

TÜRKİYE YEŞİLAY CEMİYETİ
BİLİMSEL ÇALIŞMALAR VE SAVUNUCULUK
MÜDÜRLÜĞÜ

UYUŞTURUCU KULLANIMI ULUSAL RAPORU

Haziran, 2019

BİRİM	BİLİMSEL ÇALIŞMALAR VE SAVUNUCULUK MÜDÜRLÜĞÜ
BİRİM MÜDÜRÜ	DOÇ. DR. PERİHAN TORUN
HAZIRLAYAN	ŞEBNEM ŞENOL
TARİH	2019
GÜNCELLEYEN	
GÜNCELLEME TARİHİ	

İÇİNDEKİLER

Sayfa No

1. GİRİŞ.....	1
1.1 UYUŞTURUCU KULLANIMININ HALK SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ	2
1.2 UYUŞTURUCU TÜRLERİ VE KULLANIMLARI.....	3
1.2.1 Merkezi Sinir Sistemi (MSS) Yavaşlatanlar (Depresantlar)	3
1.2.1.1 Morfin.....	5
1.2.1.2 Eroin	7
1.2.1.3 Kodein	8
1.2.1.4 Barbitüratlar.....	9
1.2.1.5 Sedatifler	10
1.2.1.6 Trankilizanlar.....	11
1.2.2 Merkezi Sinir Sistemi (MSS) Uyarıcılar (Stimülanlar)	12
1.2.2.1 Kokain	12
1.2.2.2 Amfetamin Tipi Uyarıcılar	13
1.2.2.2.1 Amfetamin.....	13
1.2.2.2.2 Metamfetamin.....	14
1.2.2.2.3 Captagon	16
1.2.2.2.4 MDMA (Ecstasy).....	16
1.2.3 Hayal Gösterenler (Halusinojenler)	20
1.2.3.1 Esrar	20
1.2.3.2 Meskalin	23
1.2.3.3 Khat	23
1.2.3.4 Salvia Divinorum.....	24
1.2.3.5 LSD	25
1.2.3.6 Sentetik Kannabinoidler	26
1.2.4 Yeni Çıkan Uyuşturucu Maddeler.....	28
1.2.4.1 Kratom	28
1.2.4.2 Fentanil.....	29
1.2.4.3 Ketamin	29
1.2.4.4 Krokodil	30
1.2.4.5 Fensiklidin (PCP)	30

1.2.4.6 Gamma Hidroksi Bütirat (GHB)	31
1.2.4.7 Ritalin	32
1.3 UYUŞTURUCU TİCARETİNDE KÜRESEL VE ULUSAL DURUM	34
1.4 DÜNYA’DA UYUŞTURUCU KULLANIM SIKLIK VE DAĞILIMI AÇISINDAN DURUM	40
1.5 UYUŞTURUCU KULLANIMI İLE İLGİLİ ULUSAL VE KÜRESEL POLİTİKALARDA DEĞİŞİM	58
1.6 TÜRKİYE’DE UYUŞTURUCU KULLANIMINI ÖNLEME AMAÇLI UYGULANAN BİRİNCİL, İKİNCİL VE ÜÇÜNCÜL KORUMA GİRİŞİMLERİNİN TANIMLANMASI	72
2. AMAÇ VE HEDEFLER	77
3. YÖNTEM	77
3.1 Uyuşturucu Kullanımıyla İlişkili Veri toplayan Ulusal Kurumlar ve Toplanan Ulusal Veriler	77
4. ULUSAL BULGULAR	100
4.1 Türkiye’de Uyuşturucu Politikaları ve Mevzuatı	100
4.2 Türkiye’de Uyuşturucu Kullanımının Coğrafi Bölgelere, Zaman ve Diğer Değişkenlere Göre Toplumsal Dağılımı	112
5. BULGULARIN YORUMLANMASI	138
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	140

1. GİRİŞ

Uyuşturucu maddeler, kullanan bireylerde ruhsal, bedensel ve davranışsal olarak değişikliklere neden olabilen kimyasal maddelerdir. Bu maddeler, doğal yolla elde edilebileceği gibi kimyasal yolla da sentetik olarak üretilmektedir. Uyuşturucu maddelerin sentetik yolla elde edilmesi çeşitliliğin artmasına yol açmış olup, oluşan arzın karşılanmasında da büyük bir önem taşımaktadır. Bununla birlikte, gelişen teknoloji ile birlikte üretilen uyuşturucu maddelerin kaçakçılığı ve pazarlama yöntemleri artmıştır. Ulaşılabilirliğin artması sonucu kullanıcı ve buna bağlı olarak tüm toplum etkilenmekte madde bağımlılığı halk sağlığı sorunu haline gelmektedir.

Madde bağımlılığına bağlı olarak kanla bulaşan hastalıklar, depresyon, toplumdan soyutlanma, işsizlik, şiddete eğilim, madde kullanımına erişilemediğinde yoksunluk belirtilerinin oluşması meydana gelmektedir. Kadınlarda hamilelik döneminde madde kullanımı yeni doğan bebeklerde de dolaylı olarak bağımlılık oluşturmaktadır. Oluşan tüm bu olumsuzların ortadan kaldırılması amacıyla bireyin, toplumun, devletin ve sivil toplum kuruluşlarının katkısı gerekmektedir.

Bu çalışmada; uyuşturucu kullanımının halk sağlığı açısından önemi, uyuşturucu madde türleri, uyuşturucu ticaretinde küresel ve ulusal durum, dünyada uyuşturucu kullanım sıklık ve dağılımı açısından durum, ulusal ve küresel politikalarda değişim, uyuşturucu kullanımını önleme amaçlı koruma girişimleri, uyuşturucu politikalarının ve mevzuatlarının incelenmesi ve uyuşturucu kullanımının çeşitli parametrelere (zaman, coğrafya, cinsiyet vb.) bağlı olarak değerlendirilmesi hedeflenmiştir.

1.1 UYUŞTURUCU KULLANIMININ HALK SAĞLIĞI AÇISINDAN ÖNEMİ

Dünya nüfusunun yaklaşık %5,6'sı olan 15-64 yaş arası 275 milyon insan, 2016 yılında en az bir kez uyuşturucu kullanmıştır. Uyuşturucu madde kullanımından dolayı problem yaşamakta olan 31 milyon insandan bir kısmı tedaviye ihtiyaç duyacak noktadır. Dünya genelinde 13,8 milyon 15-16 yaş grubundaki genç, esrar kullanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü'ne göre 2015 yılında 450.000 kişi uyuşturucu madde kullanımı nedeniyle ölmüştür. Bu ölümlerin 167 500 direkt olarak uyuşturucu madde kullanım bozukluğundan (doz aşımından) kaynaklanmaktadır. Geri kalan kısmı ise uyuşturucu madde kullanımı ve güvensiz enjeksiyon uygulamalarından edinilmiş Hepatit C ve HIV (Human Immunodeficiency Virus) virüsü kaynaklıdır¹.

Opiyatlar, uyuşturucu kullanım bozukluğu nedeniyle ölümlerin % 76'sını oluşturarak en çok zarara yol açmaya devam etmektedir. 2016 yılında dünya genelinde yaklaşık 10.6 milyon uyuşturucu enjekte ederek kullanan insanlar (PWID-people who inject drugs) en büyük sağlık riskleri ile yaşamaktadır. Yarıdan fazlası Hepatit C ile her sekiz kişiden biri ise HIV ile yaşamaktadır. Eroin ve kokain gibi uyuşturucu maddelere uzun zamandan beri artarak yeni psikoaktif maddeler (New Psychoactive Substance) ile birlikte ulaşılabilmekte ve tıbbi amaçlı kullanılmayan reçeteli ilaçlarda artış görülmektedir. Belirli olmayan kaynaklardan sağlanan maddenin kullanımı da artış göstermektedir¹.

Uyuşturucu kullanımı toplumların hem bugününü hem de geleceğini tehdit etmekle kalmayıp, yaşam kaybına yol açmakta ve sebep olduğu suç ve cezalar dolayısıyla adli, sosyal ve hukuki açıdan toplum yapısına etki eden küresel halk sağlığı sorunudur. Uyuşturucu kullanımı bireysel bir problem gibi gözükse de kişinin ailesini, çevresini ve dolayısı ile tüm toplumu etkileyen yıkıcı sonuçlar meydana getirmektedir. Uyuşturucu ile mücadele toplumun tüm kesimlerini içeren kamu, özel, sivil toplum ve vatandaş işbirliği ile mümkün olacaktır².

Bağımlılık, bireylerin zarar gördüğünü bilerek kullanıma devam ettiği ve sürekli dozunu arttırmak zorunda kaldığı, karşılığında hukuki müeyyidelerle karşılaştığı bir hastalık halidir. Uyuşturucu ile mücadelede hukuki düzenlemelerin ve kolluk kuvvetlerinin etkisi oldukça büyüktür. Ancak bu mücadelede temel faktör, toplumu uyuşturucu maddelerden uzak

¹ T.C. Başbakanlık, **Uyuşturucu İle Mücadele Faaliyet Raporu**, 2017.

²BAHAR, A., "Causes of Drug Use and the Role and Importance of Communicative Approaches during the Addiction Period: A Case Study through Police Records", **Istanbul University Journal of Communication Sciences**, S. 55, ss.1-36, 2018.

tutabilecek yolları araştırmak ve kullanımını engellemek için gerekli tedbirleri almaktır. Uyuşturucu ile m¼cadele çalışmalarının temelini, önleme çalışmaları oluşturmaktadır ³⁻⁴.

Madde kullanımı özellikle gelişmekte olan ÷lkelerde çeşitli önlemler alınmasına rağmen gittikçe artmaktadır⁵. Bağımlı kişiler, akciğer veya kalp hastalığı, fel, kanser veya akıl sağlığı ile alakalı bir veya birden fazla sağlık konuları karşı karşıya kalmaktadır. Örneğin, sigara birçok kansere neden olduğu bilinirken, metamfetamin, “meth mouth” denilen ciddi diş problemlerine sebep olurken opiyatlar ise doz aşımına ve ölüme sebebiyet verebilmektedir. Buna ek olarak, inhalan gibi bazı uyuşturucular hem beyin hem de sinir sisteminde sinir hücrelerinin zarar görmesine ve tahribatına neden olabilmektedir. Endişe, depresyon, anksiyete ve şizofreni gibi rahatsızlar ise bağımlılıktan önce oluşabilir fakat madde kullanımı akıl sağlığı durumunu daha da zorlaştırıp kötüleştirebilir. Hamilelik esnasında madde kullanımı sadece kişiyi değil bebeğin sağlığını da etkilemektedir⁶.

1.2 UYUşTURUCU TÜRLERİ VE KULLANIMLARI

Uyuşturucu maddeler, merkezi sinir sistemini yavaşlatanlar (depresantlar), merkezi sinir sistemini uyaranlar (stim÷lanlar), hayal gösterenler (halusinojenler) ve yeni uyuşturucu maddeler olmak üzere sınıflandırılmaktadır⁷.

1.2.1 Merkezi Sinir Sistemi (MSS) Yavaşlatanlar (Depresantlar)

Merkezi sinir sistemini yavaşlatanlar, tabii ve sentetik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

-Tabii depresantların içerisinde afyon bulunmaktadır.

Afyon türevi depresantlar: morfin, eroin, kodeindir.

-Sentetik depresantlar ise barbit÷ratlar, trankilizanlar ve sedatiflerden oluřmaktadır⁷.

Haşhaş bitkisinin içerisinde bulunan öz suyun çeşitli yollarla alınması ile afyon ve türevleri elde edilir. Afyonun türevleri morfin, kodein ve eroindir.

³ T.C. İç İşleri Bakanlığı, **2018 Türkiye Uyuşturucu Raporu**, 2018.

⁴ KOCA, B., OğUZÖNC÷L, A.F., “İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Sigara, Alkol, Madde Kullanımı, Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler ve Aileden Aldıkları Sosyal Desteğin Etkisi”, **Kocaeli Tıp Dergisi**, C. 4, S.2, ss. 4-13, 2015.

⁵ National Institute on Drug Abuse Advancing Addiction Science, <https://www.drugabuse.gov/related-topics/health-consequences-drug-misuse>, Erişim Tarihi: 17.04.2019.

⁶ <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/maddeler.pdf>, Erişim Tarihi: 17.04.2019

⁷ <http://www.sck.gov.tr/oecd/2013%20T%C3%BCrkiye%20Uyu%C5%9Fturucu%20Raporu.pdf>, Erişim Tarihi: 19.04.2019

Opiyatlar, haşhaş bitkisinden ekstrekte edilerek eldilen maddeler olup opioidler ise yarı sentetik ve sentetik üretilen maddelerdir.

Haşhaş bitkisi; dallı-budaklı, her sene tohumdan yetişen, beyaz, pembe, kırmızı ve mor renkte çiçek açan (temel renk beyazdır) bir bitkidir. Gelincik bitkisi ailesine dayanan bir kökene sahiptir⁸. Olgunlaşan haşhaş bitkisinde, fındık ve küçük portakal büyüklüğünde bir kapsül (koza) oluşur. Kozanın kendisi bir uyuşturucu madde değildir. Afyon ve türevlerinin elde edildiği bir kaynaktır.

Dünyada kimyasal olarak birbirinden farklı 20’den fazla opiyat klinik kullanımdadır.

Tablo 1. Opiyatlar ve antagonistleri⁸

<https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss323.pdf>, Erişim Tarihi: 25.04.2019

Opiyatlar	Antagonistleri
Eroin	Naloksan
Morfin	Nalorfin
Pentazosin	-
Kodein	-
Hidromorfon	Levorfanol
Oksikodon	Siklazosin
Metadon	Naltrekson
Propoksifen	-
Meperidin	-
Difenoksilat	-

⁸ TBMM Uyuşturucu Başta Olmak Üzere Madde Bağımlılığı Ve Kaçakçılığı Sorunlarının Araştırılarak Alınması Gereken Önlemlerin Belirlenmesi Amacıyla Kurulan Meclis Araştırması Komisyonu Raporu 2008, <https://www.tbmm.gov.tr/sirasayi/donem23/yil01/ss323.pdf>, Erişim Tarihi: 25.04.2019

Gelişmiş ülkelerde, kötüye kullanıma ve bağımlılığa en sık eşlik eden opioid madde eroin'dir. Opioidler ağız yolu, inhalasyon ya da intravenöz yolla alınırlar. Benzer şekilde metabolize olurlar. Ancak farklı emilim gösterirler. Karaciğerde detoksifiye olur ve metabolitleri idrar ve safra yolu ile atılır. Bu maddelerin hepsi ağrı kesicidir. Uyuklamaya ve duygusal dalgalanmalara neden olurlar. Yüksek dozda alındıklarında ise hem kardiyak hem de mental aktiviteyi bozarlar. Özellikle intravenöz alındıklarında etkileri 1-2 dakika içinde gelişir⁸.

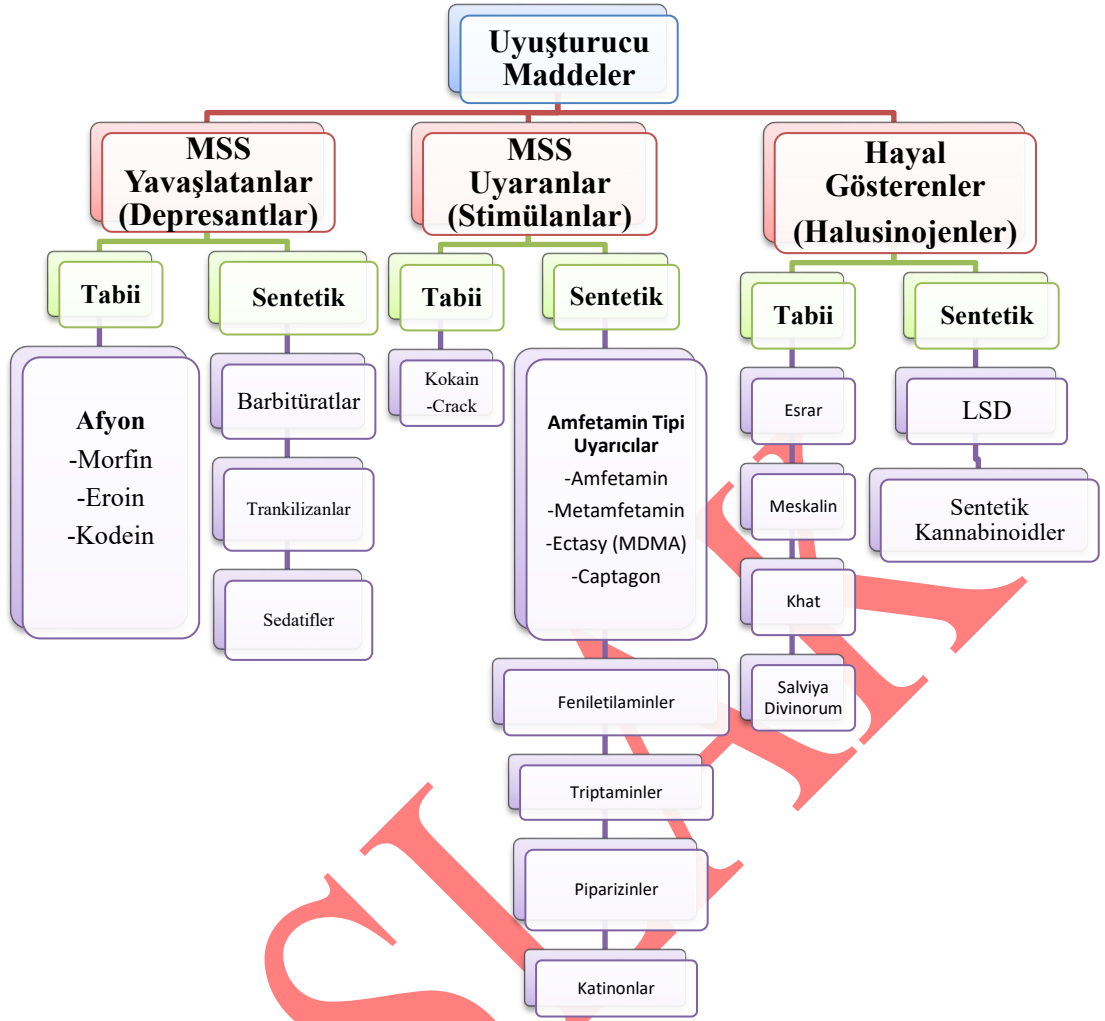
Bu maddelerin etkilerine karşı tolerans hızla gelişirken (bulantı, sedasyon, kusma, öfori, analjezi, solunum depresyonu), miyosis, kabızlık gibi etkilerine tolerans gelişmez. Opioidler arasında çapraz tolerans vardır. Bazen kronik kullanıcılar 2 g eroin alsalar bile ciddi bir entoksikasyon belirtileri göstermezler. Opioidlerin beyinde Mü, Kappa, Sigma ve Delta opioid reseptörleri üzerine etkili oldukları ve madde kullanımı sonucu bu reseptörlere bağlı klinik bulguların ortaya çıktığı söylenmektedir. Mü reseptörleri: Analjezi, öfori, solunum depresyonu etkilerinden sorumludur. Kappa reseptörleri: Sedasyon, uyku, diüreze neden olurlar. Sigma reseptörleri: Huzursuzluk, disfori ve halüsinasyon oluştururlar. Delta reseptörleri: Analjezi ve kardiyak etkileri oluştururlar. Opioidler, hızlı bağımlılık ve tolerans geliştirdikleri için fiziksel bağımlılık kısa sürede gelişir⁸.

1.2.1.1 Morfin

Morfin, haşhaş bitkisinin sütünden elde edilen afyondan çeşitli kimyasal yöntemlerle elde edilir ve en etkili ağrı kesicilerden olan bir uyuşturucu maddedir. Parlak, kristalize toz halinde veya tebeşir tozu, kireç görünümünde, beyazdan koyu kahverengiye kadar değişen renklerde (fildişi, krem, vs.) kokusuz ve acı, kapsül, blok, tablet veya sıvı şekilde bulunabilir⁸.

Morfinin fenolik ve alkol grubu olmak üzere 2 tane hidroksil grubu vardır. Bu özelliği morfini diğer alkaloidlerden ayırır. Fenolik grup, metillenerek kodein elde edilir. Morfin kristalleri renksiz ve kokusuzdur. Morfinden eroin, pentazoin ve oksikodon gibi birçok madde elde edilebilir⁹.

⁹ ALACA, F., “ *Farklı Haşhaş Tiplerinde Alkaloidler Yönünden Morfolojik Ve Ontogenetik Varyabilite*”, Doktora Tezi, Ankara Üniversitesi, 2015.

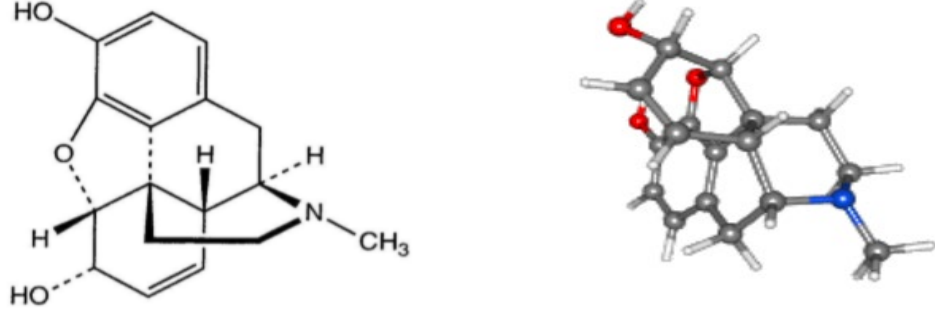


Şekil 1.1 Uyuşturucu Maddelerin Sınıflandırılması⁷

<http://www.sck.gov.tr/oecd/2013%20T%C3%BCrkiye%20Uyu%C5%9Fturucu%20Raporu.pdf>,

Erişim Tarihi: 19.04.2019

Morfinin türevleri, apomorfin, dihidromorfin, normorfindir. Morfinin molekül formülü $C_{17}H_{19}NO_3$ olup kuvvetli bir analjezik ve narkotiktir.



