilinde yapılan bir operasyondaki yaklaşık 12 ton asetik anhidrit yakalaması, yakalama miktarını 2012 yılı rakamlarının çok üzerine taşımıştır.

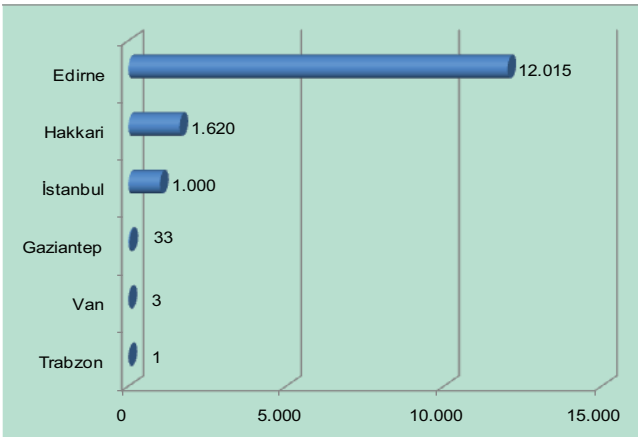
Grafik 10-34: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Asetik Anhidrit Miktarları (lt)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılında yakalanan asetik anhidritin %81,89’u, Edirne ilinde gerçekleşen bir olayda ele geçirilmiştir.

Grafik 10-35: 2013 Yılında En Fazla Asetik Anhidrit Yakalayan İller ve Yakalama Miktarları (lt)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

10.4. Bulunabilirlik

10.4.1. Uyuşturucu Maddelerin Sokak ve Toptan Düzeyde Fiyatları

Tülay ÇERÇİ²⁷

Uyuşturucu sorununun doğru olarak anlaşılması ve bu doğrultuda mücadele stratejilerinin belirlenmesinde, ülkedeki “toptan ve sokak düzeyi uyuşturucu fiyatlarının” bilimsel yöntemlerle tespit edilmesi de büyük bir önem arz etmektedir.

Türkiye’deki uyuşturucu fiyatları, TUBİM tarafından ilk olarak 2007 yılında 81 ilimize yazılan bir genelge doğrultusunda; her yılın Ocak ve Temmuz ayında olmak üzere yılda iki defa, genelge yazı ekinde gönderilen matbu bir form üzerinden toplanmaya başlanmıştır.

Hem ülkedeki uyuşturucu fiyatlarının daha bilimsel olarak tespit edilebilmesi, hem de EMCDDA’ya Türkiye adına yeterli veri girişinin sağlanabilmesi amacıyla; bahse konu verilerin Polnet (Polis intranet ağı) üzerinden toplanmasına yönelik olarak, 2011 yılında TUBİM koordinesinde, İstanbul Emniyet Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Şube Müdürlüğü tarafından “Uyuşturucu Fiyat Projesi” adı altında bir yazılım geliştirilmiştir. Halihazırda Türkiye’de uyuşturucu maddelerin sokak düzeyi ve toptan fiyatları, bu proje aracılığıyla toplanmaktadır.

Proje bünyesinde oluşturulan web tabanlı yazılım ile verilerin Polnet ortamında dijital olarak yılda 3 defa toplanması sağlanmıştır. İlk aşamada pilot il olarak; coğrafi konumları, uyuşturucu yakalama miktarları, yakalanan uyuşturucuların çeşitliliği ve uyuşturucu olay sayılarının fazlalığı gibi kriterler göz önüne alınarak belirlenen 21 il projeye dahil edilmiştir. 2012 yılında 20 ilimizin de projeye dahil edilmesiyle veri toplanan il sayısı 41’e yükseltilmiştir (Şekil 10-2).

²⁷ TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi)

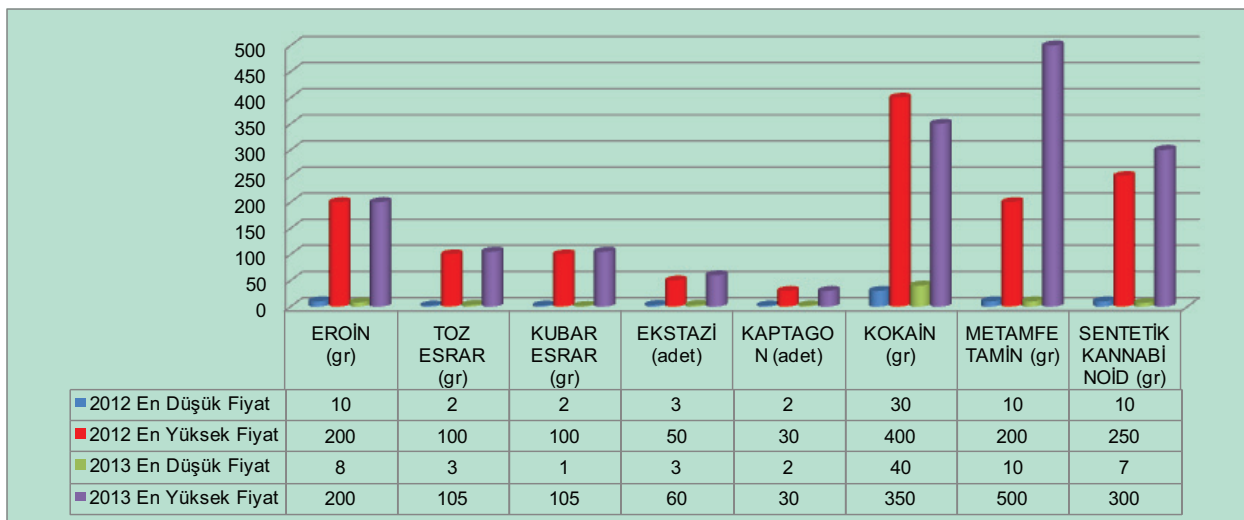
Şekil 10-4: Uyuşturucu Fiyat Projesine Veri Girişi Yapan İller



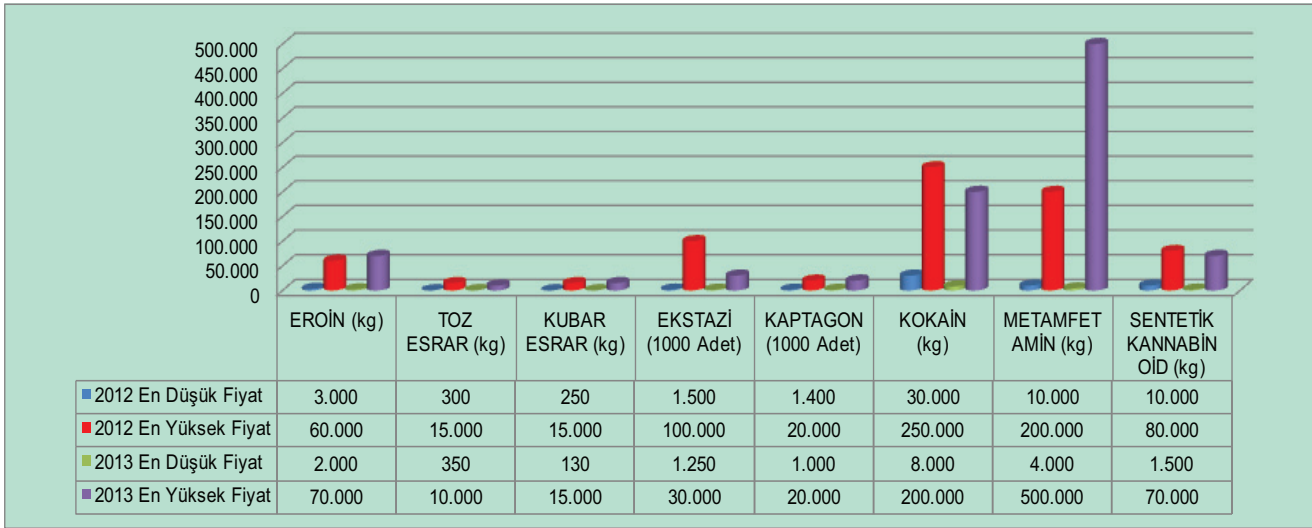
Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Projenin tanıtımı ve veri girişlerinin nasıl yapılması gerektiği konusunda, ilk etapta 21 İl Emniyet Müdürlüğü görevlilerine 19 Nisan 2011; projeye 2012 yılında dahil edilen 20 İl Emniyet Müdürlüğü görevlilerine ise 12 Nisan 2012 tarihinde TUBİM’de birer eğitim toplantısı yapılmıştır.

Grafik 10-36: 2012-2013 Yılları Sokak Düzeyi Uyuşturucu Fiyatları (TL)



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

Grafik 10-37: 2012-2013 Yılları Toptan Uyuşturucu Fiyatları (TL)

Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

2013 yılı uyuşturucu fiyatlarında, en düşük ve en yüksek fiyatlar arasında büyük fark görülmektedir (Grafik 10-36, 37). Fiyatların bu kadar büyük olmasında; coğrafi nedenler, bulunabilirlik ve arz-talep dengesinin etkili olduğu görülmektedir. Kolluk kuvvetlerinin yakalamaları ve uyuşturucu saflıkları da fiyatları etkilemektedir.

Eroinin sokak düzeyi fiyatları incelendiğinde, en düşük fiyatı 8 TL/gr ile Van ili bildirmiştir. En yüksek fiyatı ise Düzce 200 TL/gr olarak belirtmiştir. Düzce'yi 150 TL/gr ile Edirne ve İstanbul izlemiştir. Eroinin İran İslam Cumhuriyeti'nden Türkiye'ye giriş yaptığı en önemli noktalardan biri olan Van'da Sokak düzeyi fiyatların ülke içinde en düşük seviyede olması beklenen bir durumdur. Türkiye'de eroinin kilogram fiyatı en düşük 2.000 TL olarak Hakkari tarafından bildirilmiştir. Hakkari ili de yine eroinin Türkiye'ye giriş yaptığı önemli noktalardan birisidir. En yüksek fiyat ise 70.000 TL/kg olarak Iğdır tarafından rapor edilmiştir.

Eroinin hem sokak hem de toptan düzey minimum fiyatında 2012 yılına göre düşüşler görülmüştür (Sokak düzeyi: 2012:10 TL/gr - 2013:8 TL/gr; toptan düzey: 2012:3.000 TL/kg - 2013:2.000 TL/kg) (EMCDDA Standart Tablo 16, 2014). Afganistan'daki afyon üretiminde 2013 yılında bir önceki yıla göre %49'luk bir artış olmuştur (UNODC Afganistan Afyon Araştırması, 2013:10). Bu artışın, Türkiye'de yakalanan eroin miktarındaki artışta olduğu gibi, fiyatların da düşmesinde etkili olduğu değerlendirilmektedir.

Toz esrar için sokak düzeyinde en düşük fiyatı raporlayan iller; 3 TL/gr ile Hatay ve Diyarbakır, 5 TL/gr ile Hakkari, Mersin, Şanlıurfa, Şırnak, Van'dır. Diyarbakır, Türkiye'de 2013 yılında en fazla toz esrar

yakalanan il, Van ikinci ve Hakkari yedinci sıradaki illerdir (Bkz. Grafik 10-17). Türkiye'de esrar daha çok kubar formunda üretilmekte ve tüketilmektedir. Türkiye'de yakalanan toz esrarın büyük kısmı yurt dışı menşelidir. Toz esrar için en düşük fiyat bilgisini raporlayan illerin, İran İslam Cumhuriyeti ve Suriye ülkelerine sınır veya yakın iller olduğu görülmektedir. En yüksek fiyatı 105 TL/gr olarak Artvin bildirmiştir. Toptan fiyatlarda ise en düşük fiyatı Hakkari 350 TL/kg olarak bildirirken, en yüksek fiyatı Kocaeli 10.000 TL/kg olarak bildirmiştir.

Toz esrarın sokak düzeyinde hem minimum hem de maksimum fiyatlarında 2012 yılına göre artış görülmüştür (min: 2012:2 TL/gr - 2013:3 TL/gr; mak: 2012:100 TL/kg - 2013:105 TL/kg) (EMCDDA Standart Tablo 16, 2014). Türkiye'de 2013 yılında yakalanan toz esrar miktarında 2012 yılına göre yaklaşık %244 oranında bir artış görülmüştür (Bkz. Grafik 10-10). Fiyatların artmasında kolluk tarafından gerçekleştirilen bu yakalamaların da etkili olabileceği değerlendirilmektedir.