Şekil 1.2 Morfinin Kimyasal Yapısı⁹⁻¹⁰

<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/morphine#section=3D-Conformer>, Erişim

Tarihi: 29.04.2019

Morfin, ağrı kesmekte ve geçici iyi oluş hali oluşturmaktadır. Ağrılar, sızılar, ruh sıkıntıları eskisinden daha fazla olarak yeniden ortaya çıkar. Uyuşukluk, sersemlik, halsizlik, uyuklama hali başlar. Kullanıcı, bir şey düşünemez hale gelmektedir ve vücudunda kırgınlık ve aşırı derecede yorgunluk oluşmaktadır. Çarpıntı, soğuk terleme, ağız kuruluğu, şiddetli ağrılar ise diğer yan etkiler arasındadır⁸.

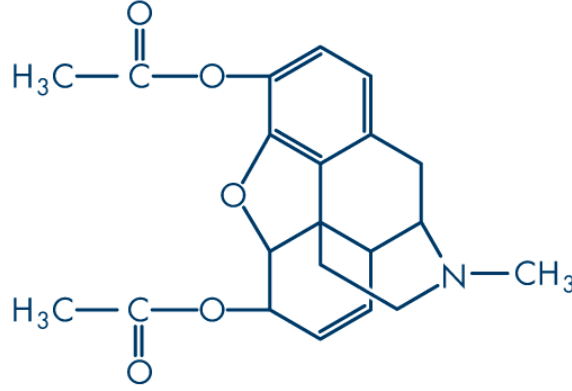
1.2.1.2 Eroin

Eroin, afyonun doğal bir ürünü (örneğin; *Papaver somniferum* L. gibi belirli haşhaş türlerinin kurutulmuş lateksi) olarak ortaya çıkan morfinin asetilasyonu ile elde edilen yarı sentetik bir üründür. Eroin, diamorfinin ham preparatıdır. Diamorfin ise şiddetli ağrılarının tedavisinde kullanılan narkotik analjeziktir ve 19. yüzyılın sonlarına doğru sentezlenmiştir. Eroin, sigara gibi içilebilir, zayıf asitte çözülebilir ve enjekte edilerek kullanılabilir. Molekül formülü $C_{21}H_{23}NO_5$ olup, molekül ağırlığı 369.4 g/mol'dır. Güney Batı Asya eroini kahverengi toz şeklinde olup, organik çözücülerde çözülebilirken suda çözünmemektedir. Güney Doğu Asya eroini beyaz toz halinde olup suda çözünürken, organik çözücülerde çözülmemektedir¹¹.

¹⁰ <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/morphine#section=3D-Conformer>, Erişim Tarihi: 29.04.2019.

¹¹ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/heroin>, Erişim Tarihi: 29.04.2019.

Tekrarlayan eroin kullanımı beyinin fiziksel yapısını ve fizyolojisini değiştirmektedir, kolay kolay düzeltilemeyen nöronal ve hormonal sistemlerde uzun dönem dengesizlikler oluşturmaktadır. Yapılan çalışmalar, beyin beyaz kısmında meydana gelen bozulmaların karar alma yeteneklerini, davranışları düzenleyen yetenekleri etkileyebileceğini ve stresli durumlara cevap gibi durumlarda bozulmalara neden olabileceğini göstermiştir¹¹.



Şekil 1.3 Eroinin Kimyasal Yapısı¹¹

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/heroin>, Erişim Tarihi: 29.04.2019.

Eroine bağımlı kişiler ilk bıraktıklarında şiddetli olabilecek geri çekilme semptomları (ağrı, ishal, bulantı, kusma) ile karşı karşıya gelmektedir. Detoksifikasyon aşamasında verilen ilaçlar bir kişiyi nüksetmeye zorlayabilecek istek ve diğer fiziksel semptomları hafifletmek için yardımcı olabilmektedir. Metadon-agonist (Dolophine® or Methadose®), Buprenorfin-kısmi agonist (Subutex®), Naltrekson-antiagonist (Vivitrol®) tedavi aşamalarında kullanılabilir¹². Eroin alındıktan sonra hızla 6- monoasetilmorfine (6-MAM) metabolize olmaktadır. Daha sonra daha yavaş olmak üzere morfine kadar metabolize olur ve morfin-3-glukuronid şeklinde idrarla atılmaktadır.

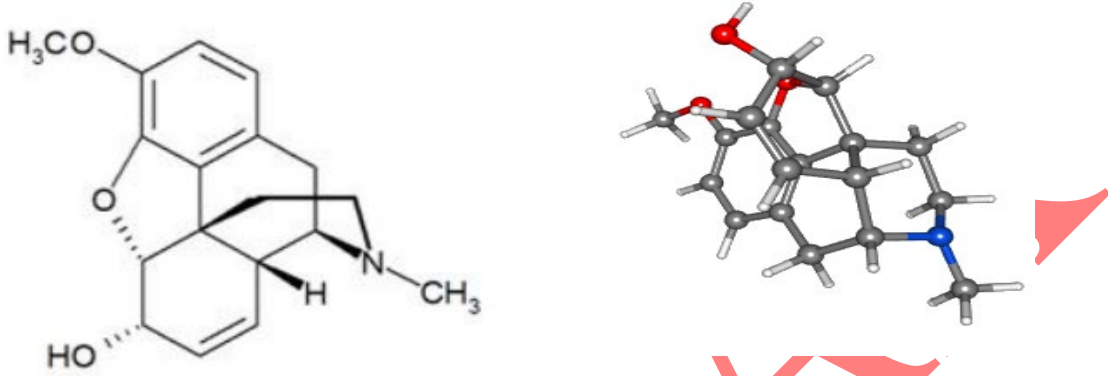
1.2.1.3 Kodein

Kodein, afyon içinde yaklaşık % 0.5 oranında doğal olarak bulunur. Afyondan veya haşhaş kapsülünden ekstraksiyonla elde edilir veya morfinin metillenmesi ile sentezlenir. Renksiz beyaz kristaller ya da toz şeklinde bulunur. Morfinin bu şekilde metillenmesi onun analjezik etkisini ve bağımlılık yapıcı etkisini önemli ölçüde azaltır. Molekül formülü $C_{18}H_{21}NO_3$, molekül ağırlığı 297,37g/mol olan kodeinin, erime noktası 154-156°C, çözünürlüğü 1 g

¹² <https://www.drugabuse.gov/publications/research-reports/heroin/what-are-long-term-effects-heroin-use>, Erişim Tarihi: 02.05.2019.

kodein, 120 ml suda, 2 ml alkolde, 13 ml benzende, 18 ml eterde, 0,5 ml kloroformda çözünür. Kodeinin diğer isimleri; metilmorfin, morfin monometil eterdir¹³.

Kodein, doktor tavsiyesi dışında kullanıldığında bağımlılık yapar ve kişinin sinir sistemini etkileyerek; akli, fiziki ve psikolojik dengesini bozmakta, fert ve toplum içinde ekonomik ve sosyal çöküntüye neden olmaktadır.



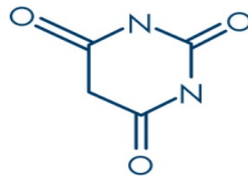
Şekil 1.4 Kodeinin moleküler yapısı¹³⁻¹⁴

<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/codeine#section=3D-Conformer>, Erişim Tarihi: 03.05.2019.

Konstipasyon, sedasyon ve uyusukluk hali kodein alanlarda nispeten sık görülen yan tesiridir bu yüzden Alzheimer hastalığı riski olanlar dikkatli olmalıdır. Kodein büyük oranda karaciğerde metabolize olur. Norkodein, serbest ve konjuge morfin olarak idrarla atılır¹³.

1.2.1.4 Barbitüratlar

Barbitüratlar, farmasötik ürünler gibi üretilen sentetik maddelerdir. Merkezi sinir sisteminde depresantlar gibi davranmaktadırlar. Barbitürik asit 1864 yılında ilk olarak sentezlenmiştir ama ilk farmakolojik aktif ajanı barbital 1881 yılına kadar üretilmemiştir ve 1904 yılında tıba girmiştir.



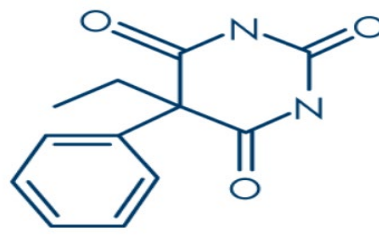
Şekil 1.5 Barbiturik asit molekül yapısı¹⁵

¹³ UYGUN, S., “İlaç Numunelerinde Kodein ve Asetaminofenin Kemometrik Yöntemlerle Tayinleri”, Süleyman Demirel Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2013.

¹⁴ <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/codeine#section=3D-Conformer>, Erişim Tarihi: 03.05.2019.

Daha çok yaygın olarak kullanılan fenobarbital 1911 yılında sentezlenmiştir ve klinik olarak daha sonraki yıllarda kullanılmıştır. 2500 çeşit türevleri üretilmesine rağmen medikal olarak 50 tanesi kullanılmıştır¹⁵.

Barbitüratların yatıştırıcı/hipnotikler olarak kullanımı, büyük ölçüde benzodiazepin grubu tarafından yerini almıştır. Bazı barbitüratlar artık epilepsi tedavisinde daha yaygın olarak kullanılmaktadır ve daha kısa etkili moleküller anestezide kullanılmaktadır. 12 adet barbitürat ise uluslararası kontrol altındadır¹⁵.



Şekil 1.6 Fenobarbital molekül yapısı¹⁵

-Uzun etki süreli barbitüratlar: Fenobarbital

-Orta etki süreli barbitüratlar: Pentobarbital, allobarbital, amobarbital, butalbital, siklobarbital

-Kısa etki süreli barbitüratlar: Sekobarbital, heksobarbital¹⁶.

Barbitüratların terapötik dozlarının düzenli kullanımı toleransla ve bağımlılıkla sonuçlanmaktadır. Barbitüratların yan etkisi arasında uyuşukluk, sedasyon, koordinasyonun ardından solunum depresyonu, baş ağrısı, gastrointestinal rahatsızlıklar, karmaşa ve hafıza bozukluğu sayılabilir¹⁵.

1.2.1.5 Sedatifler

Sedatif-hipnotik ilaçlar ortak özellikleri nedeniyle küçük dozlarda sedatif (sakinleştirici) etki ve daha büyük dozlarda hipnotik (uyuşturucu) etki yapan ilaçlardır. Sedatif-hipnotik ilaçlar kimyasal yapıları, etkileri ve etki sürelerine göre aşağıdaki gruplara ayrılmışlardır¹⁶.

Benzodiazepinler

-Uzun etki süreli benzodiazepinler: Diazepam, klordiazepoksid, klorazepat, praepam, halazepam, medazepam, flurazepam ve kuazepam

-Orta etki süreli benzodiazepinler: Oksazepam, alprazolam, lorazepam, temazepam, nitrazepam, flunitrazepam

¹⁵ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/barbiturates>, Erişim Tarihi: 03.05.2019.

¹⁶ ÇOLAK ORAY, N., "Sedatif-Hipnotik İlaç Alımları: 12 Yıllık Analizi", Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi, Acil Tıp Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, 2006.

-Kısa etki süreli benzodiyazepinler: Midazolam, triazolam

Aldehidler: Kloral hidrat ve türevleri, Triklofos sodyum, paraldehid

Difenilmetan türevleri: Hidroksizin

Piperidindionlar: Metilprilon

Kinazolinler: Metakalon, meklolon

Alkoller ve karbamatlar: Meproamat

Antihistamikler: Kalisak H1 Reseptör blokörleri

Diğer hipnotik ve sedatifler: Klormetiazol edisilat, antikolinerjik ilaçlar, bromürler, monoüridler, antipsikotikler, antidepresanlar

Sınıflandırılmayan diğerleri: Santral etkili kas gevşeticiler, antiemetikler ve burun damları (Santral sinir sistemini etkileyerek sedasyon yapıcı etkiler oluşturmaları nedeniyle gruba dahil edilmişlerdir)¹⁶.

1.2.1.6 Trankilizanlar

Psikofarmakolojik ilaçlar, psikiyatrik hastalıkların tedavisinde kullanılan ve merkezi sinir sistemini seçici olarak etkileyen önemli bir ilaç grubudur. Psikofarmakolojik ilaçlar, mental aktiviteyi seçici olarak deprese veya stimüle ederler. Psikofarmakolojik ilaçlar trankilizanlar, nöroleptikler, antidepresanlar, analeptikler ve psikomimetikler olarak gruplandırılmaktadır. Stresin insan üzerindeki etkilerini, sıkıntı, gerginlik, anksiyete ve disfori (kendini iyi hissedememe) gibi duyguları azaltan veya ortadan kaldıran ilaçlardır. Trankilizan ilaçlar kimyasal yapılarına göre, benzodiazepin türevleri, propandiol dikarbamat türevleri, difenilmetan türevleri, siklopirolon türevleri ve diğer bileşikler olmak üzere ayrılmaktadır¹⁷.

¹⁷ <http://yunus.hacettepe.edu.tr/~ucalis/PDF/K05.pdf>, Erişim Tarihi: 03.05.2019.

1.2.2 Merkezi Sinir Sistemi (MSS) Uyarıcılar (Stimülanlar)

Merkezi sinir sistemini uyarıcılar, tabii ve sentetik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Tabii merkezi sinir sistemi uyarıcıları arasında kokain yer almaktadır. Kokain ise crack (taş) kokain içermektedir⁷.

Sentetik merkezi sinir sistemi uyarıcıları arasında;

-Amfetamin Tipi Uyarıcılar (ATS)

- Amfetamin
- Metamfetamin
- Ecstasy (Ekstazi)
- Captagon

-Feniletilaminler

-Triptaminler

-Piperizaminler

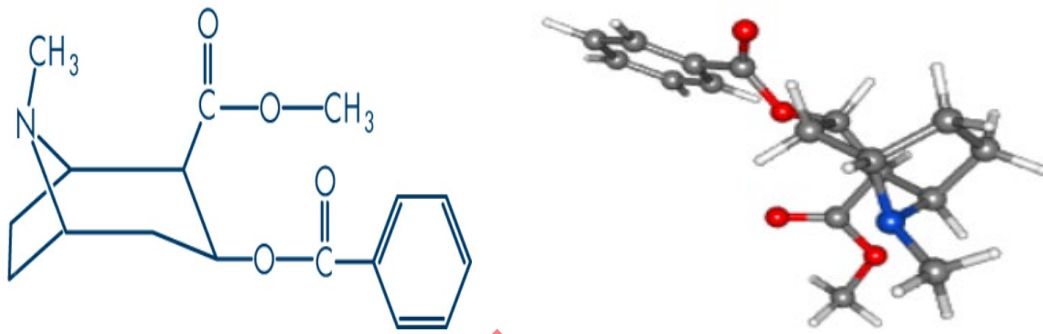
-Katinonlar

1.2.2.1 Kokain

Kokain, Erythroxylon Coca Lam yapraklarından ekstrakte edilen doğal bir üründür. Bu tropikal şurup Güney Amerika'da And dağları boyunca geniş bir aralıkta yetişmekte ve doğal kokain olarak bilinmektedir. Normalde hidroklorid tuzu olarak üretilir, medikal kullanımı topikal anesteziiktir. Kokainin içilebilir formu "crack" olarak bilinmektedir. Koka yaprakları Güney Amerika'da eski zamanlarda o bölgedeki insanlar tarafından stimülan olarak kullanılmıştır. 20. yüzyılın erken dönemlerinden beri merkezi sinir sistemi stimülanı olarak saf kokain, kötü amaçla kullanılmıştır. Kokain, uluslararası kontrol altındadır. Molekül formülü: $C_{17}H_{21}NO_4$ olup molekül ağırlığı: 303.4 g/mol'dır. Kokain hidroklorür çözeltileri, göz, kulak, burun ve boğazı içeren cerrahi işlemler için topikal bir anesteziik olarak sınırlı tıbbi kullanıma sahiptir¹⁸. Benzoilekgonin (BEG) ise kokainin metabolitidir ve kokain tayininde kullanılmaktadır.

¹⁸ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cocaine>, Erişim Tarihi: 03.05.2019.

Kokain, amfetamin ve ilgili bileşiklerin etkisine benzer bir psikomotor uyarıcı etkiye sahiptir. Hem noradrenerjik hem de dopaminerjik sinapstaki iletili konsantrasyonlarını artırır ve ayrıca anestezi bir ajan olarak da işlev görür. Amfetamin gibi, öfori, taşikardi, hipertansiyon ve iştah bastırma gibi etkileri bulunmaktadır. Kokain güçlü bir etkiye sahiptir, hızlı psikolojik bağımlılığa neden olur¹⁸.



Şekil 1.7 Kokainin molekül yapısı¹⁸⁻¹⁹

Crack; Kokainin tehlikeli bir türevidir. Kokain Hidroklorür'ün amonyak, sodyum bikarbonat (pişirme sodası) ve suyla karıştırılması, ısıtılarak kokain alkaloidin baz karışımının tuzunun (hidrokloroid) ortaya çıkarılması sonucunda elde edilir. Beyaz veya krem renginde, kokainden daha etkili bir uyuşturucudur²⁰.

1.2.2.2 Amfetamin Tipi Uyarıcılar

1.2.2.2.1 Amfetamin

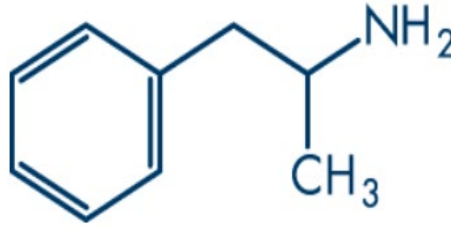
Amfetaminler, merkezi sinir sistemini etkileyen, normalde beyaz toz formunda görülen sentetik maddedir. Amfetaminin öncelikle 1880 yıllarda Alman kimyacı Leuckart tarafından üretildiği düşünülmektedir. Amfetaminin sınırlı terapötik kullanıma sahiptir ama çoğu amfetamin Avrupa'da yasal olmayan yollardan laboratuvarlarda üretilmiştir. Amfetamin, uluslararası kontrol altındadır²¹.

¹⁹ <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/446220#section=3D-Conformer>, Erişim Tarihi: 03.05.2019.

²⁰ TUTANÇ, L., "Gaz Kromatografisi Kütle Spektrometresi (GC-MS) İle Eroin, Kokain ve Amfetamin Grubu Maddelerin Birlikte Analizi İçin Yöntem Geliştirilmesi", İstanbul Üniversitesi, **Adli Tıp Kurumu**, 2009.

²¹ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/amphetamine>, Erişim Tarihi: 07.09.2019.

Amfetamin, fenetilamin grubundandır ve amfetaminler; stimülanlar, entaktojen veya halüsinojenler gibi maddeleri içerir. Amfetaminler, *N*, α -metilfenetilamin olarak adlandırılabilir. IUPAC adlandırmasına göre ismi *N*, α -metil benzene etanamindir. *R*- ve *S*-stereoizomerleri olmak üzere iki adet izomerleri bulunmaktadır. En yaygın sentez yöntemi ise Leuckart metodudur²¹.



Şekil 1.8 Amfetamin kimyasal yapısı²¹

Amfetamin bazı, renksiz suda çözünmeyen uçucu bir yağdır. En yaygın tuz, beyaz ya da kirli beyaz suda çözünebilen sülfattır. Amfetamin, artan güven, girişkenlik ve enerji duygularıyla birlikte hipertansiyon ve taşikardiye neden olan bir merkezi sinir sistemi uyarıcısıdır. İştahı ve yorgunluğu bastırmakta ve uykusuzluğa yol açmaktadır. Amfetaminin kronik kullanımı, nörokimyasal ve nöroanatmik değişikliklere neden olmaktadır. Bağımlılık (artan toleransla gösterildiği gibi) hafızada, karar vermede ve sözel muhakeme oluşan eksikliklerle de sonuçlanmaktadır. Amfetaminin enjeksiyonu HIV ve Hepatit gibi viral enfeksiyon zararlar içermektedir²¹.

1.2.2.2.2 Metamfetamin

Metamfetamin, beyaz toz halinde görülen, merkezi sinir sisteminde stimülan olarak etki gösteren ve 1919 yılında Japonya'da üretilen bir maddedir. Metamfetamin bazı limitli terapötik kullanıma sahiptir ama Amerika'da ve Uzak Doğu'da yasa dışı laboratuvarlarda üretilmiştir.



Şekil 1.9 Metamfetamin kimyasal yapısı²²

Metamfetamin uluslararası kontrol altındadır ve amfetamin ile yakından alakalıdır. Metamfetamin, fenetilamin grubundan olup stimülanlar, entaktojen veya halusinojenler gibi maddeleri içerir. Metamfetamin, *N,α*-dimetilfeneilamin olarak adlandırılmaktadır²².

Amfetaminde olduğu gibi metamfetamin kronik kullanımı, nörokimyasal ve nöroanatomik değişikliklere neden olmaktadır. Bağımlılık-artan toleransla gösterildiği gibi hafızada, karar vermede ve sözel muhakeme oluşan eksikliklerle de sonuçlanmaktadır. Semptomların bazıları paranoyak şizofreni hastalığına benzemektedir. Metamfetamin enjeksiyonu HIV ve hepatit gibi viral enfeksiyon zararlar içermektedir. Metamfetamin sigara şeklinde içildiğinde beyine daha hızlı ulaşmaktadır. Uyuşturucular bu şekilde içildiklerinde daha çok bağımlılık yaratmaktadır ve oral yoldan alındıkları durumlara göre daha çok problem oluşturmaktadır. Metamfetamin, narkolepsi ve hiperaktivite bozukluklarında dikkat eksikliğinde terapötik kullanıma sahiptir²².

Amfetamin ve metamfetamin madde bağımlılığının gidiş ve sonlanışı muhtemelen kokain bağımlılığına benzemektedir. Amfetamin kullanım bozukluklarına yönelik spesifik geliştirilmiş bir tedavi programı yoktur. Ara sıra kullananların çoğu tedavi görmemekte ve tedavi ihtiyacı hissetmemektedir. Ciddi bağımlılığı olanlar tedavi için bu spesifik olmayan yolları genelde ayaktan tedavi olarak kullanmaktadırlar²³.

Yapılandırılmış davranışçı bilişsel yöntemler, 12 basamak tedavi programları en çok kullanılanlardır. Amfetamin bağımlılığı kokain bağımlılığına benzediği için kokain bağımlılığı tedavisinde kullanılan davranışsal yöntemler ve ilaçlar denenmiştir.

Kullanılan ilaçlar ile (örneğin imipramin, fluoksetin) pek başarı elde edilememiştir. Avrupa ve Avustralya'da amfetamin kullanıcılarına amfetamin reçete edilmesinin etik yönü ve etkinliği üzerine yoğun tartışmalar vardır. Bu uygulamaya İngiltere'de onay verilmektedir. Fakat uygulama bölgeden bölgeye değişmekte ve aslında reçeteli amfetaminin yasa dışı pazara kayması yönünde herhangi bir koruyucu bulunmamaktadır. Bu uygulamanın değer ve riskleri tartışılmalıdır.

Tamamen kontrolden çıkan madde kullanımı, ciddi depresyon ve psikotik belirtiler durumunda yatarak tedavi gerekmektedir. Naltreksonla yapılan bir çalışmada, naltreksonun isteği azaltılabileceği sonucu elde edilmiştir.

²² <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>, Erişim Tarihi: 07.09.2019.

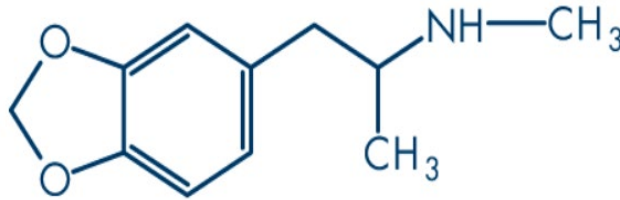
²³ Bağımlılık, Tanı, Tedavi, Önleme, Yeşilay Yayınları, 2019.

1.2.2.2.3 Captagon

Sentetik bir uyuşturucu türevi olan fenetilin 1961 yılında keşfedilmiştir. Yan etkilerinin amfetaminlere göre daha az olması nedeniyle, yaklaşık 25 sene hiperkinetik çocuklar ile narkolepsi hastalarının tedavisinde ve antidepresan olarak kullanılmıştır. Kötüye kullanımının artması üzerine 1980'lerde üretimi durdurulmuştur. Bu nedenle yasadışı üretimi artmıştır. Fenetilin, Captagon ismi ile özellikle Ortadoğu ülkelerinde yasa dışı olarak çok sık kullanılmaktadır. Yasal üretiminin durdurulmasından sonra illegal olarak üretilmeye devam eden captagonların içindeki etken madde olan fenetilin yerine çok farklı maddelerin kullanılması nedeniyle, daha tehlikeli yan etkiler ortaya çıkmaktadır. Ülkemizde bağımlılık yapıcı maddelerin üretimi ve kullanımı önemli bir sorun oluşturmalarına rağmen verilerin yetersiz olduğu bildirilmiştir²⁴.

1.2.2.2.4 MDMA (Ectasy)

Metilendioksi-metilamfetamin (MDMA), yaygın olarak ekstazi olarak bilinen sentetik maddedir. 1912 yılında Merck kimya şirketi tarafından geliştirilmiş olup asla bu şekilde pazarlanmamıştır. $C_{11}H_{15}NO_2$ moleküler formülüdür. Psikiyatrik danışma için yardım amaçlı önerilse de terapötik kullanımı oldukça sınırlıdır. Yasa dışı MDMA'nın Avrupa'da üretiminin çoğu tablet olarak görülmektedir. Merkezi sinir sistemi stimülanı olarak davranmakta ve zayıf halusinojenik özelliğe sahiptir²⁵.



Şekil 1.10 MDMA'nın molekül yapısı²⁵

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/mdma>, Erişim Tarihi: 07.09.2019.

MDMA'nın alınması, öforiye, duyuşal farkındalığın artmasına ve hafif merkezi stimölasyona neden olur.

²⁴ http://www.journalagent.com/adlitip/pdfs/ADLITIP-64326-RESEARCH_ARTICLE_DEMIRKIRAN.pdf, Erişim Tarihi: 07.09.2019.

²⁵ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/mdma>, Erişim Tarihi: 07.09.2019.

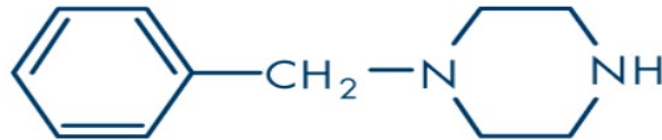
MDMA kullanım bozukluğunun spesifik bir tıbbi tedavisi yoktur. FDA (Food and Drug Administration) onaylı ilaç tedavisi bulunmamaktadır. MDMA kullanım bozukluğu veya yoksunluğunun tedavisinde farmakoterapinin rolüne ilişkin bir kanıt bulunmamaktadır. Tedavide psikososyal yaklaşımlar önerilmektedir.

NICE yönergesinde MDMA kullananlarda depresif semptomların tedavisi için antidepresan kullanımının etkili olmadığı belirtilmektedir. Antidepresanla birlikte MDMA kullanma eğilimi devam etmektedir. Bu, 5HT sendromuna ve etkinliğin azalmasına yol açmaktadır.

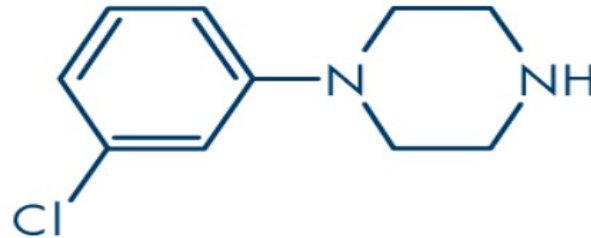
Hastanın düşünce, beklenti ve davranışlarını değiştirmeyi, stresli yaşam olayları ile başa çıkmasına yardım eden bilişsel davranışçı terapiler en etkili tedavi yöntemidir. Destek grup tedavileri davranışçı müdahaleler ile birlikte uzun süreli düzelmeyi desteklemektedir.

1.2.2.3 Benzilpiperazin ve Piperazinler

1-Benzilpiperazin, küçük bir benzil ikame edilmiş piperazin grubundan biridir, ancak çok daha büyük bir grup fenilpiperazinleri içermektedir. Piperazin ve türevleri, sentetik maddelerdir. Bazı piperazin türevlerinin (genellikle 'parti hapları' olarak bilinir) büyük ölçüde kötüye kullanımı birkaç yıl önce Yeni Zelanda'da başlamış olup Avrupa'da yalnızca 2004'ten sonra yaygınlaşmıştır. Piperazin ve türevleri tablet ve kapsül şeklinde bulunmaktadır. Avrupa'da BZP içeren lisanslı medikal ürün bulunmamaktadır²⁶.



Şekil 1.11 1-benzilpiperazin molekül yapısı²⁵



Şekil 1.12 1-(3-klorofenil) piperazin (*mCPP*) molekül yapısı²⁶

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/bzp>, Erişim Tarihi: 08.09.2019.

²⁶ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/bzp>, Erişim Tarihi: 08.09.2019.

1.2.2.4 Katinonlar

Sentetik katinonlar, yüzyıllar boyunca Afrika Boynuzu ve Arap Yarımadası'nda psikostimülan özelliklerinden dolayı kullanılmakta olan Catha Edulis (khat bitkisi)'de bulunan doğal bir monoamin olup amfetamin benzeri alkaloidin kimyasal türevleridir. Sentetik katinonların birçoğu Çin ya da Hindistan'dan gelmekte, ayrıca Avrupa'da Polonya ve Hollanda'da üretilmektedir. Mephedron (4-metilmetskatinon), metilon (3,4-metilendioksimeetskatinon), 3,4- metilen dioksipirovaleron (MDPV), metilkatinon (4-MEC), 3-florometilkatinon (3-FMC), 4-florometilkatinon (4-FMC), buphedron (α -metilaminobutirophenon), butilon (beta-keto-N-metil-3,4- benzodioksibutanamin), metedron (4-metoksimeetskatinon), pentedron (α -metilaminovalerofenon) ve napiron (napi ronpirovaleron) en bilinen sentetik katinonlardır²⁷.

Sokak adı "flakka" veya "çakıl" olan alfa-pirolidinovalerofenon (α -PVP sentetik) bir yasa dışı uyarıcıdır. Kimyasal olarak MDPV'ye benzemektedir. Flakka, ucuz olması ve psikoaktif etkilerinin hızlı ortaya çıkması nedeni ile kısa sürede öforik semptomlar elde etmek isteyen insanlar tarafından tercih edilen, aşırı derecede bağımlılık yapıcı bir maddedir.

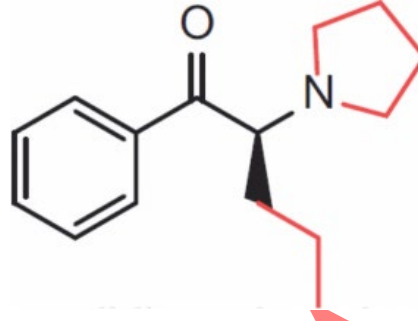
Sentetik katinonlar bazı kaynaklarda kimyasal yapıları temel alınarak 4 gruba ayrılmıştır:

- Yan zincirin alfa-karbonunda (Örneğin; 4- metiletinatınon) ve/veya benzil halkasında (Örneğin; mefedron) alkil değişiklikleri oluşturabilen N-alkillenmiş türevleri,
- 3,4-metilendioksiamfetamin (Örneğin; ekstazi veya MDMA) yapısal olarak benzeyen metilenedioksibenzil halka türevleri (Örneğin; metilon),
- N-pirolidin türevleri (α -PVP),
- 3,4-metilendioksi halka substitüsyonuna ve N-pirolidinil parçasına (Örneğin; 3,4-metilendioksi- α -PVP veya 3,4-metilendioksipurovaleron veya MDPV) sahip sentetik katinon ailesi.

α -PVP [yaygın olarak α -PVP, α -PVP, O-2387, β keton-prolintan, prolintanon veya 1-fenil-2-(pirolidin-1-il) pentan-1-on] kimyasal olarak pirovaleron ve prolintanın keton analoguyla ilişkilidir. Molekül formülü $C_{15}H_{21}NO$ olup (hidroklorik tuzu durumunda $C_{15}H_{22}NOCl$), 231,33 g/mol'lük bir moleküler ağırlığa ve 161,3°C'lik erime noktasına sahiptir. Hidroklorik tuzu oda sıcaklığında beyaz bir tozudur. α -PVP serbest baz olarak fosfat tamponlu salin (pH 7,2'de 10 mg/mL), etanol (20 mg/mL), dimetilsülfoksit (10 mg/mL) ve dimetilformamid

²⁷ MUTLU, E., AŞICIOĞLU, F., *Türkiye Klinikleri J Foren Sci Leg Med*, S.15, C.2, 93-104, 2018.

(3 mg/mL) içinde çözünmektedir. α -PVP katinonlardaki amin grubu yerine bir pirol halkası, α -C atomunda bir propilalkan zincirine, β -C atomunda keton grubuna sahiptir. Bu modifikasyonlar, maddenin psikotrop etkisini artırmak, ilaveten ana bileşiği ve benzeri analogları yasaklayan kanunların kapsamına girmemek için yapılmaktadır. Lipofilik pirolidinil grubunun varlığı kan-beyin bariyerini geçme kabiliyetini artırmaktadır.



Şekil 1.13 α -PVP'nin moleküler yapısı

α -PVP; beyaz veya kirli beyaz, kokusuz, kristal yapıda bir tozdur. Tablet, kapsül ve sıvı formlarda yakalamalar bildirilmiş olup, kurutma kağıtlarına emdirilmiş şekilde veya sakızların içerisinde saptanmıştır.

1.2.2.5 Feniletilaminler ve Triptaminler

Kimyasal yapılarına göre halusinojenler; fenetilaminler (phenethylamines), triptaminler (tryptamines) ve diğer halusinojen maddeler olarak üç farklı grupta sınıflandırılmaktadır. Fenetilaminler kimyasal olarak basit yapıda olan bileşiklerdir ve yapısal olarak amfetaminlerle yakın ilişki gösterirler. Fenetilaminler, dopamin ve norepinefrin adı verilen nörotransmitterlere yapısal olarak oldukça benzemektedir. 179 farklı fenetilaminin kimyasal yapısını ve etkilerini tanımlanmıştır. Fenetilamin grubuna dahil olan halusinojenlere örnek olarak özellikle 1960'lı yıllarda kısa süreliğine de olsa popülerlik kazanan STP veya DOM olarak bilinen amfetamin türü verilebilir.

Triptaminler veya indolalkilaminler en fazla bilinen ve en güçlü halusinojenleri barındıran gruptur. Genellikle “klasik halusinojenler” olarak adlandırılmaktadırlar. Bu gruba örnek olarak dimetil triptamin (DMT), harmine ve ibogain verilebilir. Bu maddeler temel olarak serotonin reseptörleri üzerinde etkili olmakta ve kullanıcılar üzerinde benzer etkiler

göstermektedir. Araştırmacılar, 55 farklı triptaminin kimyasal yapısını ve etkilerini tanımlamıştır²⁸.

1.2.3 Hayal Gösterenler (Halusinojenler)

Halusinojenler tabii ve sentetik olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

Tabii hayal gösteren maddeler (halusinojenler) arasında;

-Esrar

- Toz
- Kubar
- Likit

-Meskalin

-Khat

-Salviya Divinorum

Sentetik hayal gösteren maddeler (halusinojenler) arasında;

-LSD (Lysergic acid diethylamide)

-Sentetik kannabinoidler

1.2.3.1 Esrar

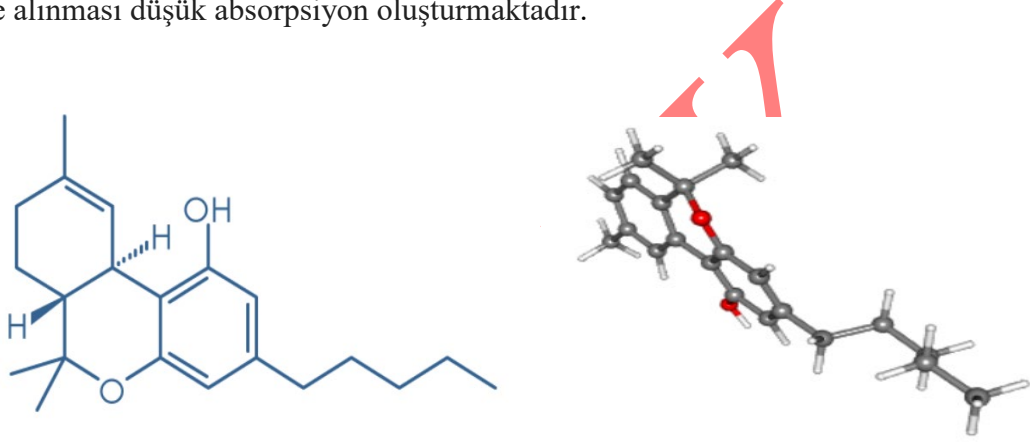
Esrar (cannabis), tetrahidrokannabinol (Δ^9 -THC) psikoaktif maddesini içeren doğal üründür. Esrar bitkisi, ılık ve tropikal alanlarda yetişmektedir. Tütün, alkol ve kafein ile birlikte, dünyada en yaygın tüketilen uyuşturuculardandır ve eski zamanlardan beri lif kaynağı ve ilaç olarak kullanılmaktadır.

Esrarların elde edildiği bitkiye esrar otu; kendir, kenevir veya kannabis adı verilir. Kenevir bitkisi dişi ve erkek olarak ikiye ayrılır. Esrar, dişi kenevirden elde edilir. Dişi kenevir otunun baş kısmı, dalları ve yapraklarının toplanıp kurutulması ve ufalanıp toz haline getirilmesi bitki (kök) esrar elde edilmiş olur. Dişi kenevir bitkisinin çiçekli tepe kısımlarında reçine denilen koyu bir sıvı vardır ki, keyif verici maddeler özellikle burada bulunur. Bitki esrar yeşil, sarı veya kahverengi halde bulunabilir⁸.

²⁸ UTKAN, Ç, “Halüsinojen Madde Kullanan Kişilerin Öznel Algılarının İncelenmesi: Nitel Bir Çalışma”, Çukurova Üniversitesi, Yüksek Lisans Tezi, 2016.

Dronabinol, bazı ülkelerde kanser kemoterapi ve mide bulantısı için lisanslı ilaçtır. Esrar ürünleri ve Δ^9 -THC uluslararası kontrol altındadır. Esrar içerisinde THC'ye göre oldukça farklı etkilere sahip kannabidiol (cannabidiol-CBD) ve daha yaşlı numunelerde cannabinol (CBN) ise diğer yakından ilişkili maddelerdir²⁹.

Kannabivarinler (cannabivarin-CBV) ve cannabichromene (CBC) tümü kannabinoid olarak bilinmektedir. Esrar genellikle sigara gibi içilmekte, bazen tütünle karıştırılıp ve sigara içme cihazı ile içilmektedir. Çünkü THC'nin suda çözünürlüğü düşüktür bu yüzden diğer yöntemlerle alınması düşük absorpsiyon oluşturmaktadır.



Şekil 1.14 Esrarın ve kannabinolün molekül yapısı ²⁹⁻³⁰.

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cannabis>, Erişim Tarihi: 09.05.2019

<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/2543>, Erişim Tarihi: 10.05.2019

Esrar, inhalasyon yoluyla kullanıldığında psikotropik etkisi birkaç dakika içinde görülmektedir; en yüksek etkisini 30 dakikada gösterir, 2-3 saat içinde giderek azalarak son bulur. Bazı hareket ve zihinsel etkileri 12 saate kadar sürebilmektedir. Oral alımından yaklaşık 30-60 dk. sonra etkileri başlar, en yüksek etkisini 2-3 saat içinde gösterir, 4-12 saat içinde etkisi azalarak sonlanır.

Sigara şeklinde kullanımında oral yolla kullanıma oranla etkisi daha hızlı ve güçlü olmaktadır. Esrarın etkileri; THC oranına, kullanım şekline, içme yöntemine, kullanılan yere, kullanıcıların son tecrübesine, beklentisine ve kişilerin biyolojik yatkınlıklarına bağlı olarak değişiklik göstermektedir. Esrar tüketilirken beraberinde alınan alkol ya da başka maddelerin kullanımı da esrarın etkilerini değiştirebilir.

²⁹ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/cannabis>, Erişim Tarihi: 09.05.2019

³⁰ <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/2543>, Erişim Tarihi: 10.05.2019

Esrar dumanı çekilerek kullanıldıktan sonra THC akciğerler yoluyla kan dolaşımına geçer, birkaç dakika sonra etkileri başlamaktadır. Eğer yiyecek ya da içeceklerle birlikte alınırsa etkileri yarım saat ile bir saat içinde görülmektedir. Bu durumda ilk geçişi gastrointestinal sistemden olduğu için daha az miktarda THC kan dolaşımına geçer. Bu gecikmiş etkiler kişinin daha fazla miktarda esrar tüketimine sebep olarak istenmeyen etkilere neden olabilmektedir.

Alındıktan kısa bir süre sonra kalp hızında artış, kan basıncında düşme ve kaslarda gevşemeye yol açar. Gözlerde kızarıklık, göz içi basıncında azalma, ağız kuruluğu, iştah artışı eşlik eden diğer belirtilerdir. Bir süre sonra koordinasyon kaybı, reflekslerde azalma, gevşeme, iyimserlik, düşünce süreçlerinin yavaşlaması, kısa süreli bellek kaybı gelişir. Renk, ses ve zaman algısında değişiklikler meydana gelir. İştah artışı yargılamada bozulma, konuşma miktarında artış, öfori hali görülebilir. Bazı kişiler gevşeme ve öfori yerine kaygı, korku, panik gibi bulgular deneyimleyebilmektedir. Yüksek dozlarda psikotik bulgular ve delirium tabloları ortaya çıkmaktadır. Uzun süre kullanımında, dikkat ve konsantrasyonda bozulma, iletişimde zorlanma, kişiler arası ilişkilerde azalmış etkinlik, iç görüde azalma ortaya çıkmaktadır. Bu bulguların şiddeti ve sıklığı doza bağlı olarak ve kişisel farklılıklara göre değişebilir. Esrar metaboliti ise THC-COOH olarak analizlerde tespit edilebilir.

Esrar kullanım bozukluklarında kısa ya da uzun dönem tedavide kanıta dayalı özel bir farmakoterapi yöntemi yoktur. Yapılan araştırmalarda anksiyolitik etkili buspiron anksiyetenin eşlik ettiği esrar kullanım bozukluğu olgularında yoksunluk döneminde yararlı bulunmuştur. Buspironun 60 mg/gün 12 hafta boyunca kontrol grubuna göre esrar kullanımını azalttığı bildirilmektedir. SSRI grubu antidepresan ilaçlardan fluoksetin ve essitalopram ile yapılan çalışmalarda esrar kullanımında azalma ve depresif bulgularda düzelmeye gözlenmiştir. NE ve serotonerjik etkili nefazadon, mirtazapin, venlafaksin esrar kullanımına eşlik eden depresif bulgularda etkili bulunmuştur, ancak esrar kullanımında azalma gözlenmemiştir.

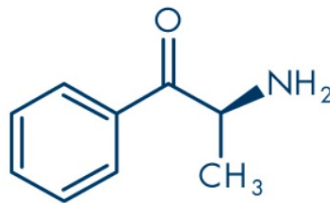
Yoksunluk belirtilerinde gabapentin, kannabinoid reseptör agonistleri nabilon ve dronabinol etkili bulunmuş; mirtazapin ve ketiapin yoksunluk döneminde sadece uyku ve iştah üzerine, zolpidem yoksunluğa bağlı uykusuzlukta etkili bulunmuştur. Naltrekson, nabilon, gabapentin, buspironun esrar kullanımında azalma üzerinde etkili olduğu bildirilmektedir. N-asetilsistein ve topiramet kullanımı ile ergenlerde esrar kullanımında azalma görülmüş, oksitosin psikoterapilerde birlikte kullanıldığında esrar kullanımında azalma olduğu, psikoterapiye uyumun arttığı gözlenmiştir.