Kubar esrarın sokak düzeyinde gram fiyatı en düşük 1 TL, en yüksek 105 TL olarak bildirilmiştir. En düşük fiyatı Hatay, en yüksek fiyatı Artvin bildirmiştir. Diğer düşük fiyat bildiren iller ise, 2 TL/gr ile Diyarbakır, İçel, Şanlıurfa, Şırnak olmuştur. Toptan düzeyde en düşük fiyat bilgisini 250 TL/kg ile Diyarbakır ve Düzce gönderirken, en yüksek fiyat bilgisini 15.000 TL/kg ile Kocaeli göndermiştir.

Kubar esrarın sokak düzeyi minimum fiyatı 2012 yılına göre düşüş göstermiştir (2012:2 TL-2013:1 TL). Maksimum fiyatta ise bir artış görülmektedir (2012:100 TL-2013:105 TL) (EMCDDA Standart Tablo 16, 2014). Toptan düzeyde kubar esrarın

minimum kilogram fiyatı 2013 yılında düşerken, maksimum fiyatta herhangi bir değişiklik olmadığı görülmüştür.

17 il tarafından raporlanan kokain için sokak düzeyinde en düşük fiyat 40 TL/gr, en yüksek fiyat ise 350 TL/gr olarak bildirilmiştir. Toptan fiyatlarda ise en düşük fiyat 8.000 TL/kg, en yüksek fiyat ise 200.000 TL/kg olarak raporlanmıştır. Önceki yıllara göre kokain daha fazla il tarafından rapor edilmiştir. Birkaç yıl öncesine kadar sadece bazı büyük şehirlerde kokaine rastlanırken şimdi daha çok ilden fiyat bildiriminde bulunulması, kokainin Türkiye’de bulunabilirliğinin arttığını göstermektedir.

Türkiye’de kokainin sokak düzeyi minimum fiyatı 2012 yılına göre artış göstermiştir. Maksimum fiyatta ise bir düşüş görülmektedir (EMCDDA Standart Tablo 16, 2014). Toptan düzeyde minimum ve maksimum fiyatlarında da yine bir düşüş söz konusudur (min: 2012:30.000 TL - 2013:8.000 TL; mak: 2012:250.000 TL - 2013:200.000 TL).

Ekstazinin Türkiye’de Sokak düzeyinde adet fiyatı en düşük 3 TL, en yüksek 60 TL olarak belirtilmiştir. Toptan düzeyde 1000 adet Ekstazinin en düşük fiyatı 1.250 TL iken en yüksek fiyat 30.000 TL olarak bildirilmiştir.

Ekstazinin sokak düzeyi minimum fiyatı 2012 yılına göre değişiklik göstermezken, maksimum fiyatta bir artış görülmektedir (EMCDDA Standart Tablo 16, 2014). Toptan düzeyde ise minimum ve maksimum fiyat düşüş göstermiştir (min: 2012:1.500 TL/kg - 2013:1.250 TL/kg; mak: 2012:100.000 TL/kg - 2013:30.000 TL).

Kaptagon için sokak düzeyi fiyat bilgisi gönderen 18 ilden en düşük fiyatı 2 TL/adet ile Gaziantep, en yüksek fiyatı 30 TL/adet ile Elazığ ve İstanbul bildirmiştir. Toptan düzeyde en düşük fiyat bilgisi gönderen Gaziantep’te kaptagonun 1000 adet fiyatı 1.000 TL olarak bildirilirken, en yüksek fiyat bilgisi gönderen illerden Ankara ve Mersin’de 20.000 TL olarak raporlanmıştır. 2013 yılı içerisinde en çok kaptagon yakalaması gerçekleştiren Suriye sınırında yer alan Hatay ili ve çevresi, kaptagon fiyatlarının ülke içindeki en düşük olduğu bölgedir.

Kaptagonun sokak düzeyi minimum ve maksimum fiyatları 2012 yılına göre değişiklik göstermemiştir (EMCDDA Standart Tablo 16, 2014). Toptan düzey minimum fiyatı 2013 yılında düşüş gösterirken (2012:1.400 TL-2013:1.000 TL), maksimum fiyatta değişiklik olmamıştır.

Metamfetamin için sokak düzeyinde en düşük fiyat 10 TL/gr, en yüksek fiyat ise 500 TL/gr olarak raporlanmıştır. Toptan düzeyde ise en düşük fiyatı 4.000 TL/kg ile Hakkari ve Van illeri bildirirken,

en yüksek fiyatı 500.000 TL/kg ile İstanbul ili bildirmiştir. Türkiye’de yakalanan metamfetamin genellikle İran İslam Cumhuriyeti menşelidir. En düşük fiyatların bu ülke ile sınır olan Hakkari ve Van illeri tarafından bildirilmesinde bu durumun etkili olduğu değerlendirilmektedir.

Metamfetaminin sokak düzeyi minimum fiyatı 2012 yılına göre değişiklik göstermemiştir. Maksimum fiyatta ise artış görülmektedir (EMCDDA Standart Tablo 16, 2014). Toptan düzey minimum kilogram fiyatı 2013 yılında düşüş göstermiştir (2012:10.000 TL-2013:4.000 TL). Maksimum fiyatta ise bir artış söz konusudur (2012:200.000 TL-2013:500.000 TL).

Türkiye’de sokak düzeyinde sentetik kannabinoid fiyatları 7 TL/gr ile 300 TL/gr arasında değişmektedir. Toptan düzeyde ise en düşük fiyat 1.500 TL/kg, en yüksek fiyat ise 70.000 TL/kg olarak bildirilmiştir.

Sentetik kannabinoidlerin sokak düzeyi minimum fiyatı 2012 yılına göre düşüş göstermiştir. (2012:10 TL-2013:7 TL). Maksimum fiyatta ise artış görülmektedir (EMCDDA Standart Tablo 16, 2014). Toptan düzeyde ise hem minimum hem de maksimum fiyatlar 2013 yılında bir düşüş göstermiştir (min: 2012:10.000 TL/kg - 2013:1.500 TL/kg; mak: 2012:80.000 TL/kg - 2013:70.000 TL/kg). Türkiye’de ilk olarak 2011 yılında yakalaması gerçekleşen sentetik kannabinoidlerin, ülke içerisindeki bulunabilirliği oldukça hızlı bir şekilde artmış ve 2013 yılı itibarıyla 81 ilin 70’inde yakalaması görülmüştür. Esasında bulunabilirlik ve yaygınlık birbirine paralel seyretmiş, az maliyetli ve kolay üretim fiyatlardaki ucuzluğu, fiyatlardaki ucuzluk ise yaygın kullanımı ve bulunabilirliği beraberinde getirmiştir.

10.4.2. Uyuşturucu Maddelerin Saflığı / Etki Gücü

Hasan DURMUŞ²⁸

Türkiye’de yürürlükte olan mevzuat ile uyuşturucu olarak belirlenmiş maddelerin nitel ve nicel analizleri Polis ve Jandarma Kriminal Laboratuvarları ile Adli Tıp Kurumu tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu bölümde Adli Tıp Kurumu başkanlığı, Polis ve Jandarma Kriminal Polis Laboratuvarı tarafından 2013 yılı için sağlanan ST14 ile İstanbul Kriminal Polis Laboratuvarı tarafından 2013 yılı için sağlanan ST15 tablolarındaki veriler aktarılacaktır.

Sokak düzeyi saflıklarındaki değişimler, narkotik birimlerinin yapmış oldukları yakalamalarla da bağlantılı olarak, uyuşturucunun piyasadaki bulunabilirliğindeki artış ya da azalışlara göre değişim göstermektedir. Bu doğrultuda gerçekleştirilecek saflık miktarlarındaki değişimlerin

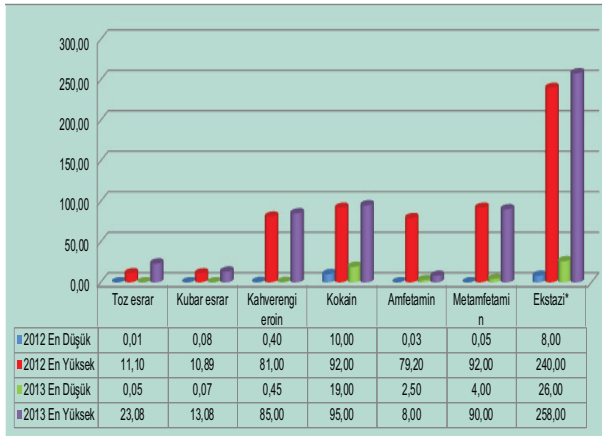
²⁸ İstanbul Kriminal Polis Laboratuvarı

izlenmesi, aynı zamanda narkotik birimlerimizce yapılan mücadelenin uyuşturucuların piyasada bulunabilirliğine olan etkisinin görülmesini de sağlayacaktır.

Uyuşturucu maddelerin saflık oranları farklı nedenlerden dolayı değişim gösterebilmektedir. Örneğin esrar maddesinin saflık oranını belirlemek için kullanılan delta-9-THC maddesinin varlığı kurutma, ufalama ve bekleme gibi işlemler nedeniyle azalmakla birlikte bitkinin türüne göre içerdiği THC miktarı farklılaşabilmektedir. Doğal veya yarı doğal ürünler içinse kullanılan hammaddenin içerdiği safsızlıklar ile kullanılan ekipmanların durumu son ürünün saflık düzeyini değiştirmektedir. Bu durumlar dışında uyuşturucu maddenin etkisini değiştirmek (katkı, adulterant) veya madde miktarını artırmak (seyreltici, cutting agent) amaçlı konulan maddeler saflık düzeylerini etkilemektedir.

Türkiye’de uyuşturucu maddelerin sokak düzeyi ve toptan saflıklarına ilişkin veriler, TUBİM tarafından 2011 yılı sonunda oluşturulan bir form aracılığıyla toplanmaktadır.

Grafik 10-38: Sokak düzeyi uyuşturucu madde saflıkları



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

*Ekstazi maddesi saflığı mg cinsinden verilmekle birlikte diğer madde saflıkları yüzde (%) olarak ifade edilmiştir.

Esrar saflık oranı, birçok kannabinoid içermekle birlikte halüsinojen etkiden sorumlu olarak, delta-9-THC oranına bakılarak hesaplanmaktadır. Kubar esrar için en düşük saflık miktarı bir önceki sene ile çok farklı olmamakla (2012 %0,08, 2013 % 0,07) birlikte en yüksek oran sadece geçen seneye göre değil 2010 yılından bu yana karşılaşılan en yüksek miktarı içermektedir (2013 %13,08). Aynı durum en yüksek saflık miktarı için toz esrarda da geçerlidir.

ancak geçmiş yıllara göre bakıldığında oran bir hayli artmıştır. Bu rakam 2013 yılı için %23,08 iken en yakın oran olarak 2011 yılında %14,88 karşımıza çıkmaktadır. Toz esrar için 2013 yılında en düşük saflık %0,05 olmuştur.

Eroin saflık oranlarında son yıllarda görülen artış devam etmektedir. Sokak düzeyi saflık oranlarına bakıldığında en az %0,45 en fazla %85,00 rakamlarını görmekteyiz (EMCDDA Standart Tablo 14, 2014). Ortalama olarak %41 civarı bir saflık oranı ile sokak düzeyi eroinde saflık miktarının diğer Avrupa ülkelerine nazaran bir hayli yüksek olduğuna dikkat edilmelidir. Bu konuda kaynağa daha yakın olmanın en önemli etken olduğu rahatlıkla söylenebilir. Toplu yakalamalarda ele geçirilen eroin saflık miktarı ise en düşük %34,00 en yüksek %84,00 olarak gözükmemektedir. Anlaşılabileceği üzere bazı durumlarda eroin maddesi herhangi bir seyreltme veya katkı koyma işlemi geçirilmeden sokak düzeyine inebilmektedir.