1.2.3.2 Meskalin

Meskalin, Peyote kaktüsünden (*Lophophora williamsi*), San Pedro kaktüsünden, Peru kaktüsünden ve diğer meskalin içeren kaktüslerden elde edilen halusinojendir. Ayrıca Fabaceae'nin (fasulye ailesi) bazı üyelerinde bulunmakta ve sentetik olarak üretilmektedir. Meskalin öncelikle uyuşturucu madde olarak kullanılmaktadır ve meditasyon terapilerinde kullanılmaktadır ve daha sonra yasa dışı madde olarak düzenlenmiştir. Meskalin yan etkileri arasında; görsel halusinasyonlar ve değiştirilmiş bilinç halleri, açık ve kapalı göz görselleştirmeleri, öfori, rüya hali, zamanın yavaş geçmesi, kahkaha, duyuların karışımı yer almaktadır. Kaygı, korku, taşikardi, baş dönmesi, zayıflık, ishal, aşırı terleme, titreme, bulantı kusma, baş ağrısı, kazara yaralanma, hafıza kaybı gibi etkiler ise diğer yan etkilerdir³¹.

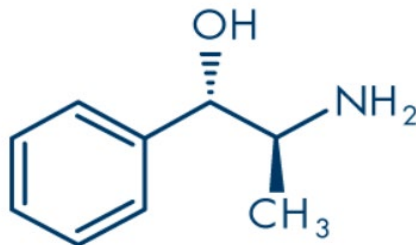
1.2.3.3 Khat

Khat (aynı zamanda qat veya sohbet olarak da bilinir), Doğu Afrika ve Güney Batı Arap Yarımadası'nda yetişen yeşil yapraklı bir çalı olan *Catha edulis* Forsk.'ın yapraklarını ve taze sürgünlerini içerir. Khat, içerisinde katinon ve katin (cathine) olmak üzere aktif bileşenleri içerir³².



Şekil 1.15 Katinon molekül yapısı³².

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/khat>, Erişim Tarihi: 10.05.2019.



Şekil 1.16 Katin molekül yapısı³²

<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/khat>, Erişim Tarihi: 10.05.2019.

³¹ <https://www.drugs.com/illicit/mescaline.html>, Erişim Tarihi: 10.05.2019.

³² <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/khat>, Erişim Tarihi: 10.05.2019.

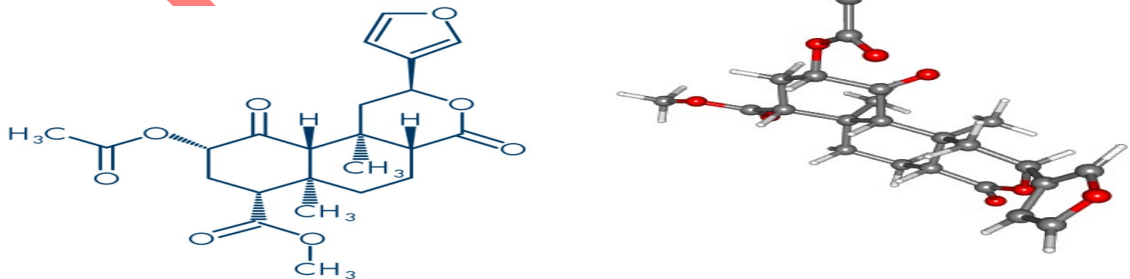
Khatin çiğnenmesi saliva denen maddenin açığa çıkmasını sağlar ve hızlıca absorbe edilip tüketilir. Katinon ve katin amfetaminlerle yakından alakalıdır ve katinonun farmakolojik etkileri daha çok amfetaminler ile benzerdir.

Yalnızca taze yapraklar çiğnenebilir çünkü katinon eski ve kuru bitkilerde bozulmaya uğramaktadır. Taze khat % 0,1 oranında katinon ve daha az miktarda katin içermektedir [29]. Katinon ve katin merkezi sinir sistemini etkileyen stimulandır ve amfetaminlerden daha düşük potense sahiptir. Khat tüketimi sonucu oluşacak etkiler amfetaminlerinkine benzemektedir. Artan kan basıncı, öfori durumu, artan uyanıklılık durumu, depresyon, sinirlilik, anoreksi ve uykuda zorluk gibi durumlar oluşmaktadır. Gastrointestinal etkiler arasında kabızlık ve idrar retansiyonu yer almaktadır. Öfori durumları ise çiğnendikten 1 saat sonra başlamaktadır. Khat tüketimi ile miyokard enfarktüsü, karaciğer yetmezliği ve ağız kanseri arasında özel ilişkiler öne sürülmüştür.

1.2.3.4 Salviya Divinorum

Psikoaktif *Salvia Divinorum*, nane familyasının (*Lamiaceae*) nadir bulunan üyelerinden olup yirminci yüzyılın ortalarında karakterize edilmiştir. *Salvia divinorum* endemik bir tür olup Meksika Oaxaca bölgesinin yüksek kesimlerinde bulunmaktadır. 1990 yılların sonlarında bu bitkinin yasal bitkisel halusinojen olarak kullanımı özellikle partilerde artmaktadır. Kuru ve öğütülmüş yaprakların içilmesi kısa fakat yoğun halusinasyon etkisi göstermektedir. Bu bitkinin içindeki aktif madde salvinorin A, sentetik halusinojen LSD ve DOB ile karşılaştırılabilir. Salvinorin A, ışık ve hava yokluğunda çevre sıcaklığında oldukça stabildir.

İnsanlarda Salvinorin A kısa ömürlü olup etkilidir. 200-500 mikrogramın inhalasyonu sonucu fiziksel hareketlerin kontrolden çıkması, kontrol edilemez gülme, canlılık ve halusinasyonlardır³³.



Şekil 1.17 Salvinorin A molekül yapısı³³

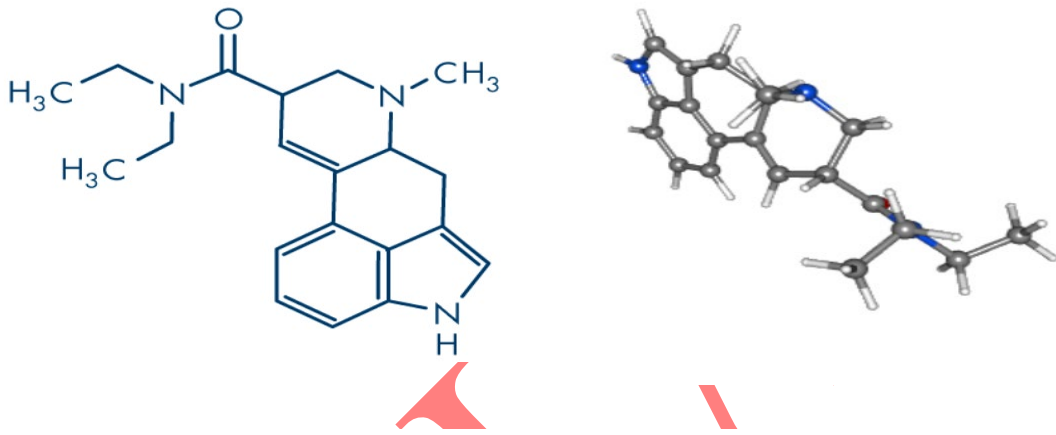
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/salvia>, Erişim Tarihi: 10.05.2019.

³³ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/salvia>, Erişim Tarihi: 10.05.2019.

1.2.3.5 LSD

Liserjik (LSD-Liserjik asit dietilamid) yarı sentetik halusinojendir. 1960 ile 1980 arasında popüler olmuştur. LSD, renksiz, kokusu ve suda çözünmektedir³⁴.

LSD ağızdan alınır. Kağıt dozları, ilacın hızlı bir şekilde emildiği dil üzerine yerleştirilir. Tabletler veya kapsüller şeklinde alınabilir. LSD'nin medikal kullanımı bulunmamaktadır.



Şekil 1.18 LSD molekül yapısı³⁴⁻³⁵

<https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/5761#section=3D-Conformer>, Erişim Tarihi: 10.05.2019.

LSD'nin keşfi, 1943 yılında olmuştur. İsviçreli bilim insanı Abert Hoffmann psikoz tedavisi ve post partum kanamayı önlemek için çeşitli ilaçlar üzerinde çalışırken tesadüfen keşfetmiştir. LSD kullanan kişi psişik yaşantılarda yoğunluk, algı değişiklikleri, nesnelerle konuşmak, bilinç dışının etkinleşmesi, geçmiş yaşantıların yeniden yaşantılanması, kötü bir ruh hali içinde ise kötü, iyi bir ruh hali içindeyse mutlu ve keyifli hisseder. LSD'nin psikolojik etkilerine hızlı tolerans gelişir. Kokain ve eroin gibi bağımlılık potansiyeli yüksek olan maddelerin aksine kesilmesini takiben herhangi bir fiziksel ya da çekilme belirtisi ortaya çıkmaz. Yaşanılan deneyim açık bir şekilde hatırlanır. Zehirlenme durumunda sempatik aktivite artışı, algısal değişiklikler ortaya çıkar. Seyrek olarak deliryum tablosu ortaya çıkabilir. Özkıym ve ölümcül kazalar zehirlenme durumunda ortaya çıkabilmektedir.

³⁴ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/lsd>, Erişim Tarihi: 10.05.2019.

³⁵ <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/compound/5761#section=3D-Conformer>, Erişim Tarihi: 10.05.2019.

1.2.3.6 Sentetik Kannabinoidler

Esrar içerisinde bulunan tetrahidrokannabinol'e (THC) benzer psikoaktif (uyuşturucu, uyarıcı, halusinojen, vb.) özelliklere sahip olan ve laboratuvar ortamında çeşitli kimyasallar kullanılarak elde edilen bileşiklere "Sentetik Kannabinoidler" denilmektedir³⁶. Sentetik kannabinoidler 7 ayrı gruba ayrılmıştır³⁷.

- Naphthoylindoles (e.g. JWH-018, JWH-073 and JWH-398)
- Naphthylmethylindoles
- Naphthoylpyrroles
- Naphthylmethylindenes
- Phenylacetylindoles (i.e. benzoylindoles, e.g. JWH-250)
- Cyclohexylphenols (e.g. CP 47,497 and homologues of CP 47,497)
- Classical cannabinoids

Sentetik kannabinoidler, kimi zaman sentezleyen kişinin isminden, kimi zaman müzik gruplarının isimlerinden, kimi zaman da ilaç firmaları isimlerinden kod isim verilerek adlandırılmıştır. Bunlardan bazıları;

Sentezleyen kişi/kurum isimleri;

JWH: John W. Huffman

AM: Alexandros Makriyannis

HU: Hebrew University

Kimyasal isimleri;

QUPIC (PB-22) , AB-FUBINACA, AB-PINACA

UR-144, AM-2201, RCS-4, XLR-11

Sentetik kannabinoidler, Avrupa Birliği (AB) Erken Uyarı sistemi (EWS) tarafından Avrupa düzeyinde izlenen bileşenlerin en büyük grubunu oluşturmaktadır. Sentetik kannabinoidlerin sorun teşkil eden en önemli özelliği sürekli değişen yeni bileşimler olmasıdır.

³⁶<http://www.narkotik.pol.tr/TUBIM/Documents/Sentetik%20Kannabinoidler%20Kitap%C3%A7%C4%B1%C4%9F%C4%B1.pdf>, Erişim Tarihi: 10.05.2019.

³⁷ <http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/synthetic-cannabinoids>, Erişim Tarihi: 10.05.2019

Bazı raporlar bu maddelerin bir kısmının daha hızlı tolerans gelişimi nedeniyle, daha yüksek bir bağımlılık potansiyeline sahip olabileceğini belirtmektedir.

Sentetik kannabinoidler inhalasyonla (solunum yolu ile) alındıktan sonra, akciğerlerden anında emilir, birkaç dakikada beyin gibi diğer organlara yayılır ve etkisi genelde dakikalar içinde başlar.

Ülkemizde sentetik kannabinoid kullanan kişilerde tedavi sürecinde yapılan tetkiklerde;

- Sanı, varsanı
- Ajitasyon, anksiyete, agresyon
- Konfüzyon
- Kusma, taşikardi (sonra bradikardi), göğüs ağrısı, dispne, hareket ve denge bozuklukları
- Psikoz atakların tetiklenmesi
- Psikoz belirtilerinde çok hızlı gelişme
- Epilepsi
- Böbrek ve karaciğer yetmezliği etkileri görülmüştür.

Sentetik kannabinoidlerin kullanımı sonrası en sık bildirilen etkiler panik, anksiyete, paranoya ve solunum güçlükleridir. Ancak korkular ve istenmeyen etkilere rağmen SK'lerin etkileri çoğu zaman etkileyici ve ödüllendirici olarak algılanmaktadır. Düşük doz kullanımı öfori, emosyonel değişiklikler, konsantrasyon güçlüğü ve sedasyona yol açarken yüksek dozlar anksiyete, uyarılmışlık hali, ajitasyon ve varsanılara neden olur. İntoksikasyona sıklıkla psikomotor ajitasyon, varsanılar, agresyon, paranoya, hipertansiyon, midriyazis, bulantı, kusma, takipne/dispne eşlik eder. Daha az sıklıkla olmakla birlikte özkıym düşüncesi, agresyon, panik atak, nistagmus, nöbet ve ensefalopati de bildirilmiştir. İntoksikasyonda görülebilecek daha ciddi yan etkiler ise kardiyak aritmiler, miyokard infarktüsü, inme, solunum depresyonu, hipertemi, rabdomyoliz, böbrek yetmezliği, koma ve ölümdür.

Sentetik kannabinoidlerin santral etkileri arasında duygudurum yükselmesi, rahatlama, algıda değişiklikler, ajitasyon, anksiyete, irrabilite, sedasyon, konfüzyon, kognitif fonksiyonlarda bozulma, psikotik belirtiler ve epileptik nöbetler yer alır. Kardiyovasküler etkiler en sık taşikardi olmak üzere aritmi, çarpıntı, göğüs ağrısıdır.

Düzenli sentetik kannabinoidler kullanımı sonrasında sıklıkla belirgin bir yoksunluk sendromu görülür. Bu dönemde aşırma, taşikardi, tremor, terleme, uykusuzluk, baş ağrısı,

anksiyete ve iritabilite sıklıkla görülür. Bu belirtilere somatik ağrılar, hipertansiyon, hiperventilasyon, ishal, bulantı, kusma, çökkün duygudurum da eşlik edilebilir. Yoksunluk belirtileri sentetik kannabinoidler kullanımından 1-2 saat sonraya kadar bile erken dönemde görülebilir. Genelde 2. gün zirveye ulaşır ancak 5 güne kadar belirgin bir biçimde devam edebilir. Yoksunluk belirtilerinin çoğu bir hafta içerisinde geriler.

Sentetik kannabinoid yoksunluğuna yönelik kullanılabilecek onaylı bir ilaç tedavisi ya da yayınlanmış tedavi algoritması yoktur. Ancak yoksunluk döneminde görülen anksiyete iritabilite gibi semptomlara yönelik benzodiazepinler kullanılabilir. Benzodiazepinlerin etkili olmadığı, kullanılmadığı ya da kullanılmasının tercih edilmediği durumlarda ketiabin bir tedavi seçeneği olabilir.

1.2.4 Yeni Çıkan Uyuşturucu Maddeler

Yeni ortaya çıkan psikoaktif maddelerin takip edilebilmesi için Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA), Erken Uyarı Sistemi (Early Warning System-EWS) adı verilen sistemi kullanmaktadır. Yeni çıkan uyuşturucu maddeler arasında kratom, krokodil, fentanil, ketamin ve gamma hidroksi bütirat (GHB), fensiklidin, ritalin yer almaktadır.

1.2.4.1 Kratom

Güneydoğu Asya'da bulunan tropikal ağaç olan Mitragyna Speciosa Korth'tan elde edilen kratom piskotropik etkilere sahiptir. Kratom, çoğu insan tarafından ilaç, kapsül veya ekstrakt olarak alınabilmektedir. Bazı insanlar, yapraklarını çiğner, bir kısmı ise yaprakları kurutarak çay olarak tüketmekte, yenmekte ve sigara şeklinde tüketilebilmektedir. Kratom hem stimülanlar hem de opiyatlarla benzer etkilere sahiptir. Kratom yaprakları, mitraginin ve 7- α -hidroksimitraginin aktif maddelerini içermektedir ve opiyat reseptörleri ile etkileşime geçmektedir. Kullanıcılar fazla miktarda tükettiğinde, sedasyon oluşumu, zevk ve ağrının azalması gerçekleşmektedir. Mitraginin, stimülan etki gösteren reseptörleri de ayrıca etkilemektedir. Az miktarda kratom tüketildiğinde ise kullanıcıların enerjisinin ve sosyalleşmesinin artması ve dikkat halinin artması belirtilmiştir. Kratom bazen tehlikeli yan etkiler oluşturabilmektedir. Bunlar arasında kaşıntı, terleme, kuru ağız, kabızlık, artan idrara çıkma, iştah kaybı, nöbetler, halusinasyonlar yer almaktadır. National Poison Data System'den alınan 2019 verilere göre 2011-2017 arasında kratoma maruz kalma sonucu 11 ölümle sonuçlanan vaka gözlenmiştir. Bu sayının dokuzunda kratomun diğer uyuşturucu ve ilaçlarla alındığını içermektedir. Bunlar ise difenhidramin, alkol, kafein, benzodiazepin,

fentanil ve kokaindir. Diğer iki vaka ise sadece kratom kullanımından kaynaklıdır. 2017 yılında FDA ise 44 kratomla ilgili vaka tespit etmiştir. Kratom bağımlılık yapıcıdır ve fiziksel olarak belirtileri ise kas ağrıları, uykusuzluk, sinirlilik, saldırganlık, duygusal değişiklikler, burun akması ve sarsıntılı hareketlerdir. Kratom bağımlılığında spesifik medikal tedavi yöntemi yoktur. Bazı insanlar için davranışsal terapiler yardımcı olabilmektedir. Bilim insanlarının daha etkili tedavi yöntemleri için daha fazla araştırmaya ihtiyacı vardır³⁸.

1.2.4.2 Fentanil

Fentanil ve analogları, dünya üzerinde birçok ülke için kötüye kullanımı ciddi bir sorun teşkil etmekte olan sentetik opiyatlardır. Fentanil 1960 yılında Belçika’da geliştirilmiş olup, hızlı etki başlangıcı nedeniyle pre-anestezik ve anestezik olarak yaygın biçimde kullanılmaktadır. Bunun yanında transdermal yama ile kronik ağrı tedavisinde kullanım endikasyonu da mevcuttur. Fentanil ve analogları, öfori, duygudurumda değişiklik, uyuşukluk, miyozis, kabızlık ve solunum depresyonu gibi klinik belirtiler ortaya çıkarırlar²³.

Etkilerinin eroine çok benzer olması nedeniyle narkotik pazar için oldukça çekici ilaçlardır. Bu ilaçlar “sentetik eroin” ve “Çin beyazı” isimleriyle satılmaktadır. ABD’de bu ilaçların kullanımına bağlı ölüm vakaları bildirilmiştir. 2010 yılında aşırı doz opiyat ile ilişkili ölümlerin %14.3’ü sentetik opiyatlarla ilişkili bulunmuşken, 2016 yılında bu oran % 45’e yükselmiştir.

Sentetik opiyatlara hafif ve orta şiddete maruziyette semptomatik tedavi tercih edilir. Ancak yüksek doz maruziyette bradikardi, stupor, iğne ucu pupiller, solunum depresyonu ve koma durumu görülebilir. Bu durumda destekleyici tedavinin yanı sıra opioid antagonisti olan nalokson tedavisi verilmelidir. Hastanın vital bulguları takip edilmeli ve gerekli durumlarda yoğun bakım ünitesinde tedavi edilmelidir.

1.2.4.3 Ketamin

Ketamin, 1962’de ABD’de ilk kez sentezlenen ve “dissosiyatif anestezik” ajan olarak bilinen, N-metil-d-aspartat (NMDA) reseptör antagonistidir. Güçlü psikostimulan özellikleri ve kolay emilimi nedeniyle son yirmi yılda kötüye kullanımı giderek artmıştır. Sıklıkla esrar, ekstazi, amfetamin, kokain ve halusinojenler gibi diğer yasa dışı maddelerle birlikte kullanılır. Ketamin genellikle beyaz kristal toz, tablet, kapsül veya sıvı formda bulunur ve burundan çekerek, oral ya da damar içi yollarla kullanılır. Kullanım sonrası psikomotor ajitasyon, anksiyete, varsanılar, dezoryantasyon ve somatik yakınmalar görülebilir²³.

³⁸ <https://www.drugabuse.gov/publications/drugfacts/kratom>, Erişim Tarihi: 14.05.2019

Metoksetamin de benzer psikoaktif etkiler gösteren bir ketamin analogu olup, mesane toksisitesi olmaması nedeniyle ketamine üstünlük gösterir. Son yıllarda ketamin, tedaviye dirençli depresyon da dahil olmak üzere majör depresif bozukluk tedavisinde hızlı başlangıçlı bir etki üretmesi açısından umut verici bir seçenek haline gelmiştir. Ketamin psikostimülan bir madde olduğundan, uzun süreli kullanımı nörokognitif bozukluklara yol açabilir. Ketamin kullanıcıları arasında psikoz, depresyon ve anksiyete gibi psikiyatrik komorbiditelerin görülme sıklığı da daha yüksek bulunmuştur.

1.2.4.4 Krokodil

Krokodil veya “Krok” ev yapımı, yarı sentetik opioid analoğu desomorfının sokak adıdır. Krokodil, kodeinden desomorfının sentezlenmesi ve diğer düşük maliyetli, kolay elde edilen toksik kimyasal maddeler ile birleştirilmesiyle üretilir. Enjeksiyon sonrası kullanıcıların cildinde sıklıkla görülen pullanma ve yeşil-siyah renk değişikliğinin timsah derisinin anımsatması nedeniyle “krokodil” ismi verilmiştir²³.

Krokodilin aktif maddesi desomorfindir. İçeriğinde bulunan hidroklorik asit, kırmızı fosfor, iyot, benzin ve tiner gibi kimyasallar krokodilin kutanöz ve sistematik etkilerine katkıda bulunur. Krokodil oral, subkutan, intramüsküler veya daha yaygın şekliyle intravenöz olarak kullanılır. Etki intravenöz enjeksiyondan yaklaşık 1-2 dk sonra başlar. Kısa yarı ömrü nedeniyle sık uygulama gerektirir. Krokodil kullanımı sonrası intravenöz veya subkutanöz enjeksiyon alanlarında deride renk değişikliği ve deskuamasyona (zombi benzeri görünüm) ek olarak şişlik ve ağrı, nekrotik ülserasyon ve flebit görülebilir. Krokodilin yoğun analjezik etkileri kullanıcıların zararlı sonuçları görmezden görmelerine ve tedaviye geç başvurmalarına neden olabilir.

Krokodil kullanıcılarında varsanılar, konuşma güçlüğü, motor becerilerde bozulma, hafızada kayıplar görülebilmektedir. Damar içi enjeksiyon yoluyla kullanımda sepsisemi, pnömoni ve menenjit, ayrıca kontamine iğnelerin kullanımı sonucu HIV, Hepatit A, B ve C enfeksiyonları da bildirilmiştir.

1.2.4.5 Fensiklidin (PCP)

Fensiklidin ilk kez 1950’lerde sentezlenmiş olup, 1963 yılında intravenöz yolla kullanılmış cerrahi anestezi olarak tıbbi kullanım alanına girmiştir. Fakat hastaların anestezi uyanırken orientasyon bozukluğu, ajitasyon ve delirium göstermesi sebebiyle tıbbi kullanımdan kaldırılmıştır. İlk defa 1967 yılında yasadışı madde olarak kullanılmaya başlanmış, 1970’li yıllarda kullanımı yaygınlaşmıştır. Çok basit ve ucuz imal edilip, çok

pahalıya pazarlanmaktadır. Beyaz kristal toz şeklinde olup, tabletler, kapsüller ve renkli tozlar şeklinde görülür. Değişik şekillerde kullanılır. Ağız yoluyla, damardan, enfiye şeklinde ya da sigara ile içe çekilerek kullanılabilir. En sık kullanım şekli sigara ile içilmesidir⁶.

Sigara ile 2-3 mg içildiğinde 5 dakika içinde etkisi başlar ve 30 dakikada etkisi en üst düzeye ulaşır. 5 mg'dan az “düşük”, 10 mg'dan fazla “yüksek” doz olarak nitelendirilir. Etkisi 2-6 saat arasında sürebilir. Kesin etki mekanizması bilinmemekle birlikte, asetil kolin blokajı, seretonin inhibisyonu ve dopamin serbestleşmesi yaptığı düşünülmektedir. Kişinin ruh hali, alınan doz miktarı etkinin değişmesine yol açar. Sessizlik ve yoğun fantezi içine girilir. Vücudun ağırlığı kaybolur, hissizlik meydana gelir. İşitme ve görme halusinasyonları görülebilir. PCP'nin etkisini genellemek oldukça güçtür; çünkü kişiden kişiye farklı etkilere yol açar. Kimi insanı daha sosyal, konuşkan, pozitif yaparken bir başkasını daha saldırgan, bir diğerini pasif yapabilir⁶.

1.2.4.6 Gamma Hidroksi Bütirat (GHB)

Önceleri vücut çalışması yapanlarda kas büyümesini uyarmak için kullanılırken, son yıllarda eğlence partilerinde kullanılmaya başlanmıştır. Elektrik panellerini temizlemeye yarayan bir kimyevi maddeden sentez edilerek elde edilmiştir. Amerika'da sokak dilinde grievous bodily harm (acı veren bedensel zarar), liquid ecstasy (sıvı ecstasy), georgia home boy olarak geçmektedir⁶.

Sıvı, toz, tablet ve kapsül halindedir. Genellikle küçük şişecikler içinde satılır. Çoğunlukla ecstasy ve alkol ile birlikte kullanıldığı bilinmektedir. Kokusu ve tadı yoktur, etkisi 1-3 saat sürer. Kokusu ve tadı olmadığından, içki veya içilen herhangi bir şey içine kolayca karıştırılmaktadır. Özellikle klüp kültürü olan gençlerin kullandığı bir uyuşturucu türüdür⁶.

GHB merkezi sinir sistemini baskılayan, kokusuz, berrak bir maddedir. Sıvı ecstasy (Georgia home boy, G) olarak da bilinen bu madde kişide aşırı bir eğlenme ve rahatlama hissi uyandırmaktadır ve kötüye kullanıma açık bir maddedir. GHB Amerika'da narkolepsi (bir çeşit uyku rahatsızlığı) tedavisinde kontrollü bir şekilde kullanılmaktadır⁶.

GHB'nin sarhoşluk hissi verdiği bilinmektedir. GHB öfori, relaksasyon, ve cinselliği artırmak amacıyla kullanılmaktadır. Vücut çalışanları ise GHB'yi anabolik etkileri için aldıklarını söylemişlerdir. GHB alındıktan 10-20 dakika sonra etkisini göstermeye başlar. Bu etkiler alınan doza göre 4 saate kadar sürer. Az alınan miktarlarda rahatlama hissi, daha yüksek dozlarda ise yatıştırıcı etki uykuya hatta komaya yol açar.

GHB'nin yan etkileri oldukça fazladır. Koma, nefes alma zorluğu, beyinde kalıcı hasarlar, ölüm bu etkiler arasındadır. Kullananlarda bellek sorunu, bilinç kaybı sık görülmektedir.

Yoksunluk belirtileri arasında anksiyete, ajitasyon, tremor ve delirium bildirilmiştir. Psikozda gözlenebilmektedir. Zehirlenme belirtileri alkol ve sedatif-hipnotik ilaç zehirlenmesine benzer. Ajitasyon, nistagmus, ataksi, sadasyon, amnezi, hipotoni kusma, kas spazmları ortaya çıkabilir. Nöbet, apne bradikardi, bilinç kaybı ve ani kendine gelmeler, şiddet davranışları gözlenebilir. GHB'nin aşırı dozda kullanımı hızlı bilinç kaybı, kalp ritminde yavaşlama, nefes almada güçlük, kriz, vücut ısısında aşırı düşüş, kusma ve komaya sebep olmaktadır. Bu tablo kişinin komadayken kusması ya da nefes alamaması halinde ölümle sonlanmaktadır. Kişinin ayarladığı dozlarla bu maddenin saflığı ve etkisi kontrol edilemediğinden sıkça aşırı doza sebep olabildiği bilinmektedir.

1.2.4.7 Ritalin

Ritalin, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu sendromu olan çocukların tedavisinde kullanılan bir ilaçtır. Bazen narkolepsi tedavisinde de kullanılabilir. Merkezi sinir sistemini uyarır; etkisi metaamfetaminlere göre daha az, kafeine göre daha fazladır. Ritalin, tabletler halinde ve sadece kırmızı reçete ile satılmaktadır⁶.

Ritalin hiperaktif çocukları yatıştırıcı, dikkat eksikliği olanları da odaklayıcı bir etkiye sahiptir. Tavsiye edildiği dozda alındığında faydalı olabilmektedir. Yapılan araştırmalarda da tedavinin parçası olarak ve tavsiye edilen dozda kullanılan Ritalinin bağımlılık yapmadığı gösterilmiştir. Fakat uyarıcı etkileri nedeniyle, insanların bu ilacı istismar ettikleri bilinmektedir. Ritalinin etkisini arttırmak için eroinle ya da hem eroin hem de kokainle karıştırıp kullananlar olduğu saptanmıştır.

Akut doz aşımının belirti ve semptomları başlıca merkezi ve sempatik sinir sistemlerinin aşırı uyarılmasına bağlıdır ve kusma, ajitasyon, tremor, hiperrefleksi, kas seğirmesi, konvülsiyonlar (muhtemelen komanın izlediği), öfori, konfüzyon, halusinasyonlar, deliryum, terleme, ateş basması, baş ağrısı, hiperpireksi, taşikardi, palpasyon gibi belirtiler görülebilir.

Tedavi destekleyici önlemlerden oluşur. Hasta kendine verebileceği zarara ve halen mevcut aşırı uyarılmayı daha da ağırlaştıracak dış uyarıcılara karşı korunmalıdır. Eğer belirti ve semptomlar çok şiddetli değilse ve hasta bilinçli ise kusturma ile mide boşaltılabilir veya yıkanabilir. Zehirlenme şiddetli ise, midenin yıkanmasından önce çok dikkatle titre edilmiş dozda kısa etkili bir barbitürat verilmelidir.

Yeterli dolařım ve solunumun sűrdűrűlmesi için çok zen gösterilmelidir; hiperpireksi için dıřarıdan soėutma iřlemleri gerekebilir. Ritalin ile doz ařımında periton diyalizinin veya ekstrakorporal hemodiyalizin etkinliėi tespit edilmemiřtir.

Dűnya genelinde alınan önlemlere ve yapılan yasal dűzenlemelere raėmen yeni psikoaktif madde kullanımının endiře verici bir biçimde yaygınlařmaya bařlaması önemli sorunlar teřkil etmektedir. Yeni çıkan uyuřturucu maddeler ve tasarım ilaçların yapıları kimyasal olarak kolaylıkla modifiye edilip özellikleri deėiřebildiėi iim, yeni psikoaktif maddelerin çeřitlerinin hızlı bir řekilde artmaya devam etmesi beklenmektedir. Bu maddelerin űlkemizde kullanım yaygınlıėı ile ilgili verilerin henűz yetersiz olmasından dolayı, epidemiyolojik arařtırmaların yapılmasına ihtiyaç vardır. Yeni nesil maddelerin giderek yaygınlařması ile műcadelede; sorunun sosyal, ekonomik ve politik nedenler de dahil olmak űzere birçok yönden deėerlendirilmesi gerekmektedir.

Bu bahsedilen maddeler dıřında uçucu maddeler de yer almaktadır. Bunlar ise toluen, n-hekzan, metil butil keton, trikloretilen, trikloretan, diklorometan, benzin ve bűtan gibi maddelerdir.

1.3 UYUŞTURUCU TİCARETİNDE KÜRESEL VE ULUSAL DURUM

Uyuşturucu kaçakçılığı, uyuşturucu yasağı kanunlarına tabi olan maddelerin yetiştirilmesi, üretimi, dağıtılması ve satışını içeren küresel yasa dışı bir ticarettir. UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime), küresel yasadışı uyuşturucu pazarlarını, dinamikleri daha kapsamlı bir şekilde anlamak için sürekli izlemekte ve araştırmaktadır³⁹.

Yasa dışı uyuşturucu pazarları, farklı düzeylerde ve büyük miktarda para elde edilen karmaşık üretim ve dağıtım sistemleridir. Pazarın doğası izlemeyi zorlaştırmaktadır. Bununla birlikte, tahmini olarak, 2013 yılında 24 milyar Euro tutarındaki yasa dışı uyuşturucu, Avrupa Birliği perakende pazarında en büyük paya sahip olan esrarın (% 38), eroin (% 28) ve kokain (% 24) tarafından takip edildiğini göstermektedir⁴⁰.

Kolluk kuvvetleri tarafından yasa dışı uyuşturucu madde yakalanması, 2016 yılında Avrupa'da bildirilen 1 milyondan fazla yasa dışı uyuşturucu yakalanması ile uyuşturucu pazarlarının önemli bir göstergesidir. En çok bildirilen yakalamalar, kullanıcılardan alınan küçük miktardaki uyuşturucuları içerir. Ancak, kaçakçılardan ve üreticilerden yakalanan çok yüklü uyuşturucu sevkiyatları, ele geçirilen toplam uyuşturucu miktarının çoğunluğunu oluşturmaktadır. Esrar, en çok yakalanan uyuşturucudur ve Avrupa'da yakalanan uyuşturucuların % 70'inden fazlasını oluşturmaktadır. Avrupa Birliği'ndeki tüm uyuşturucu kaçakçılığının tespit edildiği ve % 60'ından fazlasının görüldüğü en yüksek sayıda kaçakçılığın tespit edildiği üç ülke, İspanya, İngiltere ve Fransa'dır⁴⁰.

Türkiye ise coğrafi bakımdan stratejik bir konumdadır. Ülkemiz uyuşturucu kaçakçılığı bağlamında son derece önemli bir güzergah olan "Balkan Rotası" üzerinde yer almaktadır. Eroin, Avrupa'ya dört ana kaçakçılık rotası üzerinden girmektedir. En önemli ikisi Balkan Rotası ve Güney Rotası'dır. Bunlardan ilki Türkiye'den Balkan ülkelerine (Bulgaristan, Romanya veya Yunanistan) ve Orta, Güney ve Batı Avrupa'ya gitmektedir. Balkan Rotası'nda Suriye ve Irak'ı da kapsayan bir yan rota da ortaya çıkmıştır. İran ve Pakistan'dan gelen nakliyelerin Avrupa'ya hava veya deniz yoluyla ya doğrudan ya da Afrika ülkeleri üzerinden geçerek girdiği Güney Rotası son yıllarda önem kazanmıştır. Kuzey Rotası ve Güney Kafkaslardan Karadeniz üzerinden geçen rotalar da diğerleridir⁴¹.

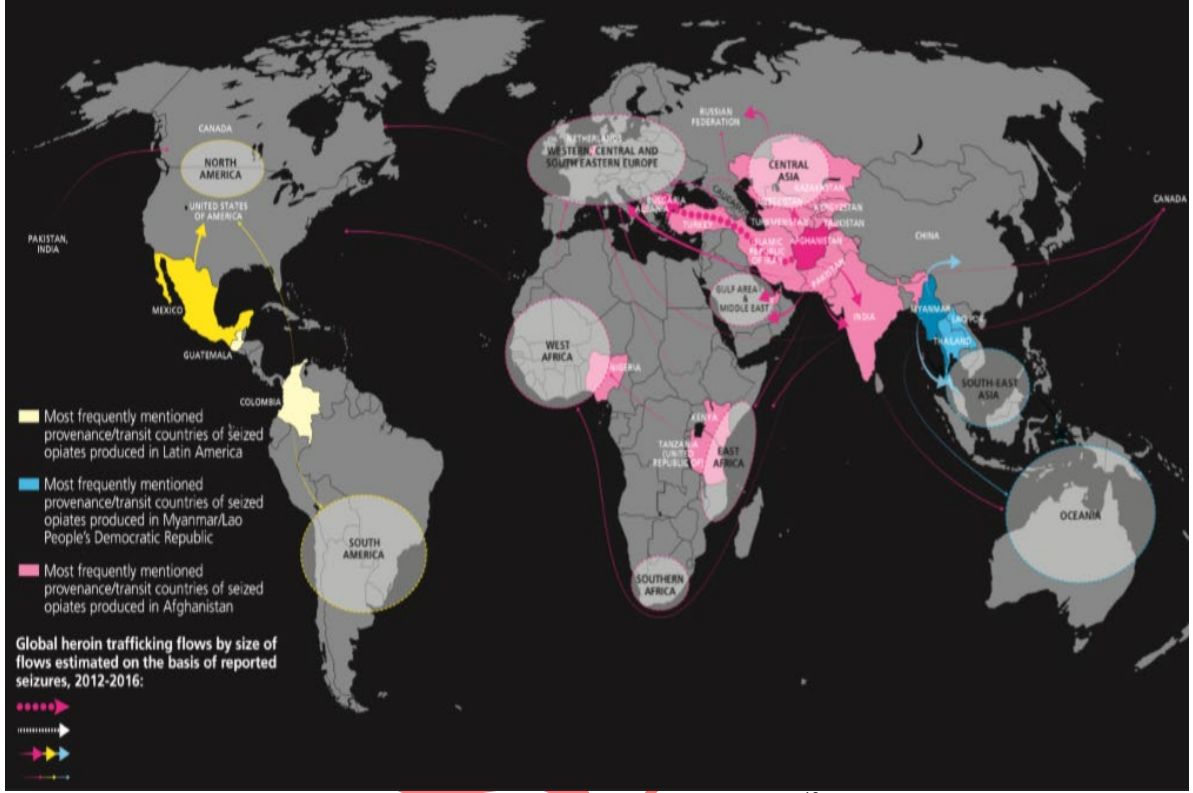
³⁹ <https://www.unodc.org/unodc/en/drug-trafficking/>, Erişim Tarihi: 13.05.2019.

⁴⁰ 2018 Avrupa Uyuşturucu Raporu,

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001TRN_PDF.pdf, Erişim Tarihi: 13.05.2019.

⁴¹ 2018 Türkiye Uyuşturucu Raporu, <http://www.muhammedbalci.com/hukukdunyasi/alintilar/828.pdf>, Erişim Tarihi:16.05.2019

Avrupa Birliği'nde ele geçirilen eroin miktarı son dönemde (2014-2016) yıllık ortalama 4,3 ton olarak kaydedilmiştir. Türkiye'de ele geçirilen eroin miktarı 2015 yılında 8,3 ton iken 2016 yılında 5,6 tona gerilemiş olmasına rağmen Türkiye diğer tüm Avrupa ülkelerinden daha fazla miktarda eroin ele geçirmeye devam etmektedir.



Şekil 1.19 Eroinin Asya'dan dağılımı⁴²

<https://www.unodc.org/wdr2018/en/drug-markets.html>, Erişim Tarihi: 13.05.2019.

2017 yılında tamamı Afganistan kaynaklı 17 ton eroin yakalanmıştır. Daha önceki yıllara oranla 2017 yılı içinde eroin imalatının en önemli ara kimyasalı olan Orta ve Batı Avrupa kaynaklı asetik anhidrit yakalamalarında ciddi bir artış yaşanmış ve aynı yıl içinde 23000 litreden fazla asetik anhidrit ele geçirilmiştir. 2017 yılı içinde yakalanan asetik anhidrit miktarı göz önüne alındığında tahmini olarak 12 ton eroin imalatının önüne geçilmiştir. Ülkemizde yakalanan asetik anhidrit genellikle Almanya ve Hollanda olmak üzere Orta ve Batı Avrupa kaynaklı olup hedef ülkeleri ise İran ve Irak olduğu yapılan soruşturmalardan anlaşılmıştır. Afganistan'daki gözle görülür şekilde artan afyon imalatı ve bunun yanı sıra asetik anhidrit yakalamalarındaki artış göz önüne alındığında, önümüzdeki yıllarda özellikle Avrupa uyuşturucu pazarına yüklü miktarda eroin girebileceği değerlendirilmektedir. Asetik

⁴² <https://www.unodc.org/wdr2018/en/drug-markets.html>, Erişim Tarihi: 13.05.2019.

anhidritin kaçağa kaymasını önüne geçmek adına, ana ihracatçı olan Avrupa ülkelerinin daha sıkı idari tedbirler alması gerekmektedir⁴⁰⁻⁴¹.

Son yıllarda özellikle İran plakalı tırlarda yüksek miktarlı eroin maddesi ele geçirilmiştir. Söz konusu tırların genellikle Gürbulak Sınır Kapısından ülkemize giriş yaptıkları, nihai varış noktalarının ise ülkemiz üzerinden Avrupa'nın çeşitli ülkeleri olduğu anlaşılmıştır. Bununla birlikte İran'dan temin edilen eroin maddesinin Van ve Hakkari gibi İran sınırında bulunan illerimizden partiler halinde İstanbul'a sevkiyatını yapan organizasyonlara yönelik yakalamalar gerçekleştirilmiş olup bunların İstanbul'dan sonraki varış noktalarının Avrupa ülkeleri olduğu bilinmektedir⁴⁰⁻⁴¹.

Kargolarda yapılan afyon sakızı yakalamalarında söz konusu uyuşturucunun nihai varış noktasının genellikle ABD, Kanada ve Avustralya olduğu tespit edilmiştir³⁶⁻³⁹.

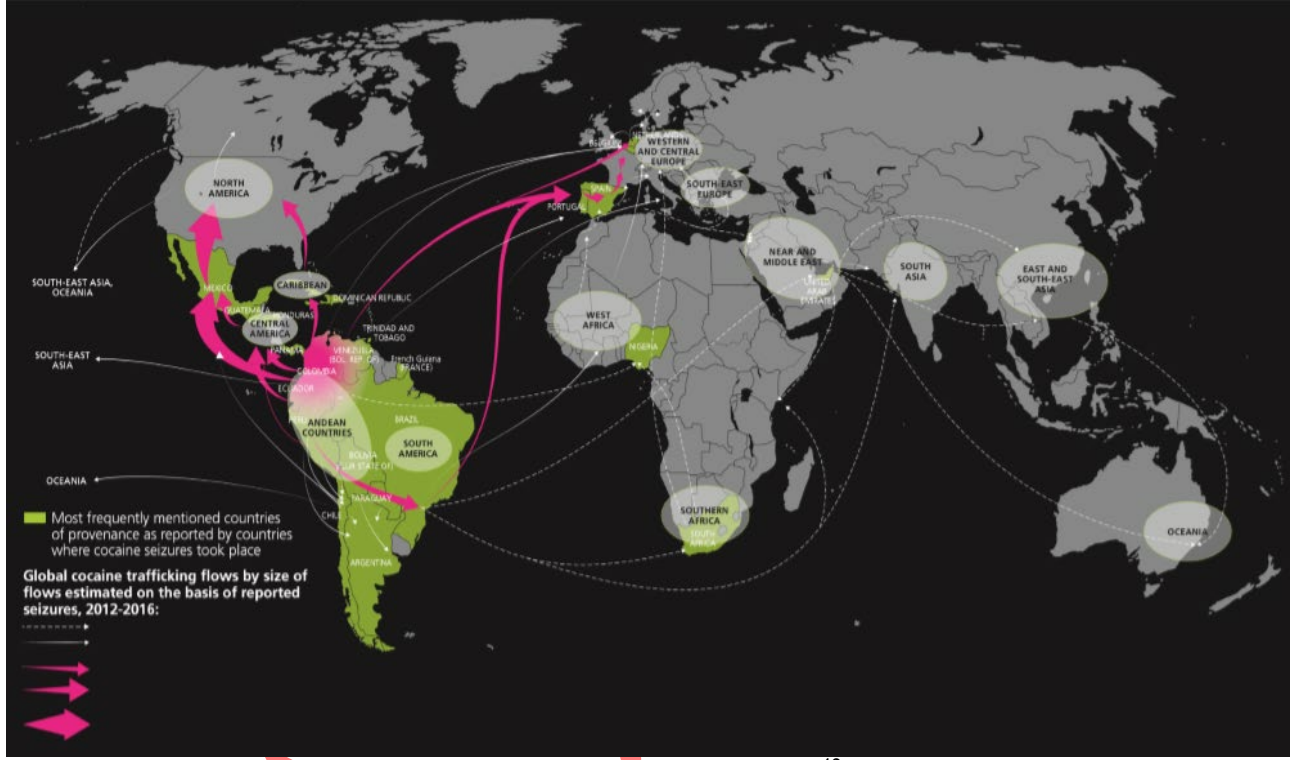
Eroin ve afyon sakızı sevkiyatlarında yasal kargo firmalarının da aktif olarak kullanıldığı, uyuşturucunun kargoyla gönderilen muhtelif malzemelere zulalanmak suretiyle sevkiyatlarını gerçekleştirmeye çalıştıkları yapılan yakalamalardan anlaşılmıştır. Özellikle İran uyruklu şahısların Van ve Hakkari illerinden ülkemize giriş yapmak suretiyle buralardan uyuşturucuları kargoya teslim ettikleri görülmektedir. Söz konusu illerimizde mutad aralıklarla kargo gönderileri kontrol edilmekte olup, uyuşturucu tespit edilen gönderiler hakkında yasal işlemler yapılmaktadır⁴⁰⁻⁴¹.