Sokak düzeyi kokain saflık oranlarında en yüksek oran son yıllarda olduğu gibi yüksek seyretmekte (%95) ve geçen seneye nazaran fazla bir değişim göstermemektedir. En düşük oranlar bazında bakıldığında ise 2013 yılında diğer yıllara göre belirgin bir artış söz konusudur (2013 %19). Ancak söz konusu artış ortalama saflık oranına yansımamıştır.

Amfetamin maddesinin yıllar arası saflık miktarındaki dalgalanma 2013 yılı için aşağı yöndedir. En yüksek oran %8 gibi çok düşük bir miktar iken en düşük oran geçmiş yıllardaki oranlara bakıldığında ortalarda bir yerdedir (%2,5).

Kullanıcı düzeyi saflık oranına bakıldığında metamfetamin maddesi ortalama saflık düzeyi yüksek seyretmektedir. En düşük oran her ne kadar %4 olsa da en yüksek oranın %90 ve ortalama saflık değerinin %75,91 olması, söz konusu maddenin herhangi bir seyreltme ve katkı maddesi ekleme işlemi yapılmadan sokak düzeyine indiğinin göstergesidir. Kimyasal tepkime verimleri yüksek olan metamfetamin üretimi bu yüksek saflıkların ana sebebi olmakla birlikte eroin durumunda olduğu gibi kaynağa olan yakınlık bir diğer etmendir. Ayrıca yüksek verimli kimyasal reaksiyonlar bu sentezleme/ üretim işleminin profesyonel ekipman ve iş gücü ile gerçekleştirildiğine işaret etmektedir.

Ekstazi olarak tabir edilen, aslında MDMA içerikli tabletler için sokak düzeyi saflıklar en yüksek oran bazında bir önceki seneye göre belirgin bir artış göstermemekle birlikte (2012 240 mg, 2013 258 mg) en düşük miktarda artış görülmektedir (2012 8 mg, 2013 26 mg). Söz konusu tabletlerin sokak düzeyi için olan saflık oranları tabletleme işleminin toplu yapılmasından dolayı toplu yakalamalar

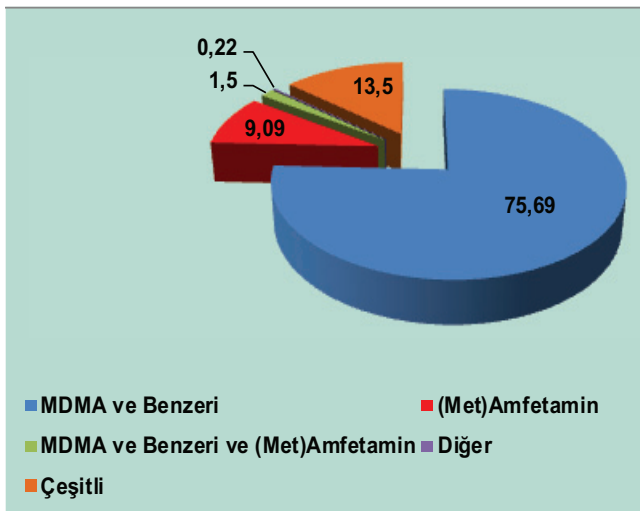
ile aynı kabul edilebilir. Diğer amfetamin türevi maddeler toz halde de bulunabildiğinden (sokak düzeyinde) aynı durum geçerli değildir.

10.4.2.1 Uyuşturucu Maddelerin ve Tabletlerin Oluşumu

Uyuşturucu maddelerin saflık düzeylerinin yanı sıra tablet yakalamalarının olay bazında dağılımına da burada yer vermemiz gerekmektedir. Yakalanan tablet sayısından ziyade olay sayılarının dağılımı konuya farklı bir boyuttan ışık tutulmasını sağlar. Söz konusu veriler EMCDDA Standart Tablo 15'te yer alan bilgilerdir. İstanbul ve çevre illerinde ele geçirilen 2.500.000 üzeri tablet için olay sayılarının dağılımına bakıldığında; MDMA ve benzeri (MDEA, MDA ve bu gibi maddelerin diğer maddeler ile karışımı) tür tablet olay sayısının %75,69 gibi bir oranla yakalamaların çok büyük bir kısmını kapsadığı görülmektedir. Özellikle MDMA içerikli olay sayısı baskın haldedir. Amfetamin ve metamfetamin içeren olay sayısı ise %9,09 gibi bir rakama tekabül etmektedir. Burada verilerin sadece tablet içerikli olayları kapsadığı dikkate alınarak değerlendirme yapmak daha doğru olacaktır. Yukarıda bahsedilen madde türlerinden her ikisini birden içeren tablet olay sayısı ise %1,5 gibi düşük bir rakam olmakla birlikte, bu maddelerin diğer uyuşturucu türleri ile olan kombinasyonlarını içeren olay sayısı %0,22 olarak hesaplanmıştır. Geriye kalan %13,5'luk oran BM 1971 sözleşmesi Liste 1 ve 2'de yer almayan maddeleri içeren olay sayılarına aittir (Kafein, teofilin, bzp, mCPP, klonezepam, diazepam, methadone, buphrenorphine, vb.).

Yukarıda belirtilen, en çok bilinen uyuşturucu maddeler için veriler aktarılmıştır. Ancak son yıllarda tüm dünyada olduğu gibi Türkiye'de de problem olan yeni nesil sentetik uyuşturucular ile ilgili sağlıklı bir veri toplanamamıştır. Özellikle Türkiye'de bonzai adı ile ünlenen sentetik kannabinoid türü maddelerin saflık miktarları konusunda detaylı çalışmaların yapılması gerekmektedir. Ancak bu analizleri yapan yerli ve yabancı laboratuvarların paylaştığı ortak problem olarak referans madde temini en büyük engeli oluşturmaktadır.

Grafik 10-39: Tablet olay sayıları dağılımı



Kaynak: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, 2014.

BÖLÜM B

REFERANSLAR

REFERANSLAR

- 1- Aile ve Sosyal Politikalar Bakanlığı 2013 Faaliyet Raporu, 2013.
- 2- Akcam ve ark. 2009; Yildirim ve ark. 2009
- 3- Ateş, İ. , "Her Yönüyle Bonzai" Sempozyumu, 2014.
- 4- Badur, S., Emiroğlu, N. (2010). Burden and Prevention of Viral Hepatitis in Turkey. Viral Hepatitis 'Cilt 18(2)'.
- 5- Bargagli, A. M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C. A., Schifano, P., Buster, M., & Vicente, J. (2006). Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries. *The European Journal of Public Health*, 16(2), 198-202. ISO 690
- 6- Beenstock, M.; Rahav, G. (2002). "Testing Gateway Theory: Do Cigarette Prices Affect Illicit Drug Use?" Journal of Health Economics, 21 679–698 Tel Aviv.
- 7- Bozdayi, AM., Aslan, N., Bozdayi, G., Türkyilmaz, AR., Sengezer, T. et al. (2004). Molecular epidemiology of hepatitis B, C and D viruses in Turkish patients. Arch Virol, 149(11):2115-29.
- 8- Ceza İnfaz Kurumlarında Sağlık Hizmetleri El Kitabı, 2012.
- 9- Chang ve ark.1999; Hepatitis C virus infection among short-term intravenous drug users in southern Taiwan. European Journal of Epidemiology, 15, 's. 597-601'.
- 10- Demirören, K., Deveci, U, Demirören, S., (2007). Sağlık Bakanlığının Uyguladığı Hepatit B aşılarının sağladığı AntiHBs değerleri, Fırat Üniversitesi Sağlık Bilimleri Tıp Dergisi, 'Cilt 21', Sayı 5, 's. 183-185'.
- 11- EGM 2013 Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Raporu, 2014.
- 12- EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014.
- 13- EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014, 's .14'.
- 14- EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014, 's .21'.
- 15- EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014, 's .22'.
- 16- EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014, 's .61'.
- 17- EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2014, 's .68-69'.
- 18- EMCDDA Avrupa Uyuşturucu Raporu, 2013, 's 102'.
- 19- EMCDDA Standart Tablo 5, 2014.
- 20- EMCDDA Standart Tablo 6, 2014.
- 21- EMCDDA Standart Tablo 9/2, 2014.
- 22- EMCDDA Standart Tablo 11, 2014.
- 23- EMCDDA Standart Tablo 13, 2014.
- 24- EMCDDA Standart Tablo 14, 2014
- 25- EMCDDA Standart Tablo 16, 2014.
- 26- EMCDDA Standart Tablo 34, 2014.
- 27- Evren, EC., Saatçioğlu, Ö., Evren, B., Yancar, C., Eken, B., Çakmak, D. (2003). Ögel 2005 "Madde kullanım bozukluğunda cinsiyet farklılığı: AMATEM'e yatan hasta verilerinin incelenmesi. "Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi, 16(3), 's. 132-138'.

- 28- Garfein, R.S., Doherty, M.C., Monterroso, E.R. et al. (1998). "Prevalence and incidence of hepatitis C virus infection among young adult injection drug users." *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 18, 's. 11-19'.
- 29- Garfein, R.S., Vlahov, D., Galai, N. et al. (1996). "Viral infections in short-term injection drug users: The prevalence of the hepatitis C, hepatitis B, human immunodeficiency and human T-lymphotropic viruses." *American Journal of Public Health*, 86, 's. 655-661'.
- 30- <http://www.aile.gov.tr/haberler/bakan-islam-yasam-hakini-elinden-alan-butun-girisimleri-tum-kalbimle-lanetliyorum>
- 31- Leblebicioglu, H., Eroglu, C. (2004). Members of the Hepatitis Study Group. Acute hepatitis B virus infection in Turkey: epidemiology and genotype distribution. *Clin Microbiol Infect*, 10(6):537-41.
- 32- Kraus ve Ark 2011 (Estimation Problem Drug Use in Ankara, İstanbul, İzmir)
- 33- Kurt, H., Battal, İ., Memikoğlu, O., Yeşilkaya, A., Tekeli, E. (2003). The spectrum of seropositivity of HAV, HBV, HCV according to age and sex in healthy population in Ankara. *Viral Hepatit Derg*, 8, 's.88-96'.
- 34- MASAK Faaliyet Raporu, 2013.
- 35- Ögel K., Koç C., Karalar B. ve ark., 2011. "SAMBA isimli bir bağımlılık programının etkinlik çalışması" *Bulletin Clinical Psychopharmacology* 2011;21 (Suppl.2): 150-1.
- 36- Ögel, K. (2005). "Madde Kullanım Bozuklukları Epidemiyolojisi". *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, Psikiyatri* 2005, 1(47), 's. 61-64'.
- 37- RTÜK, 2014.
- 38- TUBİM (2012). Türkiye Uyuşturucu Raporu, Ankara.
- 39- TUBİM (2012). Türkiye'de Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması 2011.
- 40- TÜİK, Family structure survey, 2006.
- 41- TÜİK, Türkiye Sağlık Araştırması, 2012.
- 42- Türkiye Büyük Millet Meclisi (2008). Uyuşturucu Başta Olmak Üzere Madde Bağımlılığı ve Kaçakçılığı Sorunlarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu, Ankara.
- 43- Türkiye İş Kurumu (İŞKUR) 2013 Yılı Faaliyet Raporu, 2013.
- 44- Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi, (2013-2018). (2013), Ankara.
- 45- UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2011.
- 46- UNODC Afganistan Afyon Araştırması, 2013, 's.10'.
- 47- UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014.
- 48- UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014, 's. 21'.
- 49- UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014, 's. 23'.
- 50- UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014, 's. 24'.
- 51- UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014, 's. 34'.
- 52- UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014, 's. 39'.
- 53- UNODC Dünya Uyuşturucu Raporu, 2014, 's. 42'.