Ayrıca çeşitli ülkelerden satın alınan tırların yasal yollardan Gürcistan ve diğer Orta Asya ülkelerinde tescil edilmek suretiyle İran'dan temin edilen eroinin Kazakistan, Türkmenistan ve Azerbaycan üzerinden Kuzey Rotası olarak bilinen güzergâhtan Avrupa ülkelerine sevkiyatının hedeflendiği, özellikle Ukrayna ve Romanya'da suç organizasyonlarının aktif olarak bu rotayı kullandıkları tespit edilmiştir⁴⁰⁻⁴¹.

Yine Balkan ülkelerindeki suç organizasyonlarının aktif bir şekilde Avrupa'dan Türkiye'ye esrar ve sentetik uyuşturucular ile asit anhidrit getirdikleri, Türkiye'den çeşitli yollardan temin ettikleri eroinleri küçük partiler halinde Avrupa ülkelerine götürdüklerine yönelik bilgiler intikal etmiştir⁴⁰⁻⁴¹.

Uyuşturucu organizatörlerinin deniz yolunu kullanmaya devam ettikleri, Afganistan ve Pakistan'dan çıkan uyuşturucuların gemilerle Akdeniz'deki uluslararası sulara getirilerek buralardan küçük teknelere aktarımının yapıldığı, küçük teknelere yüklenen uyuşturucuların ülkemiz ve Avrupa'ya nakledildiği, bu yöntemin aktif olarak kullanıldığı bilinmektedir⁴⁰⁻⁴¹.

Koka ve türevlerinin sevkiyatı genellikle kurye ve gemi yoluyla gerçekleşmektedir. Özellikle İstanbul Atatürk Havalimanı kurye yönteminde son zamanlarda çok sık kullanılmaktadır. Bu yöntemde uyuşturucunun çıkış yeri sıklıkla Brezilya, Venezuela ve Kolombiya gibi Güney Amerika ülkeleri ile Güney Afrika ve Nijer gibi Afrika ülkeleridir. Ülkemiz sıklıkla hedef ülke konumundadır.

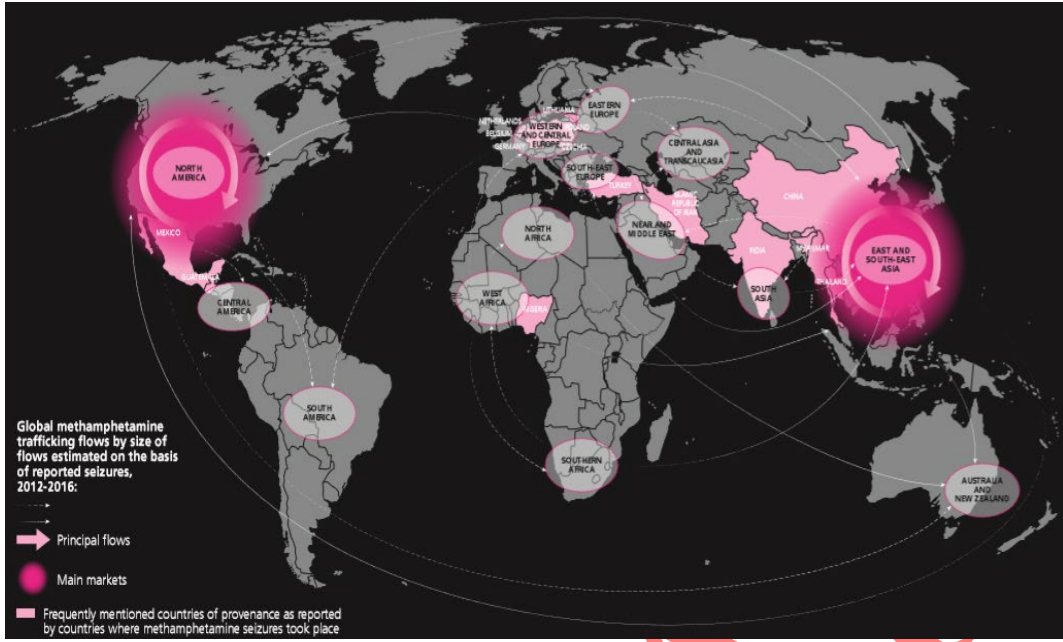


Şekil 1.20 Kokainin dağılım akışı⁴²

<https://www.unodc.org/wdr2018/en/drug-markets.html>, Erişim Tarihi: 13.05.2019.

Söz konusu yakalamalar 2010 yılından bu yana alternatif güzergahlar nedeniyle pasif konumda durağan gözüken Balkan rotasının tekrar hareketlendiğine işaret etmektedir. Captagon imalinde kullanılan Orta ve Batı Avrupa Ülkeleri kaynaklı ara kimyasallar, Suriye limanlarına getirilmekte, bu ara kimyasallarla Suriye’de captagon imalatı gerçekleştirilmektedir⁴⁰⁻⁴¹.

Genel itibariyle amfetamin ve türevlerine ait güzergâh ve kaçakçılık yöntemlerinde son dönemde herhangi bir değişim gözlenmemekle birlikte göze çarpan en önemli durum Bulgaristan ve Yunanistan’da yapılan captagon ve ecstasy yakalamalarıdır. İmal edilen captagon kara yoluyla Türkiye’ye sokularak buradan deniz yoluyla Orta Doğu ve Körfez ülkelerine sevk edilmektedir. 2017 yılı içinde captagon yakalamaları son yıllarda gerçekleştirilen yakalamalara göre rekor düzeye çıkarak 26 milyon adete ulaşmıştır⁴⁰⁻⁴¹.

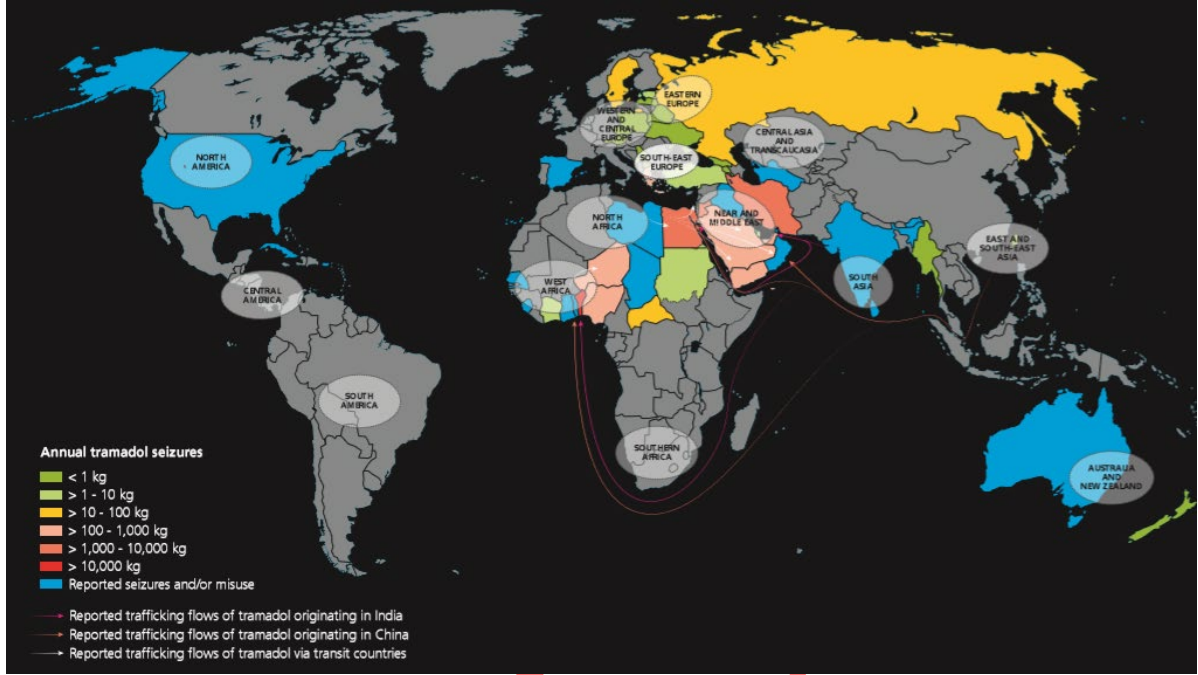


Şekil 1.21 Metamfetamin dağılım akışı⁴²

<https://www.unodc.org/wdr2018/en/drug-markets.html>, Erişim Tarihi: 13.05.2019.

Kenevir bitkisi ağırlıklı olarak Güneydoğu Anadolu'nun bazı bölgelerinde görülsede ülkemizin hemen her bölgesinde yetiştirilebilmektedir. Ülkemizdeki üretim iç piyasaya yöneliktir. Türkiye'de kenevir, lif ve tohum elde etmek amacıyla yasal izin alınmak suretiyle Tarım Bakanlığı'na belirlenen bölgelerde ekilebilmektedir. Esrar elde etmek amacıyla kenevir ekimi yasaktır. Ülkemizdeki esrar genel itibariyle kubar formunda kullanılmaktadır. Dünya ile doğru orantılı olarak en çok tüketilen uyuşturucu türüdür. Güneydoğu Anadolu bölgesinde yetiştirilen kenevir genelde ülkemizin batı bölgelerine sevk edilmektedir. 18 olayda hava yolu ile de taşıma gerçekleştirildiği görülmüştür. Fas'tan giriş yapan esrarın toz formunda olduğu ve hava yolu ile yolcunun kokain ve eroinde olduğu gibi valiz, çanta, sindirim sistemi veya vücuda sarılı vaziyette getirildiği, Avrupa ülkelerinden gelen esrarın ise kara yoluyla taşındığı anlaşılmıştır⁴⁰⁻⁴¹.

Emniyet birimleri tarafından skank olarak tabir edilen önemli miktarda hibrid esrar maddesi yakalanmıştır. 2017 yılında toplam 1,7 ton skank yakalaması gerçekleşmiştir⁴⁰⁻⁴¹.



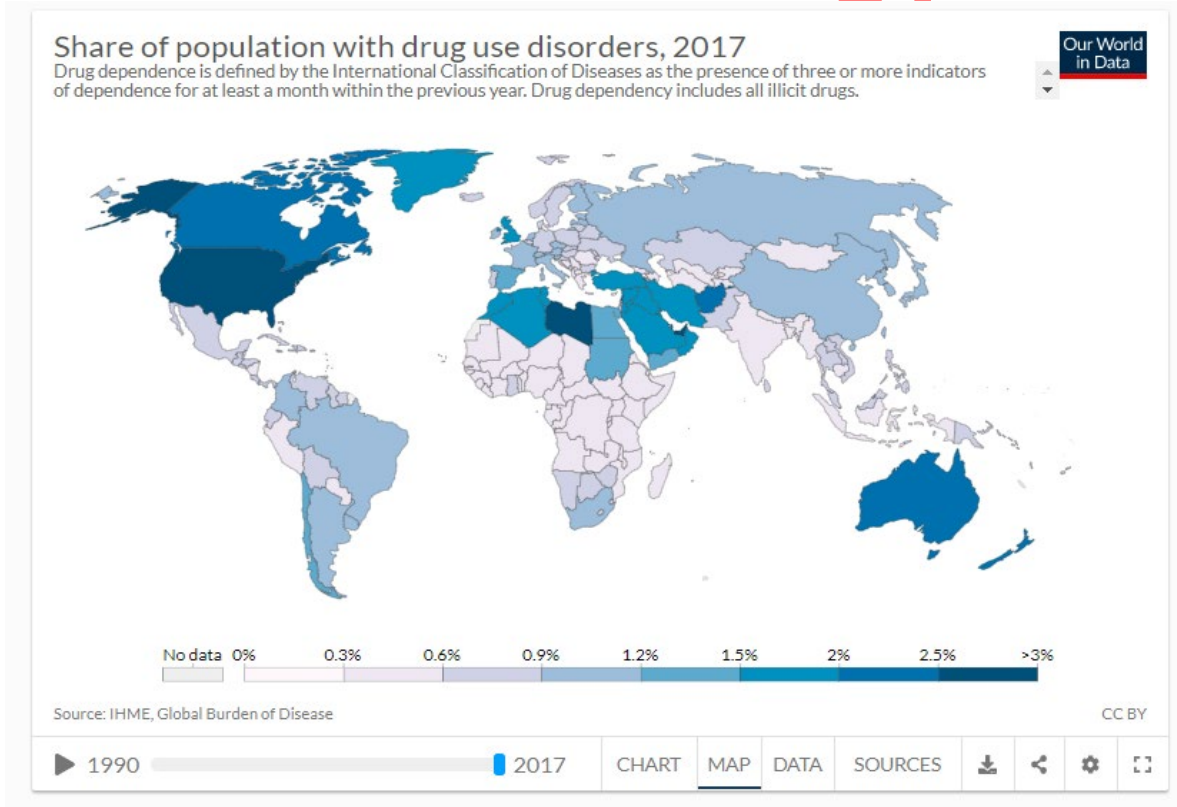
Şekil 1.22 Tramadolun dağılım akışı⁴²

<https://www.unodc.org/wdr2018/en/drug-markets.html>, Erişim Tarihi: 13.05.2019.

Uyuşturucuların fiyatları konusunda ise, arz talep, güvenlik güçleri tarafından yapılan yakalamalar, maddenin bulunabilirliği, kullanıcıların eğilimleri, maddenin saflığı vs. gibi nedenlere bağlı olarak piyasa değişkenlik gösterdiğinden net rakamlar vermek mümkün olmamaktadır⁴⁰⁻⁴¹.

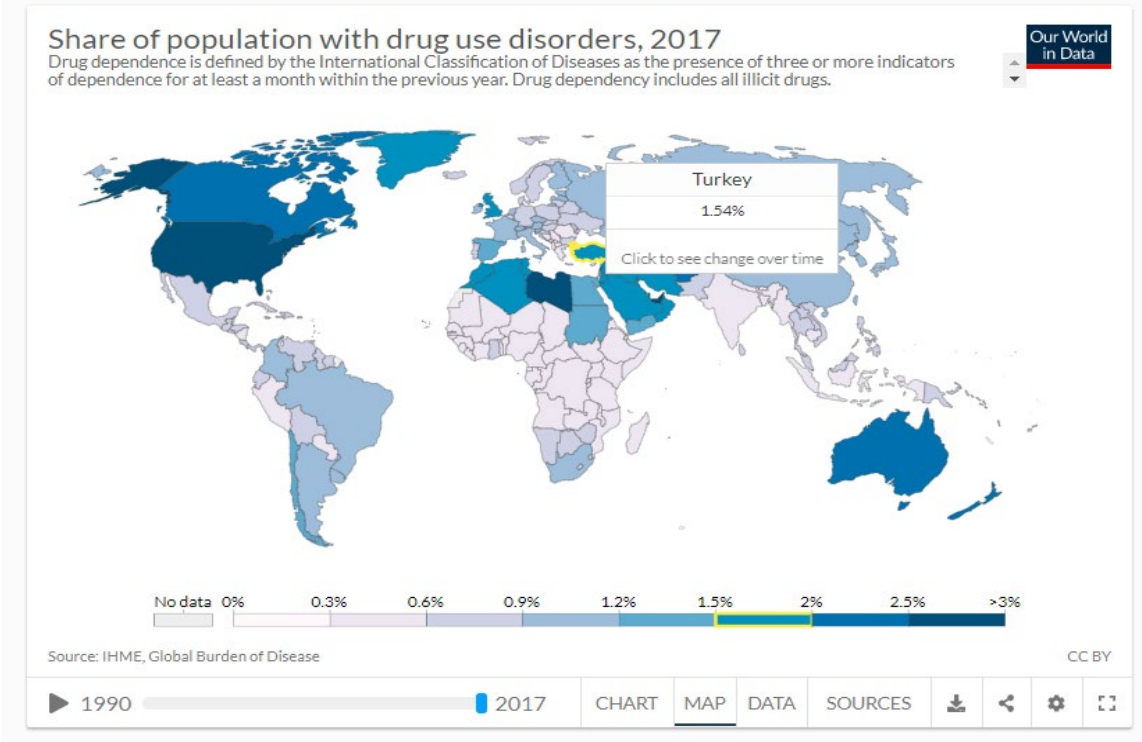
1.4 DÜNYA'DA UYUŞTURUCU KULLANIM SIKLIK VE DAĞILIMI AÇISINDAN DURUM

Genel popülasyon arasındaki araştırmalar, yaşlı insanlar arasındaki uyuşturucu kullanımının genç insanlar arasındaki uyuşturucu kullanımından daha düşük olduğunu göstermiştir. Elde edilen veriler, 18-25 yaş arasında uyuşturucu madde kullanımının en yüksek seviyede olduğunu göstermiştir. Bu genel olarak, çoğu bölgede ve çoğu uyuşturucu türünde gözlenen bir durumdur. Gençler arasında kullanım yaygınlığı, özellikle son ve düzenli kullanımının göstergesi olan geçmiş yıl ve geçmiş ay prevelansı, yetişkinlerden çok daha fazla kalmaktadır³⁹.



Şekil 1.23 Uyuşturucu kullanım bozukluğunun % nüfus dağılımı

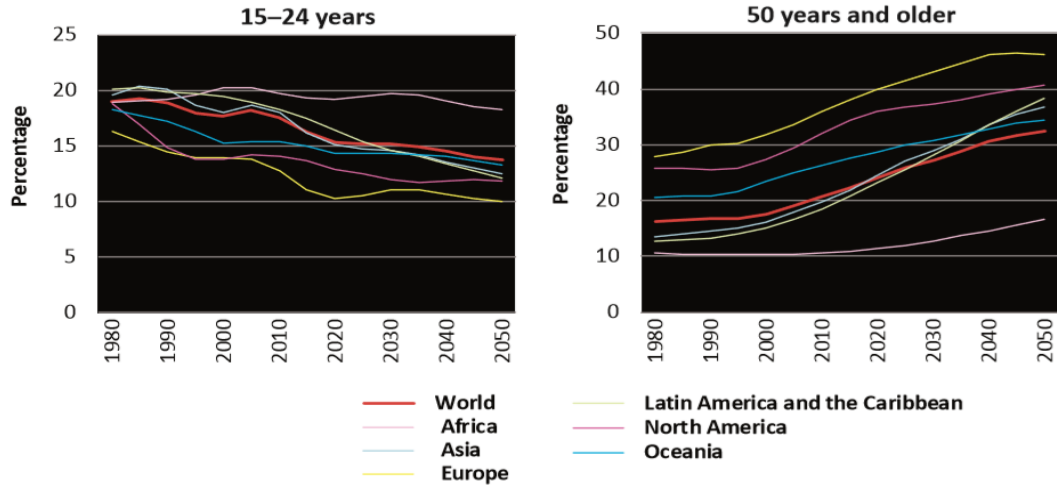
<https://ourworldindata.org/grapher/share-with-drug-use-disorders>, Erişim Tarihi: 13.05.2019



Şekil 1.24 Uyuşturucu kullanım bozukluğunun Türkiye'deki % nüfus dağılımı

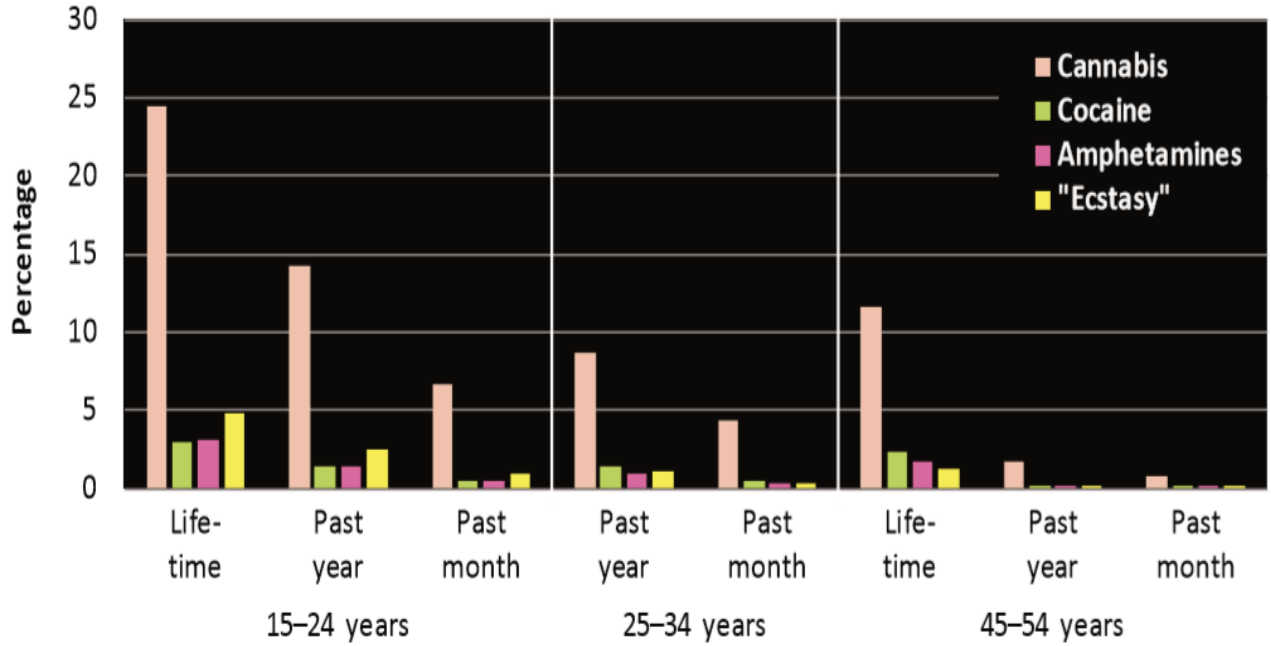
<https://ourworldindata.org/grapher/share-with-drug-use-disorders>, Erişim Tarihi: 13.05.2019.

Bununla birlikte, genel nüfusun uyuşturucuya maruz kalma derecesinin bir göstergesi olan yaşam boyu prevalans, piyasada bulunan uyuşturucu maddelerin kullanımı açısından yaşlı insanlar arasında gençlere oranla daha yüksektir. Fakat, daha yakın zamanda ortaya çıkan veya bazı yaşam tarzlarına sızan maddelerin kullanımının gençler arasında daha yüksek olduğu bildirilmektedir. Örneğin, ekstazi (ecstasy) düşük yaşam boyu kullanım seviyesine sahip olan ve yaşlı insanlar arasında neredeyse hiç kullanılmayan, ancak gençler arasında yüksek kullanım ömrüne sahiptir.



Source: United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division, World Population Prospects database, 2017 revision.

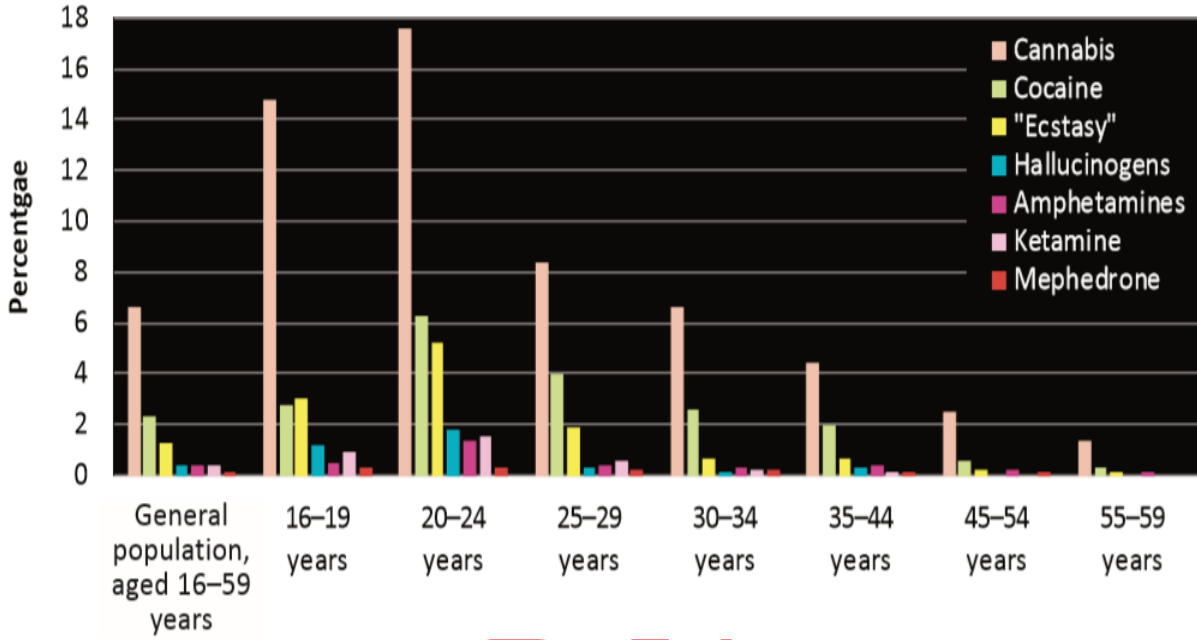
Şekil 1.25 1980-2050 arasında 15-24 yaş ve 50 yaş ve üstü arasında popülasyon dağılımı
https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_4_YOUTH.pdf, Erişim Tarihi: 13.05.2019.



Şekil 1.26 Avrupa'da uyuşturucu kullanım prevelansı, 2017⁴³
https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_4_YOUTH.pdf, Erişim Tarihi: 13.05.2019.

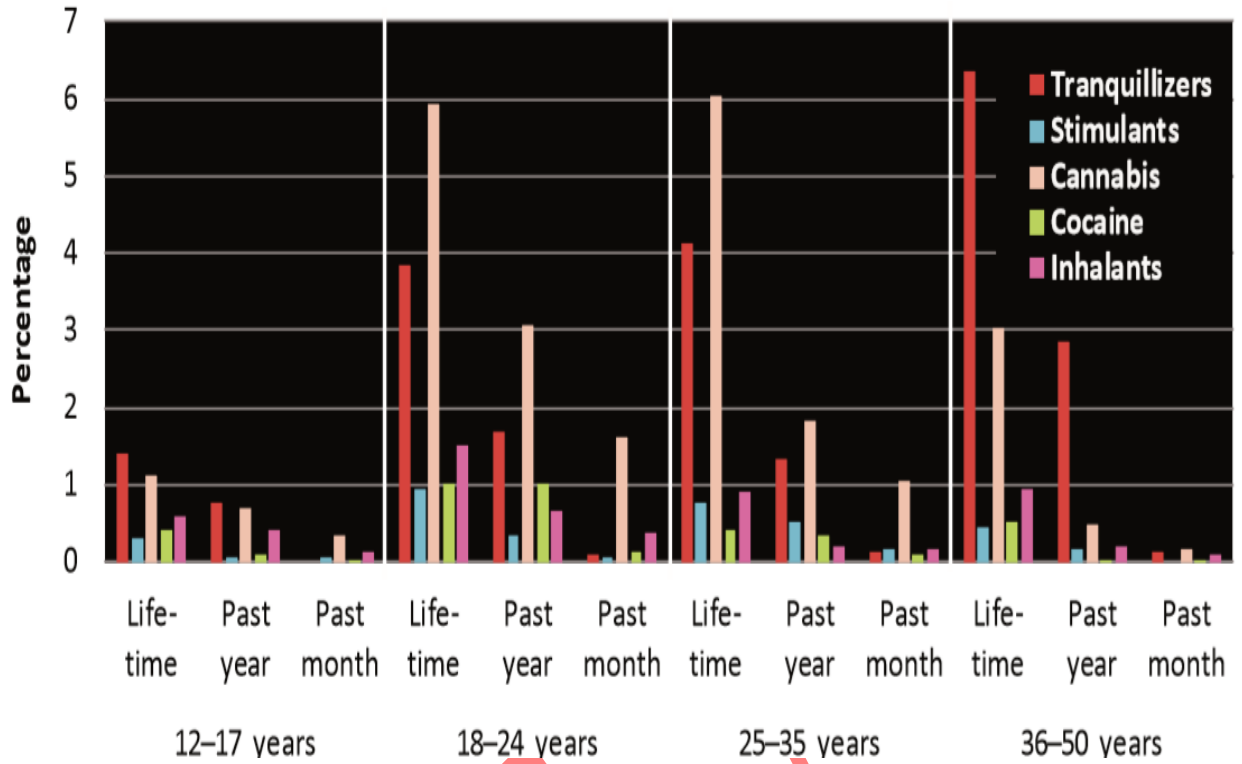
⁴³ https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_4_YOUTH.pdf, Erişim Tarihi: 13.05.2019.

Verilerin yaşa göre analiz edilebildiği tüm bölgelerde, mevcut uyuşturucu kullanımı gençler arasında yaşlılardan çok daha fazladır. 40 yaşın üzerindeki insanlar, belirli toplumlarda veya kültürlerde uzun süredir kullanım geleneğine sahip olan afyon ve khat gibi maddeler söz konusu olduğunda, genellikle gençlerden farklı uyuşturucu kullanım modellerine sahiptir. Yetişkinler genellikle gençler kadar piyasaya giren yeni ilaçlara maruz kalmazlar ve gençlik döneminde başlatılan uyuşturucu kullanım modellerini takip etme eğilimindedirler.



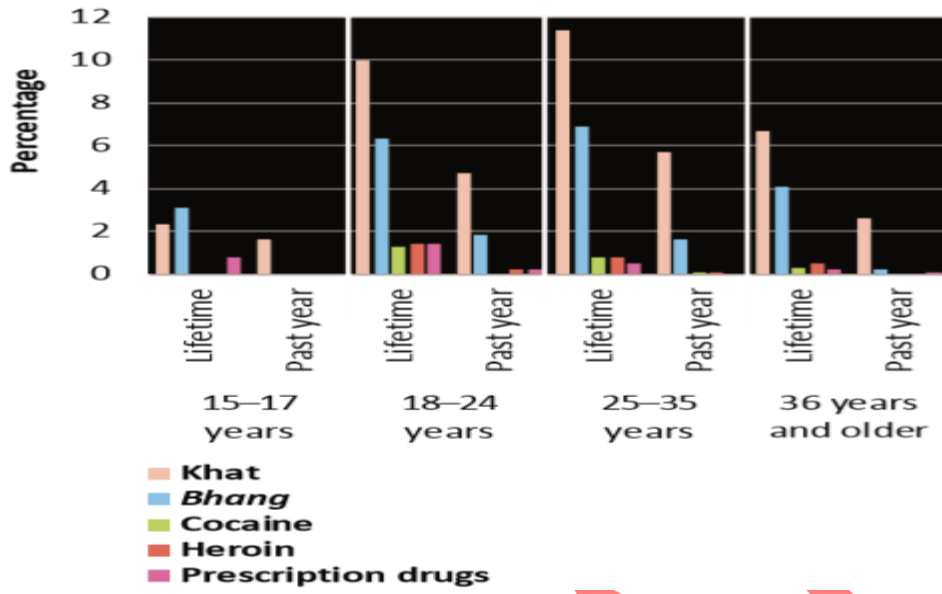
Şekil 1.27 İngiltere ve Galler'de yıllık uyuşturucu kullanım prevalansı, 2016-2017 mali yılı⁴³
https://www.unodc.org/wdr2018/prelaunch/WDR18_Booklet_4_YOUTH.pdf, Erişim Tarihi: 13.05.2019.

Avrupa Birliği'nden 28 üyeye ek olarak Norveç ve Türkiye'nin de bulunduğu üyelerden elde edilen veriler, amfetaminler ve ekstazi, 35 yaş altı gençlerde yaşlı insanlara oranla iki veya üç kat oranla daha fazladır. Ekstazinin 18-24 yaş grubu arasındaki kullanımı, 45-54 yaş grubu arasında kullanımından 20 kat daha fazladır. Buna karşılık, Avrupa'da yaşları 15-24 arasında olan ve 45-54 yaşları arasında kokain prevalansı oranları karşılaştırılabilirken, yaşam boyu esrar kullanımı 35 yaşın altında olanlar arasında çok daha yüksektir. İngiltere ve Galler'de uyuşturucu kullanım prevalansı, 20-24 yaş grubunda, 2016-2017 yılı boyunca tüm uyuşturucu türleri için en yüksektir. 45 yaş ve üstü olanlar için, yıllık uyuşturucu kullanımı yaygınlığı oldukça düşüktür⁴³.



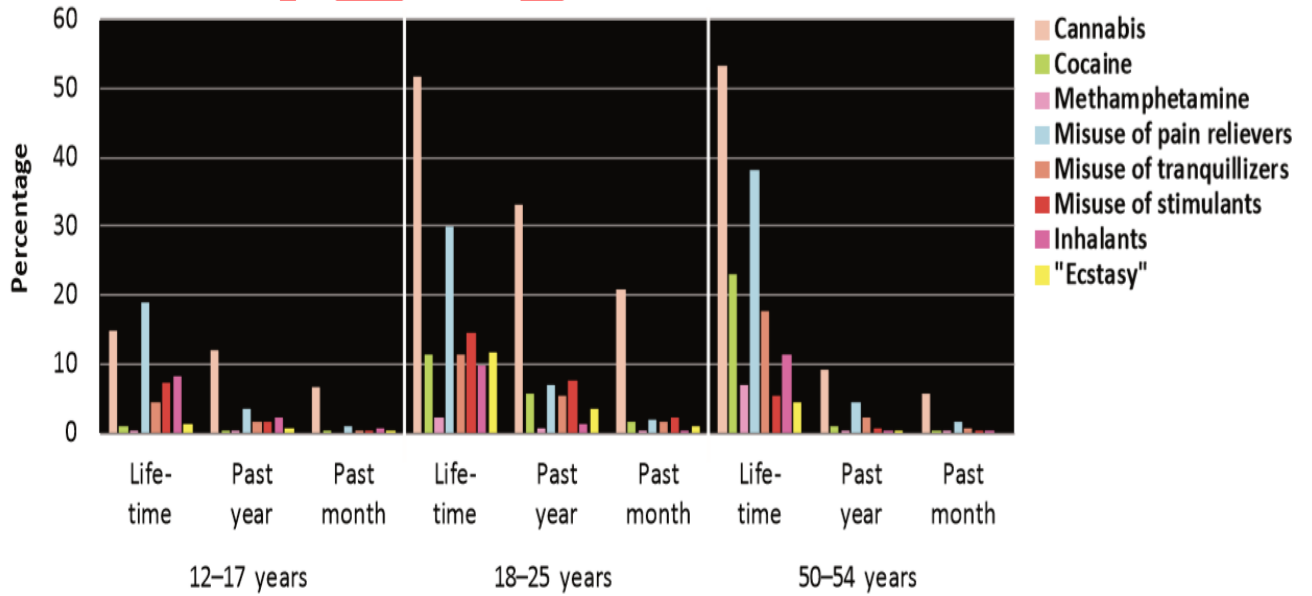
Şekil 1.28 Bolivya’da uyuşturucu kullanım prevelansı⁴³

Bolivya’da madde kullanımı, tüm yaş grupları arasında en yüksek 18-24 yaş grubu arasındadır. En çok kullanılan uyuşturucu madde ise esrardır. 18-24 yaş arası esrar, kokain, stimulantlar ve inhalanların kullanımı, 36 ve daha yaşlı gruba göre 2 kat ve daha fazladır. 18-24 yaş grubu arasındaki geçen yıl ve geçen ay madde kullanımı, 36-50 yaş grubu arasında daha fazladır. Örneğin, geçen yıl 18-24 yaş grubu arasında esrar kullanımı, 36-50 yaş grubu arasından 6 kat daha fazladır. Buna karşılık, Bolivya Devleti’ndeki en çok kullanılan ikinci madde olan tıbbi amaçlı kullanılmayan ömür boyu ve yaşam boyu kullanımı yaklaşık iki kat daha fazla iken, 12-17 yaş grubu hariç olmak üzere geçen ay trankilizanların kullanım düzeyi diğer yaş grupları ile benzerdir⁴³.



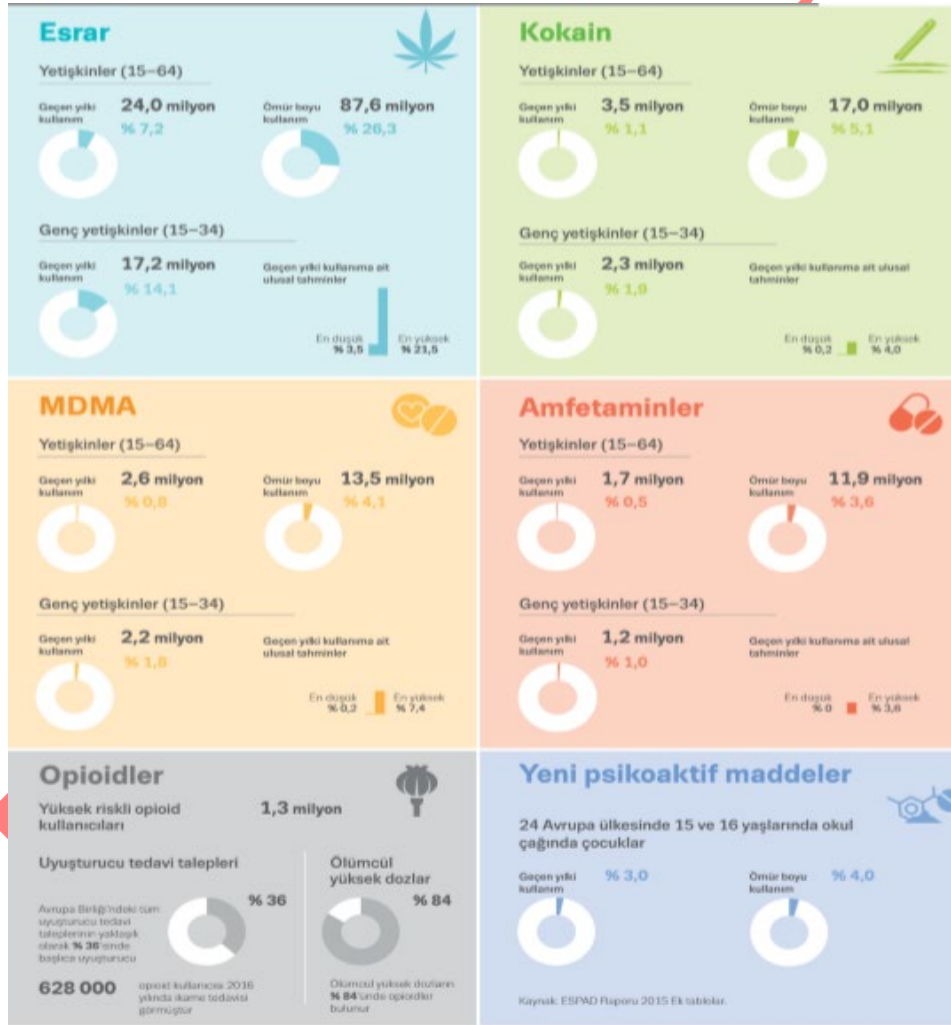
Şekil 1.29 Kenya'da uyuşturucu kullanım prevelansı⁴³

Kenya'da yaşlılar arasında, khat (farklı formlarda miraa ve muguka) ve esrar (bhang ve hashish) kullanımı daha yüksek iken Afrika'da yakın zamanda mevcut olan kokain ve eroin gibi maddelerin kullanımı 18-24 yaş grubu arasında daha sık kullanılmaktadır. 25-35 yaş grubu arasında geçmiş yıl ve en uzun kullanım ömrü khat ve esrardır. Buna karşılık, ömür boyu kokain, eroin ve reçeteli ilaç kullanımı, 18-24 yaşları arasındaki kişilerde 36 yaş ve üzerindekiilere oranla neredeyse üç kat daha yüksektir⁴³.



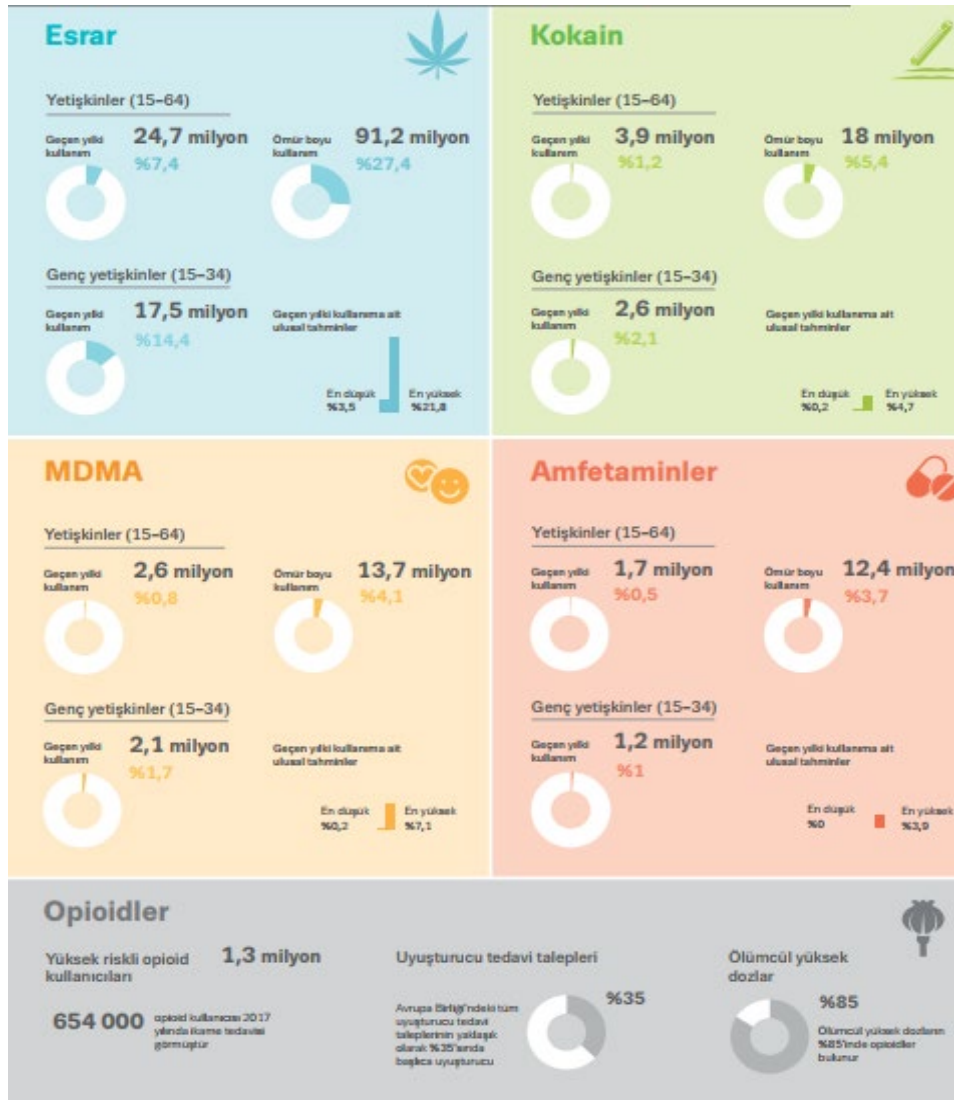
Şekil 1.30 Amerika'da uyuşturucu kullanım prevelansı⁴³

Esrar, opiyat, ağrı kesiciler, trankilizanlar ve inhalanlar gibi maddelerin ömür boyu kullanımı 18-25 ve 50-54 yaş grubu arasında karşılaştırılmıştır. Örneğin, her yaş grubundan insanların yarısından fazlası hayatlarında en az bir kere esrar kullanmıştır. 18-25 yaş grubundaki esrar kullanımı, 50-54 yaş grubuna kıyaslandığında yaklaşık yarısı kadardır. Ekstazi ve tıbbi amaçlı kullanılmayan stimulantların 18-25 yaş grubu arasındaki kullanımı yaşlı gruba göre yaklaşık üç kat daha fazladır. 18-25 yaş grubu arasında çoğu uyuşturucunun geçen ay kullanım yaygınlığı üç kat, stimulantların ise yedi kat daha 50-54 yaş grubuna göre fazladır⁴³.