TABLÖLÄR

TABLolar

Tablo 1-1: Ulusal Uyuşturucu Strateji ve Politika Belgeleri İle Ulusal Uyuşturucu Eylem Planları'nın Uygulama Süreleri

Tablo 1-2: I. ve II. Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı Değerlendirmelerinin Karşılaştırılması

Tablo 1-3: Uyuşturucu İle Mücadele Alanında Yapılan Kamu Harcamalarının Yıllara Göre Dağılımı (TL)

Tablo 1-4: 2013 Yılında Gerçekleştirilen Kamu Harcamaları

Tablo 2-1: Okul çocuklarının yaşam boyu, son 12 ay, son 3 ay, son 1 ay ve araştırmanın yapıldığı anda madde kullanma prevalansları

Tablo 2-2: Okul çocuklarında kullanılan madde grupları

Tablo 2-3: Kullanıldığı belirtilen maddelerin tercihlere göre dağılımı

Tablo 2-4: İncelenenlerin yaşam boyu, son 12 ay ve son 30 gün tütün, alkol ve ilaç kullanma gruplarına göre yaşam boyu madde kullanma durumlarının dağılımı

Tablo 4-1: Ankara, İstanbul ve İzmir'de Problemli Opioid ve Esrar Kullanıcıları, 2010

Tablo 5-1: 2013 Yılında Tedavi Merkezlerinden Yatarak Tedavi Gören Hastaların Madde Türlerine Göre Dağılımı

Tablo 5-2: 2013 Yılında Yatarak Tedavi Gören Hastaların İkamet Ettikleri İllere Göre Dağılımı

Tablo 6-1: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HIV Tarama Testi Sonuçlarının Yıllara Göre Dağılımı

Tablo 6-2: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HBV Test Sonuçlarının Yıllara Göre Dağılımı

Tablo 6-3: 2013 Yılı İçerisinde Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HBV Test Sonuçlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Tablo 6-4: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HBV Test Sonuçlarının Yıllara ve Yaşlara Göre Dağılımı

Tablo 6-5: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HBV Test Sonuçlarının İlk Enjeksiyondan Sonra Geçen Süreye Göre Dağılımı

Tablo 6-6: 2013 Yılı İçerisinde Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında Tedavi Öyküsü ve HBV Sonuçları

Tablo 6-7: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HCV Test Sonuçlarının Yıllara Göre Dağılımı

Tablo 6-8: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HCV Test Sonuçlarının Cinsiyetlere Göre Dağılımı

Tablo 6-9: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HCV Test Sonuçlarının Yıllara ve Yaşlara Göre Dağılımı

Tablo 6-10: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında HCV Test Sonuçlarının İlk Enjeksiyondan Sonra Geçen Süreye Göre Dağılımı

Tablo 6-11: Bağımlılık Tedavi Merkezlerinde Yatarak Tedavi Gören Damar İçi Madde Kullanıcılarında Tedavi Öyküsü ve HCV Sonuçları

Tablo 6-12: 2007-2013 Yılları Doğrudan MBÖ Olgularının Ortalama Yaşlarının Cinsiyetlere ve Yıllara Göre Dağılımı

Tablo 6-13: 2013 Yılı Doğrudan MBÖ Olgularının Yaş Aralıklarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 6-14: 2007-2013 Yılları Arasında Doğrudan Madde Bağlantılı Ölümünün En Sık Gerçekleştiği 10 İl

Tablo 6-15: 2013 Yılında Doğrudan MBÖ'lerin, Afyon Türevleri Baz Alındığında Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 6-16: 2008-2013 Yıllarında Doğrudan MBÖ Olgularının Örneklerinde Saptanan Maddeler

Tablo 6-17: Dolaylı MBÖ Olgularının Ortalama Yaşlarının Cinsiyetlere ve Yıllara Göre Dağılımı

Tablo 6-18: Olguların Yaş Aralıklarının Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 6-19: 2013 Yılı Dolaylı MBÖ olgularının, Ölüm Nedenleri ve Afyon Türevleri Baz Alındığında Cinsiyete Göre Dağılımı.

Tablo 6-20: 2008-2013 Yıllarında Dolaylı MBÖ Olgularının Örneklerinde Saptanan Maddeler

Tablo 6-21: Dolaylı MBÖ'lerin, Orijinleri Dikkate Alındığında Cinsiyete Göre Dağılımı

Tablo 6-22: 2009-2013 Yılları Arasında Dolaylı Madde Bağlantılı Ölümünün En Sık Gerçekleştiği 10 İl

Tablo 6-23: Doğrudan MBÖ Olgularında Saptanan Maddelerin Yıllara Göre Dağılımı

Tablo 6-24: Tüm (Doğrudan ve Dolaylı) MBÖ Olgularında Saptanan Maddelerin İllere Göre Dağılımı

Tablo 6-25: Doğrudan MBÖ Olgularında Saptanan Maddelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

Tablo 6-26: Dolaylı MBÖ Olgularında Saptanan Maddelerin Yaş Gruplarına Göre Dağılımı

GRAFİKLER

GRAFİKLER

Grafik 1-1: Türkiye Morfine Eşdeğer Opiyat Hammadde Üretim Miktarı ve Haşhaş Ekim Alanları

Grafik 3-1: Madde Kullanımı ile Mücadele Büro Amirliği Görevlileri Tarafından Gerçekleştirilen Faaliyet Sayılarının Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 3-2: Madde Kullanımı ile Mücadele Büro Amirliği Görevlileri Tarafından 2013 Yılında Gerçekleştirilen Faaliyetlerin Türlerine Göre Dağılımı

Grafik 3-3: Madde Kullanımı ile Mücadele Büro Amirliği Görevlileri Tarafından Gerçekleştirilen Faaliyetlerin Katılımcı Sayılarına Göre Dağılımı

Grafik 3-4: Madde Kullanımı ile Mücadele Büro Amirliği Görevlileri Tarafından 2013 Yılında Gerçekleştirilen Faaliyetlerin Katılımcı Türlerine Göre Dağılımı

Grafik 5-1: Yıllara Göre Tedavi Merkezlerinin Dağılımı

Grafik 5-2: İlk Kez Tedaviye Başvuran ve Daha Önce Tedavi Gören Kişilerin Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 5-3: Tedavi Gören Kişilerin Tedaviye Sevk Şekline Göre Dağılımı

Grafik 5-4: Tedavi Gören Kişilerin Uyruklarına Göre Dağılımı

Grafik 5-5: Tedavi Gören Kişilerin Cinsiyetlerinin Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 5-6: Tedavi Gören Kişilerin Yaşlarının Dağılımı

Grafik 5-7: Tedavi Gören Kişilerin Uyuşturucu Maddeyi İlk Kullanım Yaşının Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 5-8: Tedavi Gören Kişilerin Eğitim Durumlarının Dağılımı

Grafik 5-9: Tedavi Gören Kişilerin Çalışma Durumlarının Dağılımı

Grafik 5-10: Tedavi Gören Kişilerin Yaşam Biçimlerine Göre Dağılımı

Grafik 5-11: Tedavi Gören Kişilerin Kullandıkları Esas Madde Türlerinin Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 5-12: Tedavi Gören Kişilerin Uyuşturucu Maddeyi Kullanım Yoluna ve Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 5-13: Tedavi Gören Kişilerin Enjeksiyon Kullanım Durumuna İlişkin Dağılımı

Grafik 6-1: Türkiye’de HIV/AIDS Vakalarının Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 6-2: 2009-2013 Yılları Doğrudan MBÖ Olgularının Yaş Aralıklarının Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 6-3: 2009-2013 Yılları Doğrudan MBÖ Olguları İçindeki Erkeklerin Yaş Aralıklarının Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 6-4: 2009-2013 Yıllarında Madde Kullanımı Sonucu Gerçekleşen Ölümün Afyon Türevleri Baz Alındığında Cinsiyete Göre Dağılımı

Grafik 6-5: 2013 Yılı Dolaylı MBÖ Olgularının Yaş Aralıklarının Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 6-6: 2013 Yılı Dolaylı MBÖ Olguları İçindeki Erkeklerin Yaş Aralıklarının Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 6-7: Doğrudan MBÖ Olgularında Saptanan Maddelerin Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 6-8: Yıllara Göre Dolaylı MBÖ Olgusu Sayısı

Grafik 6-9: Doğrudan MBÖ Olguları İçindeki Erkeklerin, Afyon Türevleri Baz Alındığında Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 6-10: Doğrudan ve Dolaylı MBÖ Olguları İçinde Kokain Saptanan Olguların Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 6-11: Doğrudan ve Dolaylı MBÖ Olguları İçinde Ekstazi (MDMA, MDA, MDEA) Saptanan Olguların Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 6-12: Doğrudan ve Dolaylı MBÖ Olguları İçinde Esrar Saptanan Olguların Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 6-13: Doğrudan ve Dolaylı MBÖ Olaylarının Son Beş Yılda Gerçekleştiği İl Sayısı

Grafik 6-14: Doğrudan ve Dolaylı MBÖ Olguları İçindeki Erkeklerin Yaş Ortalamalarının Yıllara Göre Dağılımı

Grafik 9-1: Yıllara Göre Toplam Olay ve Şüpheli Sayıları

Grafik 9-2: Uyuşturucu Olay Sayılarının Suç Türlerine Göre Dağılımı

Grafik 9-3: Uyuşturucu Olay Sayılarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (%)

Grafik 9-4: Uyuşturucu Şüpheli Sayılarının Suç Türlerine Göre Dağılımı

Grafik 9-5: Uyuşturucu Şüpheli Sayılarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (%)

Grafik 9-6: Yıllara Göre Toplam Eroin Olay Sayısı

Grafik 9-7: Eroin Olay Sayısının Suç Türlerine Göre Dağılımı

Grafik 9-8: 2013 Yılı İçerisinde En Fazla Eroin Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı

Grafik 9-9: Yıllara Göre Toplam Esrar Olay Sayısı

Grafik 9-10: Esrar Olay Sayısının Suç Türlerine Göre Dağılımı

Grafik 9-11: 2013 Yılı İçerisinde En Fazla Esrar Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı

Grafik 9-12: Yıllara Göre Toplam Kokain Olay Sayısı

Grafik 9-13: Kokain Olay Sayısının Suç Türlerine Göre Dağılımı

Grafik 9-14: 2013 Yılı İçerisinde En Fazla Kokain Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı

Grafik 9-15: Yıllara Göre Toplam Ekstazi Olay Sayısı

Grafik 9-16: Ekstazi Olay Sayısının Suç Türlerine Göre Dağılımı

Grafik 9-17: 2013 Yılı İçerisinde En Fazla Ekstazi Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı

Grafik 9-18: Yıllara Göre Kaptagon Olay Sayısı

Grafik 9-19: Kaptagon Olay Sayısının Suç Türlerine Göre Dağılımı

Grafik 9-20: 2013 Yılı İçerisinde En Fazla Kaptagon Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı

Grafik 9-21: Yıllara Göre Metamfetamin Olay Sayısı

Grafik 9-22: Metamfetamin Olay Sayısının Suç Türlerine Göre Dağılımı

Grafik 9-23: 2013 Yılı İçerisinde En Fazla Metamfetamin Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı

Grafik 9-24: Yıllara Göre Sentetik Kannabinoidler Olay Sayısı

Grafik 9-25: Sentetik Kannabinoidler Olay Sayısının Suç Türlerine Göre Dağılımı

Grafik 9-26: 2013 Yılı İçerisinde En Fazla Sentetik Kannabinoid Olayı Gerçekleşen İlk On İle Göre Olay Sayılarının Dağılımı

Grafik 9-27: Yıllara Göre Asetik Anhidrit Olay Sayısı

Grafik 9-28: 2013 Yılı İçerisinde En Çok U Formu Dolduran İlk On İle Göre Anket Sayıları (%)

Grafik 9-29: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Yaş Aralıklarına Göre Dağılımı (%)

Grafik 9-30: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Öğrenim Durumlarına Göre Dağılımı (%)

Grafik 9-31: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Medeni Durumlarına Göre Dağılımı (%)

Grafik 9-32: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Sabıka Durumlarına Göre Dağılımı (%)

- Grafik 9-33: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının İş Durumlarına Göre Dağılımı (%)
- Grafik 9-34: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Gelir Durumlarına Göre Dağılımı (%)
- Grafik 9-35: Sigara Kullanma Durumu (%)
- Grafik 9-36: Alkol Kullanma Durumu (%)
- Grafik 9-37: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Kullandıkları İlk Madde (%)
- Grafik 9-38: Uyuşturucu Madde Kullanıcılarının Kullandıkları İlk Yasa Dışı Madde (%)
- Grafik 9-39: Uyuşturucu Maddeyi İlk Deneme Yaş Aralıkları (%)
- Grafik 9-40: Uyuşturucu Maddeye Başlama Yaş Aralıkları (%)
- Grafik 9-41: Uyuşturucu Maddeye Başlama Süresi (%)
- Grafik 9-42: En Sık Kullanılan Uyuşturucu Madde (%)
- Grafik 9-43: Uyuşturucu Maddeyi Temin Yolu (%)
- Grafik 9-44: Uyuşturucu Maddeye Başlama Nedeni (%)
- Grafik 9-45: Uyuşturucu Maddenin Kullanım Yeri (%)
- Grafik 9-46: Bilgilendirme Faaliyetine Katılma Durumu (%)
- Grafik 9-47: Uyuşturucu Maddenin Zararları Hakkında Bilgi Durumu (%)
- Grafik 9-48: Daha Önceki Tedavi Durumu (%)
- Grafik 9-49: Tedavi Talebi (%)
- Grafik 9-50: Tedavi Olmayı İstememe Nedeni (%)
- Grafik 9-51: Yıllara Göre Şüpheli İşlem Bildirim Sayıları
- Grafik 9-52: Ceza İnfaz Kurumlarında Bulunanların Toplam Sayısı ile Uyuşturucu Madde Bağlantılı Suçlardan Ceza İnfaz Kurumlarında Bulunanların Sayısının Yıllara Göre Dağılımı
- Grafik 9-53: Suç Gruplarına göre 2012-2013 Yılı karşılaştırılması
- Grafik 10-1: Afganistan'daki Haşhaş Bitkisi Üretim Alanı (Hektar)
- Grafik 10-2: Global Potansiyel Afyon Üretimi (Ton)
- Grafik 10-3: Global Potansiyel Eroin İmali (Ton)
- Grafik 10-4: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Eroin Miktarları (kg)
- Grafik 10-5: 2012 Yılında Dünyada En Fazla Eroin Yakalayan Ülkeler (ton)
- Grafik 10-6: 2012 Yılı AB ve Türkiye'deki Eroin Yakalamaları (kg)
- Grafik 10-7: 2012 Yılı AB-Türkiye Eroin Yakalamaları Kıyaslaması(kg)
- Grafik 10-8: 2013 Yılı Eroin Yakalama Miktarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (kg)
- Grafik 10-9: 2013 Yılında En Fazla Eroin Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (kg)
- Grafik 10-10: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Esrar Miktarları (kg)
- Grafik 10-11: 2012 Yılı AB ve Türkiye'deki Esrar Yakalamaları (kg)
- Grafik 10-12: 2012 Yılı AB ve Türkiye'deki Kubar Esrar Yakalamaları (kg)
- Grafik 10-13: 2012 Yılı AB-Türkiye Kubar Esrar Yakalamaları Kıyaslaması (kg)
- Grafik 10-14: 2012 Yılı AB ve Türkiye'deki Toz Esrar Yakalamaları (kg)

- Grafik 10-15: 2013 Yılı Esrar Yakalama Miktarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (kg)
- Grafik 10-16: 2013 Yılında En Fazla Esrar Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (kg)
- Grafik 10-17: 2013 Yılında En Fazla Toz Esrar Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (kg)
- Grafik 10-18: 2013 Yılında En Fazla Kubar Esrar Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (kg)
- Grafik 10-19: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Kokain Miktarları (kg)
- Grafik 10-20: 2013 Yılı Kokain Yakalama Miktarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (kg)
- Grafik 10-21: 2013 Yılında En Fazla Kokain Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (kg)
- Grafik 10-22: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Ekstazi Miktarları (adet)
- Grafik 10-23: 2013 Yılı Ekstazi Yakalama Miktarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (adet)
- Grafik 10-24: 2013 Yılında En Fazla Ekstazi Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (adet)
- Grafik 10-25: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Kaptagon Miktarları (adet)
- Grafik 10-26: 2013 Yılı Kaptagon Yakalama Miktarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (adet)
- Grafik 10-27: 2013 Yılında En Fazla Kaptagon Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (adet)
- Grafik 10-28: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Metamfetamin Miktarları (kg)
- Grafik 10-29: 2013 Yılı Metamfetamin Yakalama Miktarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (kg)
- Grafik 10-30: 2013 Yılında En Fazla Metamfetamin Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (kg)
- Grafik 10-31: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Sentetik Kannabinoid Miktarları (kg)
- Grafik 10-32: 2013 Yılı Sentetik Kannabinoidler Yakalama Miktarının Suç Türlerine Göre Dağılımı (kg)
- Grafik 10-33: 2013 Yılında En Fazla Sentetik Kannabinoidler Yakalayan İlk On İl ve Yakalama Miktarları (kg)
- Grafik 10-34: Yıllara Göre Yakalanan Toplam Asetik Anhidrit Miktarları (lt)
- Grafik 10-35: 2013 Yılında En Fazla Asetik Anhidrit Yakalayan İller ve Yakalama Miktarları (lt)
- Grafik 10-36: 2012-2013 Yılları Sokak Düzeyi Uyuşturucu Fiyatları (TL)
- Grafik 10-37: 2012-2013 Yılları Toptan Uyuşturucu Fiyatları (TL)
- Grafik 10-38: Sokak düzeyi uyuşturucu madde saflıkları
- Grafik 10-39: Tablet olay sayıları dağılımı

ŞEKİLLER

ŞEKİLLER

Şekil 6- 1: Tüm MBÖ Olayları İçinde Afyon Türevi Madde Kullanımı Saptanan İller

Şekil 6-2: Tüm MBÖ Olayları İçinde Ekstazi Kullanımı Saptanan İller

Şekil 6-3: Tüm MBÖ Olayları İçinde Esrar Kullanımı Saptanan İller

Şekil 6-4: Tüm MBÖ Olayları İçinde Kokain Kullanımı Saptanan İller

Şekil 10-1: Türkiye’de 2011 yılında Sentetik Kannabinoidlerin Yakalanan İller (26 İl)

Şekil 10-2: Türkiye’de 2012 yılında Sentetik Kannabinoidlerin Yakalanan İller (43 İl)

Şekil 10-3: Türkiye’de 2013 yılında Sentetik Kannabinoidlerin Yakalanan İller (70 İl)

Şekil 10-4: Uyuşturucu Fiyat Projesine Veri Girişi Yapan İller

EKLER

EKLER

EK-1

5237 TCK

Uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti

MADDE 188- (1) Uyuşturucu veya uyarıcı maddeleri ruhsatsız veya ruhsata aykırı olarak imal, ithal veya ihraç eden kişi, yirmi yıldan otuz yıla kadar hapis ve yirmibin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır.

(2) Uyuşturucu veya uyarıcı madde ihracı fiilinin diğer ülke açısından ithal olarak nitelendirilmesi dolayısıyla bu ülkede yapılan yargılama sonucunda hükmolunan cezanın infaz edilen kısmı, Türkiye’de uyuşturucu veya uyarıcı madde ihracı dolayısıyla yapılacak yargılama sonucunda hükmolunan cezadan mahsup edilir.

(3) Uyuşturucu veya uyarıcı maddeleri ruhsatsız veya ruhsata aykırı olarak ülke içinde satan, satışa arz eden, başkalarına veren, sevk eden, nakleden, depolayan, satın alan, kabul eden, bulunduran kişi, on yıldan az olmamak üzere hapis ve yirmibin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır. Ancak, uyuşturucu veya uyarıcı madde verilen veya satılan kişinin çocuk olması hâlinde, veren veya satan kişiye verilecek hapis cezası onbeş yıldan az olamaz.

(4) Uyuşturucu veya uyarıcı maddenin eroin, kokain, morfin veya bazmorfin olması halinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılır.

(5) Yukarıdaki fıkralarda gösterilen suçların, üç veya daha fazla kişi tarafından birlikte işlenmesi hâlinde verilecek ceza yarı oranında, suç işlemek için teşkil edilmiş bir örgütün faaliyeti çerçevesinde işlenmesi hâlinde, verilecek ceza bir kat artırılır.

(6) Üretimi resmi makamların iznine veya satışı yetkili tabip tarafından düzenlenen reçeteye bağlı olan ve uyuşturucu veya uyarıcı madde etkisi doğuran her türlü madde açısından da yukarıdaki fıkralar hükümleri uygulanır. (Ek cümle: 29/6/2005 – 5377/22 md.) Ancak, verilecek ceza yarısına kadar indirilebilir.

(7) Uyuşturucu veya uyarıcı etki doğurmamakla birlikte, uyuşturucu veya uyarıcı madde üretiminde kullanılan ve ithal veya imali resmi makamların iznine bağlı olan maddeyi ülkeye ithal eden, imal eden, satan, satın alan, sevk eden, nakleden, depolayan veya ihraç eden kişi, sekiz yıldan az olmamak üzere hapis ve yirmibin güne kadar adlî para cezası ile cezalandırılır.

(8) Bu maddede tanımlanan suçların tabip, diş tabibi, eczacı, kimyager, veteriner, sağlık memuru, laborant, ebe, hemşire, diş teknisyeni, hastabakıcı, sağlık hizmeti veren, kimyacılıkla veya ecza ticareti ile iştigal eden kişi tarafından işlenmesi halinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma

MADDE 190- (1) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırmak için;

- Özel yer, donanım veya malzeme sağlayan,
 - Kullananların yakalanmalarını zorlaştıracak önlemler alan,
 - Kullanma yöntemleri konusunda başkalarına bilgi veren,
- Kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını alenen özendiren veya bu nitelikte yayın yapan kişi, beş yıldan on yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(3) Bu maddede tanımlanan suçların tabip, diş tabibi, eczacı, kimyager, veteriner, sağlık memuru,

laborant, ebe, hemşire, diş teknisyeni, hastabakıcı, sağlık hizmeti veren, kimyacıyla veya ecza ticareti ile iştigal eden kişi tarafından işlenmesi halinde, verilecek ceza yarı oranında artırılır.

Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmamak ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanmak

MADDE 191- (1) Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

(2) Bu suçtan dolayı başlatılan soruşturmada şüpheli hakkında 4/12/2004 tarihli ve 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanununun 171 inci maddesindeki şartlar aranmaksızın, beş yıl süreyle kamu davasının açılmasının ertelenmesine karar verilir. Cumhuriyet savcısı, bu durumda şüpheliyi, erteleme süresi zarfında kendisine yüklenen yükümlülükler uygun davranmadığı veya yasakları ihlal ettiği takdirde kendisi bakımından ortaya çıkabilecek sonuçlar konusunda uyarır.

(3) Erteleme süresi zarfında şüpheli hakkında asgari bir yıl süreyle denetimli serbestlik tedbiri uygulanır. Bu süre Cumhuriyet savcısının kararı ile üçer aylık sürelerle en fazla bir yıl daha uzatılabilir. Hakkında denetimli serbestlik tedbiri verilen kişi, gerek görülmesi hâlinde denetimli serbestlik süresi içerisinde tedaviye tabi tutulabilir.

(4) Kişinin, erteleme süresi zarfında;

- a) Kendisine yüklenen yükümlülükler veya uygulanan tedavinin gereklerine uygun davranmamakta ısrar etmesi,
 - b) Tekrar kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alması, kabul etmesi veya bulundurması,
 - c) Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanması,
- hâlinde, hakkında kamu davası açılır.

(5) Erteleme süresi zarfında kişinin kullanmak için tekrar uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alması, kabul etmesi veya bulundurması ya da uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanması, dördüncü fıkra uyarınca ihlal nedeni sayılır ve ayrı bir soruşturma ve kovuşturma konusu yapılmaz.

(6) Dördüncü fıkraya göre kamu davasının açılmasından sonra, birinci fıkra tanımlanan suçun tekrar işlendiği iddiasıyla açılan soruşturmalarda ikinci fıkra uyarınca kamu davasının açılmasının ertelenmesi kararı verilemez.

(7) Şüpheli erteleme süresi zarfında dördüncü fıkra belirtilen yükümlülükler aykırı davranmadığı ve yasakları ihlal etmediği takdirde, hakkında kovuşturmaya yer olmadığı kararı verilir.

(8) Bu Kanunun;

- a) 188 inci maddesinde tanımlanan uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti,
 - b) 190 inci maddesinde tanımlanan uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırma,
- suçundan dolayı yapılan kovuşturma evresinde, suçun münhasıran bu madde kapsamına girdiğinin anlaşılması hâlinde, sanık hakkında bu madde hükümleri çerçevesinde hükmün açıklanmasının geri bırakılması kararı verilir.

(9) Bu maddede aksine düzenleme bulunmayan hâllerde, Ceza Muhakemesi Kanununun, kamu davasının açılmasının ertelenmesine ilişkin 171 inci maddesi veya hükmün açıklanmasının geri bırakılmasına ilişkin 231 inci maddesi hükümleri uygulanır.

EK-2

16.12.2013 tarihli ve 2013/5742 sayılı Bakanlar Kurulu kararı (Yayın Tarihi 25 Ocak 2014 tarihli ve 28893 sayılı Resmi Gazete)

1. 5F-AKB48 diğer adı AKB 48F olan ismi ile bilinen N-(adamantan-1-yl)-l-{4-fluorobutyl}-1H-indazole-3-carboxamide
2. A-796,260 ismi ile bilinen 1-(2-morpholin-4-ylethyl)-1H-indol-3-yl)-(2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)methanone
3. AB-PINACA ismi ile bilinen N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl]-1-pentyl-1H-indazole-3-carboxamide
4. ADBICA ismi ile bilinen N-{1-Amino-3,3-dimethyl-1-oxobutan-2-yl)-1-pentyl-1H-indole-3-carboxamide
5. JWH-018 quinoline carboxamide analogu (QUPIC, PB-22) olarak bilinen, 1-pentyl-1H-indole-3-carboxylic acid 8-quinolinyl ester
6. 5F-PB-22 ismi ile bilinen 1-(5-fluoropentyl)-1H-indole-3-carboxylic acid 8-quinolinyl ester
7. AB-FUBINACA ismi ile bilinen N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl]-1-[(4-fluorophenyl)methyl]-1H-indazole-3-carboxamide
8. STS-135 ismi ile bilinen N-(adamantan-1-yl)-1-(5-fluoropentyl)-1H-indole-3-carboxamide
9. AB-005 ismi ile bilinen [1-[(1-methyl-2-piperidinyl)methyl]-1H-indol-3-yl](2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)-methanone
10. AB-005 azepane isomer ismi ile bilinen (1-(1-methylazepan-2-yl)-1H-indol-3-yl)(2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)methanone
11. AM-1248 ismi ile bilinen 1-[(N-methylpiperidin-2-yl)methyl]-3-(adamant-1-oyl)indole
12. QUCHIC ismi ile bilinen 1-(cyclohexylmethyl)-1H-indole-3-carboxylic acid 8-quinolinyl ester
13. WIN 55,212-2 ismi ile bilinen (R)-(+)-[2,3-Dihydro-5-methyl-3-(4-morpholinylmethyl)pyrrolo[1,2,3-de]-1,4-benzoxazin-6-yl]-l-naphthalenylmethanone
14. α-Pyrrolidinopropiophenone ismi ile bilinen (RS)-1-Phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)-1-propanone
15. BMDB ismi ile bilinen 2-Benzylamino-1-(3,4-methylenedioxyphenyl)butan-1-one
16. BMDP ismi ile bilinen 2-Benzylamino-1-(3,4-methylenedioxyphenyl)propan-1-one
17. Brepheдрone ismi ile bilinen (RS)-1-(4-bromophenyl)-2-methylaminopropan-1-one
18. N-ethylbuphedrone ismi ile bilinen 2-(ethylamino)-1-phenylbutan-1-one
19. DiButylone ismi ile bilinen 2-Dimethylamino-1-(3,4-methylenedioxyphenyl)butan-1-one
20. Ethcathinone ismi ile bilinen (RS)-2-ethylamino-1-phenyl-propan-1-one
21. Iso-ethcathinone ismi ile bilinen (±)-1-ethylamino-1-phenyl-propan-2-one
22. 3-FMC ismi ile bilinen (RS)-1-(3-Fluorophenyl)-2-methylaminopropan-1-one
23. 2-FMC ismi ile bilinen (RS)-1-(2-Fluorophenyl)-2-methylaminopropan-1-one
24. MDDM ismi ile bilinen (2-Benzo[1,3]dioxol-5-yl-1-methyl-ethyl)-dimethylamine

25. MPPP ismi ile bilinen (1-methyl-4-phenylpiperidin-4-yl) propanoate
26. Metamfepramone ismi ile bilinen (RS)-2-dimethylamino-1-phenylpropan-1-one
27. 3-MMC ismi ile bilinen 1-(3-methylphenyl)-2-(methylamino)propan-1-one
28. Iso-pentedrone ismi ile bilinen 1-methylamino-1-phenyl-pentan-2-one
29. 25C-NBOMe ismi ile bilinen 2-(4-chloro-2,5-dimethoxyphenyl)-N-[(2-methoxyphenyl)methyl]ethanamine
30. 25B-NBOMe ismi ile bilinen 2-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl)-N-[(2-methoxyphenyl)methyl]ethanamine
31. 25D-NBOMe ismi ile bilinen 2-(2,5-dimethoxy-4-methylphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine
32. 25H-NBOMe ismi ile bilinen 2-(2,5-dimethoxyphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine
33. 25I-NBOMe ismi ile bilinen 2-(4-iodo-2,5-dimethoxyphenyl)-N-[(2-methoxyphenyl)methyl]ethanamine
34. Bromo-Dragonfly ismi ile bilinen 1-(4-Bromofuro[2,3-f][l]benzofuran-8-yl)propan-2-amine
35. 2C-H ismi ile bilinen 2-(2,5-Dimethoxyphenyl)ethanamine
36. 2C-B-Fly ismi ile bilinen 2-(8-bromo-2,3,6,7-tetrahydrofuro [2,3-f][l]benzofuran-4-yl)ethanamine
37. N-Ethyl-2C-B ismi ile bilinen N-ethyl-4-bromo-2,5-dimethoxy-phenethylamine
38. Dimethylamphetamine ismi ile bilinen N,N-dimethyl-1-phenylpropan-2-amine
39. DOC ismi ile bilinen 1-(4-chloro-2,5-dimethoxy-phenyl)propan-2-amine
40. DOI ismi ile bilinen 1-(2,5-dimethoxy-4-iodophenyl)-propan-2-amine
41. DPIA ismi ile bilinen Di-(p-phenylisopropyl)amine
42. Ethylone ismi ile bilinen (RS)-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(ethylamino)propan-1-one
43. β -Me-PEA ismi ile bilinen 2-phenylpropan-1-amine
44. 2-FA ismi ile bilinen 1-(2-fluorophenyl)propan-2-amine
45. 3-FA ismi ile bilinen (RS)-1-(3-fluorophenyl)propan-2-amine
46. 4-FA ismi ile bilinen (RS)-1-(4-Fluorophenyl)propan-2-amine
47. 2-FMA ismi ile bilinen (RS)-1-(2-fluorophenyl)-N-methylpropan-2-amine
48. 3-FMA ismi ile bilinen (RS)-1-(3-fluorophenyl)-N-methylpropan-2-amine
49. M-ALPHA ismi ile bilinen ($\pm$)-1-methylamino-1-(3,4-methylenedioxyphenyl)propane
50. 4-MA ismi ile bilinen 1-(4-methylphenyl)propan-2-amine
51. MDHOET ismi ile bilinen 2-(2-Benzo[1,3]dioxol-5-yl-1-methylethylamino)ethanol
52. N,N-dimethylphenethylamine
53. NMPEA ismi ile bilinen N-Methylphenethylamine; N-Methyl-(3-phenethylamine
54. 2-PEA ismi ile bilinen 2-phenyl-2-ethanamine
55. 1-PEA ismi ile bilinen 1-phenylethan-1-amine

56. 1-Pheny 1-1-propanamine ismi ile bilinen 1-pheny 1-propyl-amine
57. TMA-6 ismi ile bilinen 1-(2,4,6-Trimethoxyphenyl)propan-2-amine
58. TMA-2 ismi ile bilinen 1-(2,4,5-Trimethoxyphenyl)propan-2-amine
59. 2C-B-BZP ismi ile bilinen 1-(4-bromo-2,5-dimethoxybenzyl)piperazine
60. pPPP ismi ile bilinen 1-(4-fluorophenyl)piperazine
61. Gelbes ismi ile bilinen 1-(3-chlorophenyl)-4-(3-chloropropyl)piperazine hydrochloride
62. pMeOPP ismi ile bilinen 1-(4-methoxyphenyl)-piperazine
63. 4-AcO-DET ismi ile bilinen 3-(2-Diethylaminoethyl)-1 H-indol-4-yl acetate
64. 4-AcO-DiPT ismi ile bilinen 3-[2-[bis(1-methylethyl)amino]ethyl]-1 H-Indol-4-ol acetate
65. 4-AcO-DMT ismi ile bilinen 3-[2-(Dimethylamino)ethyl]-1 H-indol-4-yl acetate
66. 4-AcO-MET ismi ile bilinen 3-(2-Ethyl(methyl)aminoethyl)-1 H-indol-4-yl acetate
67. 4-AcO-MiPT ismi ile bilinen [3-[2-[Isopropyl(methyl)amino]ethyl]-1 H-indol-4-yl] acetate
68. AMT ismi ile bilinen alpha-methyltryptamine
69. DiPT ismi ile bilinen N,N-diisopropyltryptamine, 3-[2-(diisopropylamino)ethyl]indole
70. 4-HO-DET ismi ile bilinen 3-(2-diethylaminoethyl)-1 H-indol-4-ol
71. 4-HO-MET ismi ile bilinen 3-(2-(ethyl(methyl)amino)ethyl)-1 H-indol-4-ol
72. 4-HO-DiPT ismi ile bilinen 3-[2-(diisopropylamino)ethyl]-1 H-indol-4-ol
73. 4-HO-MiPT ismi ile bilinen 3-(2-[Isopropyl(methyl)amino]ethyl)-1 H-indol-4-ol
74. 5-MeO-AMT ismi ile bilinen 1-(5-methoxy-1 H-indol-3-yl)propan-2-amine
75. 5-MeO-DALT ismi ile bilinen N-allyl-N-[2-(5-methoxy-1 H-indol-3-yl)ethyl] prop-2-en-1-amine
76. 5-MeO-DET ismi ile bilinen 5-methoxy-N,N-diethyltryptamine
77. 5-MeO-DiPT ismi ile bilinen 3-[2-(Diisopropylamino)ethyl]-5-methoxyindole
78. 5-MeO-DMT ismi ile bilinen 2-(5-methoxy-1 H-indol-3-yl)-N,N-dimethylethanamine
79. 5-MeO-DPT ismi ile bilinen N-[2-(5-methoxy-1 H-indol-3-yl)ethyl]-N-propylpropan-1-amine
80. MiPT ismi ile bilinen N-[2-(1 H-indol-3-yl)ethyl]-N-methylpropan-2-amine
81. PCP (fensiklidin) ismi ile bilinen 1-(1-phenylcyclohexyl) piperidine maddesi
82. Areca nut ismi ile bilinen Methyl-1-methyl-1,2,5,6-tetrahydropyridine-3-carboxylate
83. 3-amino-1-phenyl-butane
84. 2-Aminoindane ismi ile bilinen 2,3-dihydro-1 H-inden-2-amine
85. APB ismi ile bilinen 4-(2-aminopropyl)benzofuran
86. APB ismi ile bilinen 5-(2-aminopropyl)benzofuran
87. APB ismi ile bilinen 6-(2-aminopropyl)benzofuran
88. 4-Benzylpiperidine ismi ile bilinen 4-(phenylmethyl)piperidine

89. Camfetamine ismi ile bilinen N-methyl-3-phenylbicyclo[2.2.1]heptan-2-amine
90. Desoxypipradrol ismi ile bilinen (RS)-2-benzhydrylpiperidine
91. 2-Diphenylmethylpyrrolidine ismi ile bilinen (RS)-2-(Diphenylmethyl)pyrrolidine
92. Dimethocaine ismi ile bilinen (3-diethylamino-2,2-dimethylpropyl)-4-aminobenzoate
93. D2PM ismi ile bilinen diphenyl(pyrrolidin-2-yl)methanol
94. N-Acetyl-DOB ismi ile bilinen N-acetyl-2,5-dimethoxy-4-bromo-amphetamine
95. Ethylphenidate ismi ile bilinen Ethyl 2-phenyl-2-(piperidin-2-yl)acetate
96. Etizolam ismi ile bilinen 7-(2-Chlorophenyl)-4-ethyl-13-methyl-3-thia-1,8,11,12-tetraazatricyclo[8.3.0.0^{2,6}]trideca-2(6),4,7,10,12-pentaene
97. (p-Fluorobenzoyloxy)tropane ismi ile bilinen(1R,5S)-(8-methyl-8-azabicyclo[3.2.1]octan-3-yl)-4fluorobenzoate
98. 5-IAI ismi ile bilinen 5-iodo-2,3-dihydro-1H-inden-2-amine
99. Ibogaine ismi ile bilinen 12-Methoxyibogamine
100. 5-IT ismi ile bilinen 2-(1H-indol-5-yl)-1-methyl-ethylamine
101. Kratom ismi ile bilinen Mitragyna speciosa bitkisi
102. Kratom Bitkisi psikoaktif bileşeni olan mitragynine ismi ile bilinen (E)-2-[(2S,3S)-3-ethyl-8-methoxy-1,2,3,4,6,7,12,12b-octahydroindolo[3,2-h]quinolizin-2-yl]-3-methoxyprop-2-enoic acid methyl ester
103. Kratom Bitkisi psikoaktif bileşeni olan 7 α -hydroxy-7H-mitragynine ismi ile bilinen (α E,2S,3S,7aS,12bS)-3-Ethyl-1,2,3,4,6,7,7a,12b-octahydro-7a-hydroxy-8-methoxy- α (methoxymethylene)indolo[2,3-a]quinolizine-2-acetic acid methyl ester
104. Kratom Bitkisi psikoaktif bileşeni olan mitraphylline ismi ile bilinen methyl (1S,4aS,5aS,6R,10aR)-1-methyl-2'-oxospiro[1,4a,5,5a,7,8,10,10a-octahydropyrano[3,4-f]indolizine-6,3'-1H-indole]-4-carboxylate
105. LSA ismi ile bilinen (8 β)-9,10-didehydro-6-methyl-ergoline-8-carboxamide
106. MDAI ismi ile bilinen 6,7-dihydro-5H-cyclopenta[f][l,3]benzodioxol-6-amine
107. MPA ismi ile bilinen 1-(thiophen-2-yl)-2-methylaminopropane
108. 3-MeO-PCE ismi ile bilinen 3-Methoxyeticyclidine
109. MeO-PCP ismi ile bilinen 1-[1-(3-methoxyphenyl)cyclohexyl]-piperidine
110. MeO-PCP ismi ile bilinen 1-[1-(4-methoxyphenyl)cyclohexyl]-piperidine
111. Phenazepam Bonzai, Bonzai Supersleep ismi ile bilinen Phenazepam (7-Bromo-5-(2-chlorophenyl)-1,3-dihydro-2H-1,4-benzodiazepin-2-one)
112. 6-MAM ismi ile bilinen 3-hydroxy-6-acetyl-(5a,6a)-7,8-Didehydro-4,5-epoxy-17-methylmorphinan
113. 3-MAM ismi ile bilinen 3-acetyl-6-hydroxy-(5a,6a)-7,8-Didehydro-4,5-epoxy-17-methylmorphinan

EK-3

03.01.2014 tarih ve 2014/5818 sayılı Bakanlar Kurulu kararı (Yayın Tarihi: 07 Şubat 2014 tarih ve 28906 sayılı Resmi Gazete)

1. A-834,735 kısa ismi ile bilinen 1-(tetrahydropyran-4-ylmethyl)-1H-indol-3-yl- (2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)methanone,
2. EAM-2201 ismi ile bilinen 1-(5-fluoropentyl)-1H-indol-3-yl(4-ethyl-1-naphthalenyl)-methanone,
3. JWH-147 ismi ile bilinen 1-hexyl-5-phenyl-1H-pyrrol-3-yl-1-naphthalenyl-methanone,
4. JWH-098 kısa ismi ile bilinen 4-methoxynaphthalen-1-yl-(1-pentyl-2-methylindol-3-yl)methanone,
5. JWH-030 kısa ismi ile bilinen naphthalen-1-yl-(1-pentylpyrrol-3-yl)methanone,
6. JWH-145 ismi ile bilinen, Naftalen-1-yl(1-pentyl-5-phenyl-1H-pyrrol-3-yl)methanone,
7. JWH-368 kısa ismi ile bilinen, [5-(3-Fluorophenyl)-1-pentyl-1H-pyrrol-3-yl]-1-naphthalenyl methanone,
8. A-836,339 ismi ile bilinen N-[3-(2-Methoxyethyl)-4,5-dimethyl-1,3-thiazol-2-ylidene] -2,2,3,3-tetramethylcyclopropane-1-carboxamide,
9. CP47,497-C9 kısa ismi ile bilinen, 2-[(1R,3S)-3-Hydroxycyclohexyl]-5-(2-methyldecan-2-yl)phenol,
10. CP55,940 kısa ismi ile bilinen 2-[(1R,2R,5R)-5-Hydroxy-2-(3-hydroxypropyl) cyclohexyl] -5-(2-methyloctan-2-yl)phenol,
11. JTE-907 ismi ile bilinen, N-(Benzo[1,3]dioxol-5-ylmethyl)-7-methoxy-2-oxo-8-pentyl-1,2-dihydroquinoline-3-carboxamide,
12. Levonantradol ismi ile bilinen, [(6S,6aR,9R,10aR)-9-Hydroxy-6-methyl-3-[(2R)-5-phenylpentan-2-yl]oxy-5,6,6a,7,8,9,10,10a-octahydrophenanthridin-1-yl] acetate,
13. URB-754 ismi ile bilinen, 6-Methyl-2-[(4-methylphenyl)amino]-4H-3,1-benzoxazin-4-one,
14. 2-Methylmethcathinone, 2-MMC, 2-MeMC kısa ismi ile bilinen, 2-(Methylamino)-1-(2-methylphenyl)-1-propanone,
15. BDB kısa ismi ile bilinen 1-(3,4-Methylenedioxyphenyl)-2-butanamine,
16. N-Hydroxyamphetamine,
17. Lisdexamfetamine (Lisdeksamfetamin) ismi ile bilinen ((2S)-2,6-diamino-N-[(2S)-1-phenylpropan-2-yl]hexanamide,
18. 1-Fenil-2-butilamin ismi ile bilinen 1-phenyl-2-butylamine,
19. UG6981 kısa ismi ile bilinen 3-(2H-cromen-7-yl)butan-2-amine,
20. Thiopropamine ismi ile bilinen 1-(Tiophen-2-yl)-2-aminopropane,
21. N-benzyl-1-phenethylamine,
22. 5-MAPB ismi ile bilinen 1-(Benzofuran-5-yl)-N-methylpropan-2-amine,
23. PMMA, Methyl-MA, 4-MMA ismi ile bilinen para-Metoxi-N-methylamphetamine,
24. 1-Aminoindan ismi ile bilinen 2,3-Dihydro-1H-inden-1-amine,
25. AH-7921 ismi ile bilinen 3,4-Dichloro-N-[(1-dimethylamino)cyclohexyl methyl]benzamide,

26. Nimetazepam ismi ile bilinen 2-Methyl-9-nitro-6-phenyl-2,5-diazabicyclo [5.4.0]undeca-5,8,10,12-tetraen-3-one.

EK-4

05.05.2014 tarih ve 2014/6330 sayılı Bakanlar Kurulu kararı (Yayın Tarihi: 23 Mayıs 2014 tarih ve 29008 (mükerrer) sayılı Resmi Gazete)

1. APINACA veya AKB-48 isimleri ile bilinen 1-pentyl-N-tricyclo [3.3.1.1^{3,7}] dec-1-yl-1H- indazole-3-carboxamide,
2. ADB-FUBINACA ismi ile bilinen N-(1-Amino-3,3-dimethyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(4- fluorobenzyl)-1 H-İndazole-3-carboxamide,
3. 5F-AB-PINACA ismi ile bilinen N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl]-1-(5-fluoro) pentyl-1 H-indazole-3-carboxamide}
4. AM 2201 benzimidazole analogu olarak bilinen 1-(5-fluoropentyl)-1H-benzo[d]imidazol- 2-yl) (naphthalen-1-yl) methanone,
5. APICA ismi ile bilinen 1-pentyl-N-tricyclo[3.3.1.1^{3,7}]dec-1-yl-1H-indole-3-carboxamide,
6. FUB-PB-22 ismi ile bilinen Quinolin-8-yl-1 -(4-fluorobenzyl)-1H-indole-3-carboxylate,
7. SDB-006 ismi ile bilinen N-benzyl-1 -pentyl-1 H-indole-3-carboxamide,
8. 4 MEC ET ismi ile bilinen 2-(diethylamino)-1-(4-methylphenyl)propan-1-one,
9. JWH-071 ismi ile bilinen (1-ethyl-1H-indol-3-yl)-1-naphthalenyl-methanone,
10. 4'-Methoxy- α -PPP veya MOPPP isimleri ile bilinen (RS)-1-(4-methoxyphenyl)-2-(1- pyrrolidinyl)-1- propanone
11. Methedrone ismi ile bilinen (RS)-1 -(4-methoxyphenyl)-2-(methylamino) propan-1 -one,
12. Carfentanyl ismi ile bilinen 4-((1-oxopropyl)-phenylamino)- 1-(2-phenylethyl)- 4- piperidinecarboxylic acid methyl ester,
13. MBZP ismi ile bilinen 1-benzyl-4-methylpiperazine,
14. Dimethylone ismi ile bilinen 1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(dimethylamino) propan- 1-one,
15. PME A ismi ile bilinen N-ethyl-1 -(4-methoxyphenyl)propan-2-amine,
16. UR-144 N-(5-chloropentyl) türevi olarak bilinen (1-(5-chloropentyl)-1H-indol-3-yl) (2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)methanone,
17. 4-chloroamphetamine veya 4-CA isimleri ile bilinen 1-(4-chlorophenyl)propan-2-amine,
18. 3,4-Dimethylethcathinone (3,4-DMEC) ismi ile bilinen 1 -(3,4-dimethylphenyl)-2- (ethylamino) propan-1 -one,
19. 5-APDB ismi ile bilinen 1-(2,3-dihydro-1-benzofuran-5-yl)propan-2-amine}
20. 5-EAPB ismi ile bilinen 1-(Benzofuran-5-yl)-N-ethylpropan-2-amine,
21. 6-APDB ismi ile bilinen 1-(2,3-dihydro-1-benzofuran-6-yl)propan-2-amine,
22. 6-EAPB ismi ile bilinen 1-(1-benzofuran-6-yl)-N-ethylpropan-2-amine,
23. A-796,260 izomer ismi ile bilinen (E)-1-(1-(2-Morpholino-1-yl)ethyl)indol-3-yl)-3,4,4- trimethylpent- 2-en-1 -one),
24. AM-1248 Azepane izomer ismi ile bilinen (adamant-1-yl)[1-(1-methylazepan-3-yl)-1H- indol-3-yl] methanone,
25. AM-2201 indazolecarboxamide analogu olarak bilinen N-1-naphthalenyl-1-(5- fluoropentyl)-1 H-indazole-3-carboxamide,
26. AM-2201 indazole analogu olarak bilinen [1-(5-fluoropentyl)-1H-indazol-3-yl] (naphthalen-1-yl) methanone,
27. AM-694'ün iodine yerine methyl substitue hali olarak bilinen 1-(5-fluoropentyl)-3-(2- methylbenzoyl) indole,
28. JWH 018 N-(5-bromopentyl) türevi olarak bilinen [1-(5-bromopentyl)-1H-indol-3-yl] (naphthalen-1-yl) methanone,

29. MAM-2201 chloropentyl türevi ismi ile bilinen [1-(5-chloropentyl)-1H-indol-3-yl](4-methyl-1-naphthalenyl)-methanone,
30. 4'-Methyl- α -pyrrolidinobutyrophenone veya MPBP isimleri ile bilinen (RS)-1-(4-methylphenyl)-2-(1-pyrrolidinyl)-1-butanone,
31. FDU-PB-22 ismi ile bilinen 1-naphthyl 1-[(4-fluorophenyl)methyl]indole-3-carboxylate,
32. 5F-ADBICA ismi ile bilinen N-(1-amino-3,3-dimethyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(5-fluoropentyl)-1H-indole-3-carboxamide,
33. 5F-PB-22 indazole analogu olarak bilinen quinolin-8-yl 1-(5-fluoropentyl)-1H-indazole-3-carboxylate,
34. ADB-PINACA ismi ile bilinen N-(1-amino-3,3-dimethyl-1-oxobutan-2-yl)-1-pentyl-1H-indazole-3-carboxamide,
35. AM-679 ismi ile bilinen 1-pentyl-3-(2-iodobenzoyl) indole,
36. DMMA ismi ile bilinen 2-(3,4-Dimethoxyphenyl)-N-methylpropylamine,
37. JWH-018 indazole analogu olarak bilinen 1-naphthalenyl (1-pentyl-1H-indazol-3-yl)-methanone,
38. JWH-370 ismi ile bilinen [5-(2-methylphenyl)-1-pentyl-1H-pyrrol-3-yl]-1-naphthalenyl-methanone,
39. PB-22 indazole analogu olarak bilinen quinolin-8-yl 1-pentyl-1H-indazole-3-carboxylate,
40. UR-144 (-2H) ismi ile bilinen [1-(pent-4-en-1-yl)-1H-indol-3-yl](2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)-methanone,
41. UR-144 heptyl türevi olarak bilinen (1-heptyl-1H-indol-3-yl) (2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)-methanone.

EK-5

15.9.2014 tarih ve 2014/6800 sayılı Bakanlar Kurulu kararı (Yayın Tarihi: 02 Ekim 2014 tarih ve 29137 sayılı Resmi Gazetede)

1. α -PVT kısa ismi ile bilinen 2-(pyrrolidin-1-yl)-1-(thiophen-2-yl)pentan-1-one
2. 4-chloromethamfetamin
3. M5FPIC kısa ismi ile bilinen Methyl-1-(5-fluoropentyl)-1H-indole-3-carboxylate
4. AB-CHMINACA kısa ismi ile bilinen N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl]-1-(cyclohexylmethyl)-1H-indazole-3-carboxamide
5. 5-Fluoropentylindole kısa ismi ile bilinen 1-(5-fluoropentyl)-1H-indole
6. FUB-144 kısa ismi ile bilinen (1-(4-fluorobenzyl)-1H-indol-3-yl)(2,2,3,3-tetramethylcyclopropyl)-methanone
7. NM-2201 kısa ismi ile bilinen naphthalen-1-yl 1-(5-fluoropentyl)-1H-indole-3-carboxylate
8. Methyl 1-pentyl-1H-indole-3-Carboxylate
9. AM-6527 5-fluoropentyl türevi kısa ismi ile bilinen 1-(5-fluoropentyl)-N-(naphthalen-2-yl)-1H-indole-3-carboxamide
10. 4-Methyl-N-ethylnorpentedrone kısa ismi ile bilinen 2-(ethylamino)-1-(4-methylphenyl)pentan-1-one
11. JWH-031 kısa ismi ile bilinen (1-hexyl-1H-pyrrol-3-yl)-1-naphthalenyl-methanone
12. 5-fluoro PB-22 N-(2-fluoropentyl) izomeri kısa ismi ile bilinen quinolin-8-yl 1-(2-fluoropentyl)-1H-indole-3-carboxylate
13. 4-Fluoroephedrine kısa ismi ile bilinen (1R,2S)-1-(4-fluorophenyl)-2-(methylamino)propan-1-ol
14. 3-Fluoro-isomethcathinone veya 3-FIMC kısa ismi ile bilinen 1-(3-fluorophenyl)-1-(methylamino)-2-

propanone

15. 2,4,5-Trimethylmethcathinone veya 2,4,5-TMMC kısa ismi ile bilinen 2-Methylamino-1-(2,4,5-trimethylphenyl)propan-1-one)
16. N-methyl-2AI kısa ismi ile bilinen 2,3-dihydro-N-methyl-1H-inden-2-amine
17. DPT kısa ismi ile bilinen 3-[2-(dipropylamino)ethyl]indole
18. 25E-NBOMe kısa ismi ile bilinen 2-(2,5-dimethoxy-4-ethylphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine
19. 25G-NBOMe kısa ismi ile bilinen 2-(2,5-Dimethoxy-3,4-dimethylphenyl)-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine
20. 25iP-NBOMe kısa ismi ile bilinen 2-[2,5-Dimethoxy-4-(propan-2-yl)phenyl]-N-(2-methoxybenzyl)ethanamine
21. 5-HO-DMT kısa ismi ile bilinen 3-(2-dimethylaminoethyl)-1H-indol-5-ol
22. 6-MAPB kısa ismi ile bilinen 1-(benzofuran-6-yl)-N-methylpropan-2-amine
23. Etaqualone kısa ismi ile bilinen 3-(2-ethylphenyl)-2-methyl-quinazolin-4-one
24. Methoxyphenamine veya OMMA kısa ismi ile bilinen 1-(2-methoxyphenyl)-N-methylpropan-2-amine
25. α -ethylaminopentiophenone kısa ismi ile bilinen 2-(ethylamino)-1-phenyl-pentan-1-one
26. N-Propylamphetamine veya PA kısa ismi ile bilinen N-(1-methyl-2-phenylethyl)propan-1-amine
27. 1-(2,3-dichlorophenyl)-piperazine
28. 3-methoxymethcathinone veya 3-MeOMC kısa ismi ile bilinen 1-(3-methoxyphenyl)-2-(methylamino)propane-1-one
29. N-methyl-2C-B kısa ismi ile bilinen 4-Bromo-N-methyl-2,5-dimethoxyphenethylamine
30. bk-2C-B kısa ismi ile bilinen 2-amino-1-(4-bromo-2,5-dimethoxyphenyl)ethan-1-one
31. 4-AcO-DPT kısa ismi ile bilinen 4-acetoxy-N,N-dipropyltryptamine
32. 4-CMC kısa ismi ile bilinen 1-(4-chlorophenyl)-2-(methylamino)propan-1-one
33. 4-BA kısa ismi ile bilinen 1-(4-bromophenyl)propan-2-amine
34. 4-Fluorocathinone kısa ismi ile bilinen 2-amino-1-(4-fluorophenyl)-1-propanone
35. 4-fluoropentedrone kısa ismi ile bilinen 1-(4-fluorophenyl)-2-(methylamino)pentan-1-one
36. 3-MEC kısa ismi ile bilinen 2-(Ethylamino)-1-(3-methylphenyl)propan-1-one
37. 4-methylbuphedrone, N-benzyl türevi kısa ismi ile bilinen 2-(benzylamino)-1-(4-methylphenyl)butan-1-one
38. Hexedrone veya β -propylmethcathinone kısa ismi ile bilinen 2-(methylamine)-1-(phenyl)hexan-1-one
39. Dipentylone kısa ismi ile bilinen 1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(dimethylamino)-pentan-1-one
40. Eutylone kısa ismi ile bilinen ($\pm$)-1-(1,3-benzodioxol-5-yl)-2-(ethylamino)butan
41. 6-Bromo-MDMA kısa ismi ile bilinen 6-bromo-3,4-methylenedioxy-N-methylamphetamine
42. 4-methylpentedrone kısa ismi ile bilinen 2-(methylamino)-1-(p-tolyl)pentan-1-one
43. 2-Methoxyamphetamine kısa ismi ile bilinen 1-(2-methoxyphenyl)propan-2-amine

44. α -PEP kısa ismi ile bilinen 1-phenyl-2-(1-pyrrolidinyl)heptan-1-one
45. 4'-chloro- α -PPP kısa ismi ile bilinen 1-(4-chlorophenyl)-2-(1-pyrrolidinyl)propan-1-one
46. α -pyrrolidinohexanophenone veya α -PHP kısa ismi ile bilinen 2-(pyrrolidin-1-yl)-1-(phenyl)hexan-1-one
47. 4F- α -PVP kısa ismi ile bilinen 1-(4-fluorophenyl)-2-(pyrrolidin-1-yl)pentan-1-one
48. 4-HTMPIPO kısa ismi ile bilinen 4-hydroxy-3,3,4-trimethyl-1-(1-pentyl-1H-indol-3-yl)-1-pentanone
49. 5F-AMB kısa ismi ile bilinen Methyl 2-([1-(5-fluoropentyl)-1H-indazol-3-yl]carbonyl)amino)-3-methylbutanoate
50. 5F-AMBICA kısa ismi ile bilinen N-(1-amino-3-methyl-1-oxobutan-2-yl)-1-(5-fluoropentyl)-1H-indol-3-carboxamide
51. 5F-SDB-006 kısa ismi ile bilinen N-benzyl-1-(5-fluoropentyl)-1H-indole-3-carboxamide
52. AM-6527 kısa ismi ile bilinen 1-pentyl-N-(naphthalen-1-yl)-1H-indole-3-carboxamide
53. AM-694 ethyl substituted for iodine kısa ismi ile bilinen 1-(5-fluoropentyl)-3-(2-ethylbenzoyl)indole
54. EG-018 kısa ismi ile bilinen naphthalen-1-yl(9-pentyl-9H-carbazol-3-yl)methanone
55. JWH-122 pentenyl 2-methylindole türevi kısa ismi ile bilinen (4-methylnaphthalen-1-yl)(2-methyl 1-(pent-4-en-1-yl)-1H-indol-3-yl)methanone
56. JWH-307 brominated analogu kısa ismi ile bilinen (5-(2-bromophenyl)-1-pentyl-1H-pyrrol-3-yl)(naphthalen-1-yl)methanone
57. JWH-412 5-fluoropentyl türevi kısa ismi ile bilinen (4-fluoronaphthalen-1-yl)[1-(5-fluoropentyl)-1H-indol-3-yl]methanone
58. Mepirapim kısa ismi ile bilinen (4-methylpiperazin-1-yl)-(1-pentylindol-3-yl)methanone
59. URB-597 kısa ismi ile bilinen [3-(3-carbamoylphenyl)phenyl]N-cyclohexylcarbamate
60. MN-18 kısa ismi ile bilinen N-1-naphthalenyl-1-pentyl-1H-indazole-3-carboxamide
61. Para-Methyl-4-methylaminorex veya 4,4'-DMAR kısa ismi ile bilinen 4,5-dihydro-4-methyl-5-(4-methylphenyl)-2-oxazoline
62. AB-FUBINACA 2-fluorobenzyl izomeri kısa ismi ile bilinen N-[(1S)-1-(aminocarbonyl)-2-methylpropyl]-1-[(2-fluorophenyl)methyl]-1H-indazole-3-carboxamide
63. MT-45 kısa ismi ile bilinen 1-cyclohexyl-4-(1,2-diphenylethyl)piperazine
64. W-15 kısa ismi ile bilinen 4-chloro-N-(1-(2-phenylethyl)piperidin-2-ylidene)benzenesulfonamide
65. N-(2-methoxyethyl)-N-(1-methylethyl)-2-(1-pentyl-1H-indol-3-yl)-4-thiazol-methanamine
66. N,N-diethyl-2-(1-pentyl-1H-indol-3-yl)-4-thiazol-methanamine

Emniyet Genel M¼d¼rl¼ę¼ Kaçakçılık ve Organize Suçlarla M¼cadele Daire Başkanlığı

EMCDDA 2014 Ulusal Raporu (2013 Yılı Verileri) : Reitox Ulusal Temas Noktası

T¼rkiye: Yeni Gelişmeler, Trendler, Seçilmiş Konular

Ankara: T¼rkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

2014 - 168 s. - 19.5x27.5 cm.

ISBN Numarası : 978-605-149-685-6

KOM Yayınları

Yayın No: 112

Tasarım - Baskı

KORZA YAYINCILIK BASIM. SAN. TİC. AŞ.

www.korzabasim.com.tr