Şekil 1.31 Avrupa Birliği'nde Uyuşturucu Kullanımına Dair Tahminler,2018

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/8585/20181816_TDAT18001TRN_PDF.pdf, Erişim Tarihi: 13.05.2019



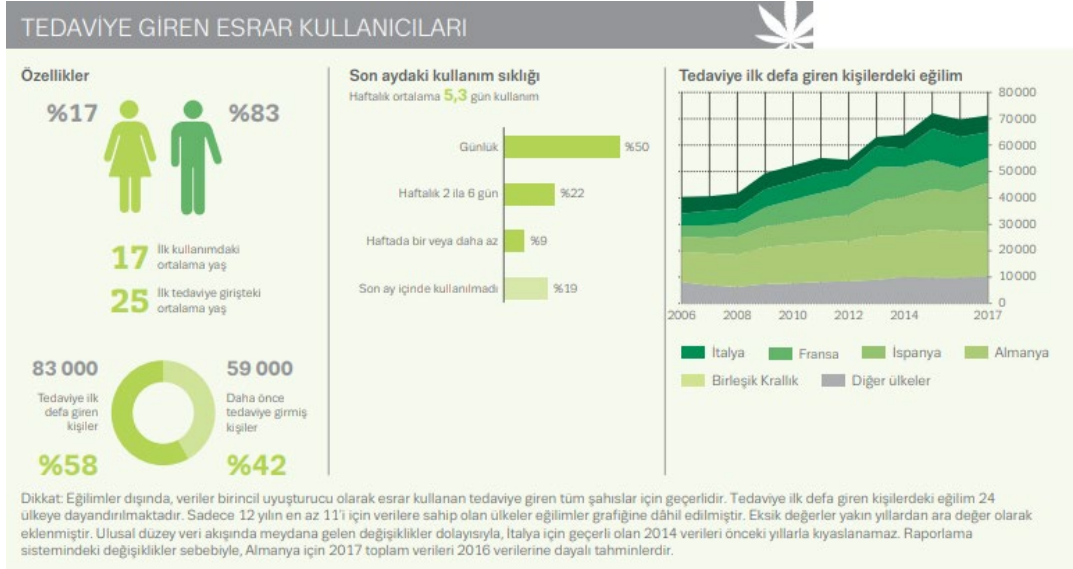
Şekil 1.32 Avrupa Birliği'nde Uyuşturucu Kullanımına Dair Tahminler,2019

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ENN_PDF.pdf, Erişim Tarihi: 24.06.2019

2019 Avrupa Uyuşturucu raporuna göre; esrar, 24,7 milyon yetişkin (15-64 yaş), 17,5 milyon genç yetişkin (15-34 yaş) tarafından kullanılmıştır. Kokain ise 3,9 milyon yetişkin (15-64 yaş), 2,6 milyon genç yetişkin (15-34 yaş) tarafından kullanılmıştır. 2,6 milyon yetişkin (15-64 yaş), 2,1 milyon genç yetişkin (15-34 yaş) tarafından MDMA kullanılmıştır. Amfetamin ise 1,7 milyon yetişkin (15-64 yaş), 1,2 milyon genç yetişkin (15-34 yaş) tarafından kullanılmıştır.

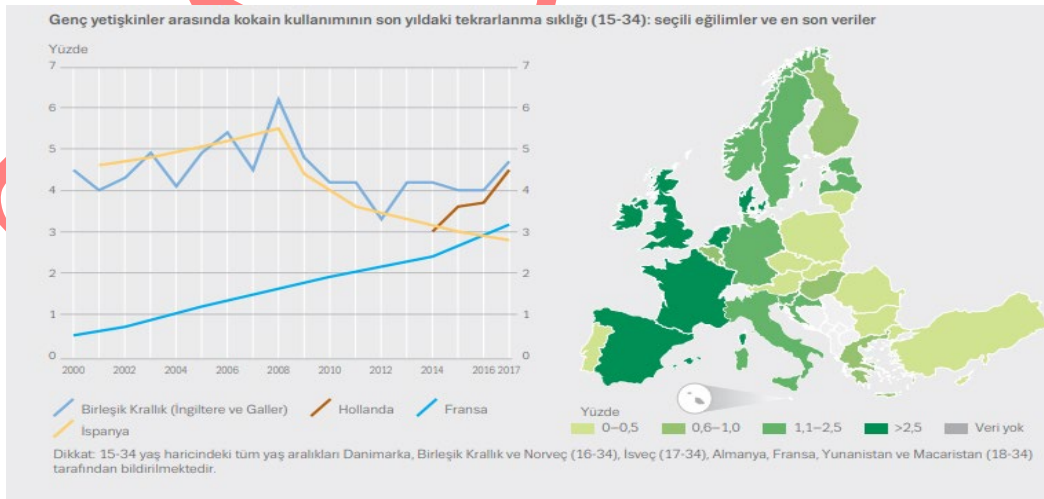
Avrupa Birliği'nde 92 milyonun üzerinde yetişkinin veya 15-64 yaş aralığındaki kişilerin dörtte birinden fazlasının yaşamlarının bir noktasında yasa dışı uyuşturucuları denediği tahmin edilmektedir. Uyuşturucu kullanımı deneyimi kadınlara nazaran (36,3 milyon) erkekler (56,0 milyon) tarafından daha sık raporlanmıştır. En sık denenen uyuşturucu esrardır

(53,5 milyon erkek ve 34,3 milyon kadın), kokain (11,8 milyon erkek ve 5,2 milyon kadın), MDMA (9,0 milyon erkek ve 4,5 milyon kadın) ve amfetaminler (8,0 milyon erkek ve 4,0 milyon kadın) için çok daha düşük yaşam boyu kullanım tahminleri rapor edilmiştir. Esrarın yaşam boyu kullanım seviyeleri ülkeler arasında ciddi değişkenlik göstermektedir. Fransa’da yetişkinler arasında % 41 iken Malta’da % 5’ten az olup değişkenlik göstermektedir⁴¹.



Şekil 1.33 Tedaviye ilk giren esrar kullanıcıları

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001TRN_PDF_1.pdf, Erişim Tarihi: 24.06.2019.



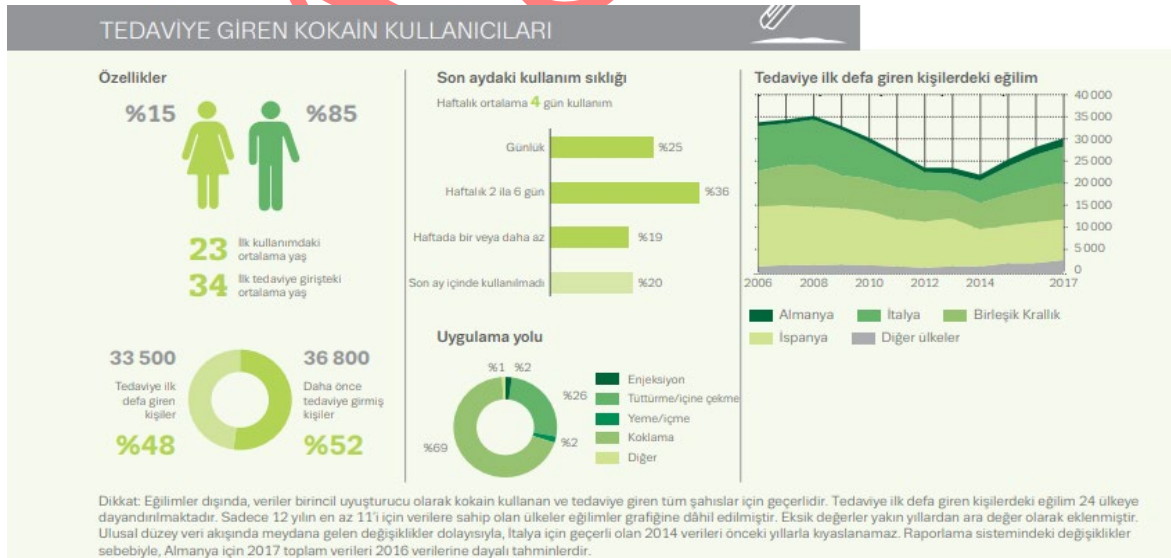
Şekil 1.34 Genç yetişkinler arasında esrar kullanımının son yıldaki tekrarlanma sıklığı⁴⁰

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001TRN_PDF_1.pdf, Erişim Tarihi: 24.06.2019.

Tüm yaş gruplarında, esrar en çok kullanılan yasa dışı uyuşturucudur. Uyuşturucu genellikle sigara gibi içilmekte ve Avrupa’da yaygın olarak tütün ile karıştırılmaktadır. Esrar kullanım modeli nadiren kullanım ile düzenli ve bağımlı kullanım aralığındadır. Avrupa Birliğinde 87,6 milyon yetişkinin (15-64 yaş arası) veya bu yaş grubunun % 26,3’ünün yaşamlarının bir noktasında esrar denediği tahmin edilmektedir. 2017 yılında tahmini olarak bunların 17,2 milyonu olan genç Avrupalı (15-34 yaş arası) veya bu yaş grubunun % 14,1’i esrar kullanmıştır. Bunların 9,8 milyonu 15-24 yaş aralığındadır (bu yaş grubunun % 17,4’ü). Önceki yılda yaygınlık oranları ise 15-34 yaş grubunda Macaristan’da % 3,5 ile Fransa’daki % 21,5 oranları arasında değişmektedir. 2017 yılında esrar kullanan genç insanlar arasında erkeklerin kadınlara oranı ikiye birdir.

Diğer göstergeler ile birlikte ele alındığında, esrar sorunları için tedaviye girenler hakkındaki veriler, Avrupa’da yüksek riskli esrar kullanımının niteliği ve ölçeği hakkında bilgi verebilir. 2016 yılında Avrupa’da 150.000’den fazla kişi esrar kullanımı ile ilgili sorunlar için uyuşturucu tedavisine girmiş; yaklaşık 83.000 kişi de hayatlarında ilk kez tedaviye başlamıştır. Mevcut verilere sahip 25 ülkede, esrar sorunları konusunda ilk defa danışanların toplam sayısı 2006 ve 2016 arasında % 76 artmış olup, ülkelerin büyük çoğunluğu da (18) bu dönemde artış bildirmektedir. Genel nüfus içerisinde esrar kullanımının yaygınlığı, yoğun kullanıcı sayısındaki artışlar, daha yüksek potansiyelli ürünlerin varlığı, riskin algılanmasında meydana gelen değişiklikler, tedavi koşulları ve özellikle cezai adli sistemden gelen tedavi başvurularındaki artışlar gibi çok sayıda faktör bu artışın nedenleri arasındadır. Genel olarak, 2016 yılında ilk kez tedaviye başlayan birincil esrar kullanıcılarının % 50’si son bir ay içerisinde günlük uyuşturucu kullanımı rapor etmişlerdir. Bununla birlikte, günlük kullanıcıların oranı, ülkeler arasında değişkenlik göstermekte olup; Letonya, Macaristan ve Romanya’da % 10 veya daha az, İspanya, Fransa, Hollanda ve Türkiye’de % 60 veya daha fazla oranlardadır.

Kokain, Avrupa’da en yaygın kullanılan yasa dışı uyarıcı uyuşturucudur ve kullanımı Avrupa’nın güneyindeki ve batısındaki ülkelerde daha yaygındır. Düzenli tüketiciler arasında, toz kokaini (kokain hidroklorür) genellikle burundan çeken, sosyal olarak daha entegre kullanıcılar ile kokaini enjekte eden veya bazen opioid kullanımının yanı sıra taş kokain (baz kokain) kullanan marjinal kullanıcılar arasında geniş bir ayrım yapılabilir. Pek çok veri setinde, iki kokain formunu (kokain tozu veya taş) birbirinden ayırmak mümkün değildir ve kokain terimi her iki formu da kapsamaktadır. 17 milyon Avrupalı yetişkinin (15-64 yaş arası) veya bu yaş grubunun % 5,1’inin yaşamlarının bir noktasında kokaini denediği tahmin edilmektedir. Bunlar arasında, uyuşturucuyu geçen yıl kullanan 15-34 yaş aralığında yaklaşık 2,3 milyon genç yetişkin (bu yaş grubunun % 1,9’u) olduğu tahmin edilmektedir. Sadece Danimarka, İrlanda, İspanya, Hollanda ve Birleşik Krallık, genç yetişkinler arasında son yıl kokain kullanımı yaygınlığının % 2,5 veya üzeri olduğunu raporlamıştır. Avrupa çapında, kokain kullanımında önceki yıllarda rapor edilen düşüş son anketlerde gözlenmemiştir. Kokain kullanımıyla ilgili problemler için özel tedaviye girenlerin çoğunluğu birincil toz kokain kullanıcılarıdır. Bu grubun genel olarak istikrarlı yaşam koşullarına, düzenli istihdama sahip oldukları ve sosyal olarak iyi entegre oldukları bildirilmektedir. Daha fazla **marjinal** kullanıcıdan oluşan bir başka grup, birincil olarak taş kokain kullanımı için tedaviye girmektedir (8300 danışan veya 2016 yılında tüm uyuşturucu danışanlarının % 2’si) ve bunların çoğu eroini ikincil uyuşturucu olarak kullanmaktadır. İtalya ve Birleşik Krallık’ta, taş kokain danışanlarının sayısında artışlar bildirilmiştir.

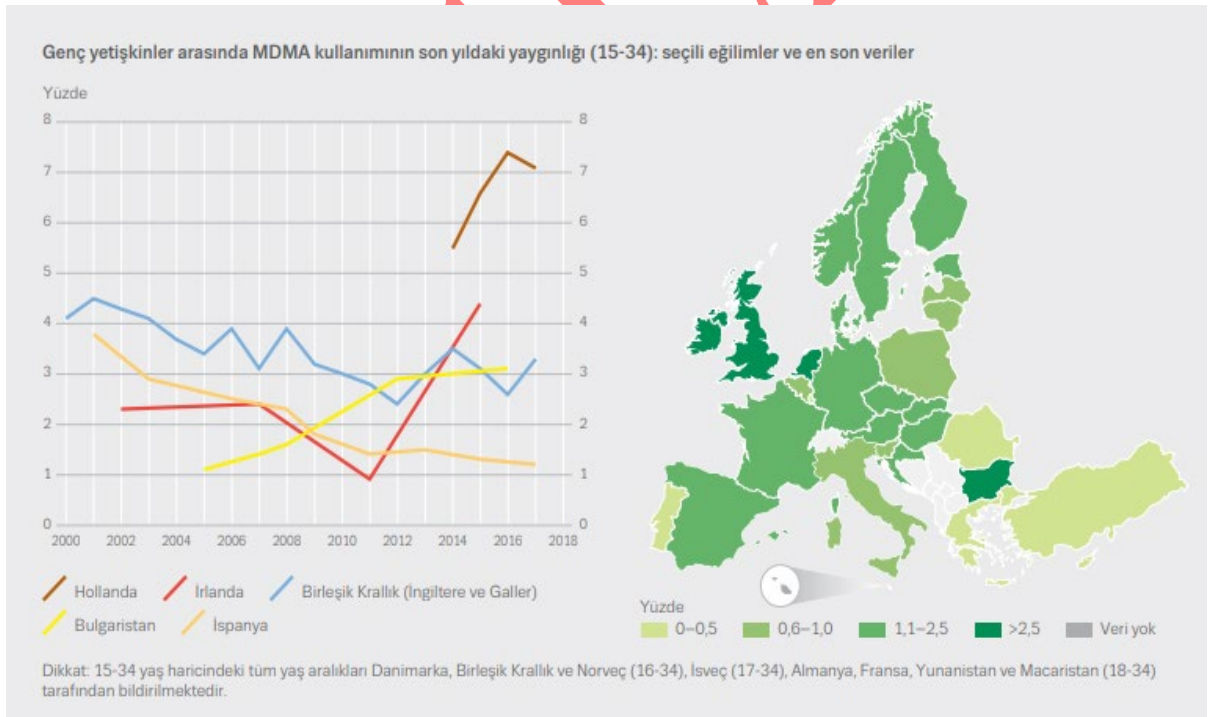


Şekil 1.35 Tedaviye giren kokain kullanıcıları

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001TRN_PDF_1.pdf, Erişim Tarihi: 24.06.2019

2016 yılında Avrupa’da özel uyuşturucu tedavisi gören 53000 danışan, kokaini eroin veya diğer opioidlerle birlikte kullandıklarını bildirmiştir. Bu sayı, hem birincil hem de ikincil uyuşturucu bilgileri mevcut olan tüm tedaviye girenlerin % 15’ini temsil etmektedir.

MDMA (3,4-metilendioksi-metamfetamin) tablet formunda (ekstazi olarak adlandırılan) ve aynı zamanda da kristal ve toz formlarında kullanılmaktadır; tabletler genelde **yutulmaktadır** ancak kristal ve toz oral yoldan alınmakta veya burundan çekilerek de kullanılabilir. 13,5 milyon Avrupalı yetişkinin (15-64 yaş arası) veya bu yaş grubunun % 4,1’inin yaşamlarının bir noktasında MDMA (ekstazi) denediği tahmin edilmektedir. Uyuşturucu kullanımının en yüksek olduğu yaş grubu arasında daha yakın tarihli kullanıma ilişkin rakamlar, 2,2 milyon genç yetişkinin (15-34) MDMA’yı son yıl (bu yaş grubunun % 1,8’i) kullandığını ve ulusal tahminlerin Portekiz ve Romanya’da % 0,2’den Hollanda’da % 7,4’e kadar değiştiğini göstermektedir. MDMA, nadiren özel uyuşturucu tedavisine girme nedeni olarak belirtilmektedir. 2016 yılında Avrupa’da, temel olarak İspanya, Fransa, Birleşik Krallık ve Türkiye’de ilk kez tedaviye başlayanların % 1’inden azında (yaklaşık 1.000 vaka) MDMA rapor edilmiştir.



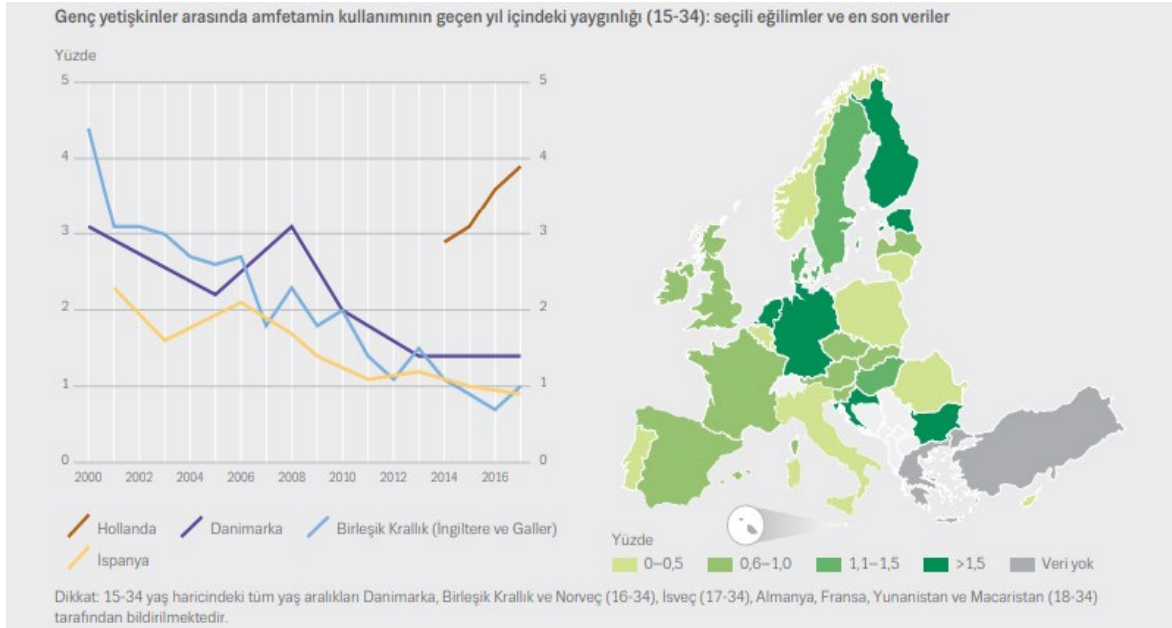
Şekil 1.36 Genç yetişkinler arasında MDMA kullanımının son yıldaki yaygınlığı

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001TRN_PDF_1.pdf, Erişim Tarihi: 24.06.2019

Amfetamin ve metamfetaminin ikisi de Avrupa'da tüketilmektedir, ancak amfetamin çok daha yaygın olarak kullanılmaktadır. Metamfetamin tüketimi tarihsel olarak Çek Cumhuriyeti ve çok yakın geçmişte Slovakya ile sınırlı olsa da, son yıllarda başka ülkelerde de artarak kullanılmaya başlamıştır. 11,9 milyon Avrupalı yetişkinin (15-64 yaş arası) veya bu yaş grubunun % 3,6'sının yaşamlarının bir noktasında amfetaminleri denediği tahmin edilmektedir. Uyuşturucu kullanımının en yüksek olduğu yaş grubu arasında daha yakın tarihli kullanıma yönelik rakamlar, 1,2 milyon (% 1,0) genç yetişkinin (15-34 yaş arası) son yıl amfetamin kullandığını göstermektedir ve en son ulusal yaygınlık tahminleri Portekiz için % 0,1'den az ile Hollanda için % 3,6 arasında değişmektedir. Mevcut veriler 2000'li yıllardan beri, çoğu Avrupa ülkesinde amfetamin kullanımının nispeten stabil olduğunu göstermektedir.

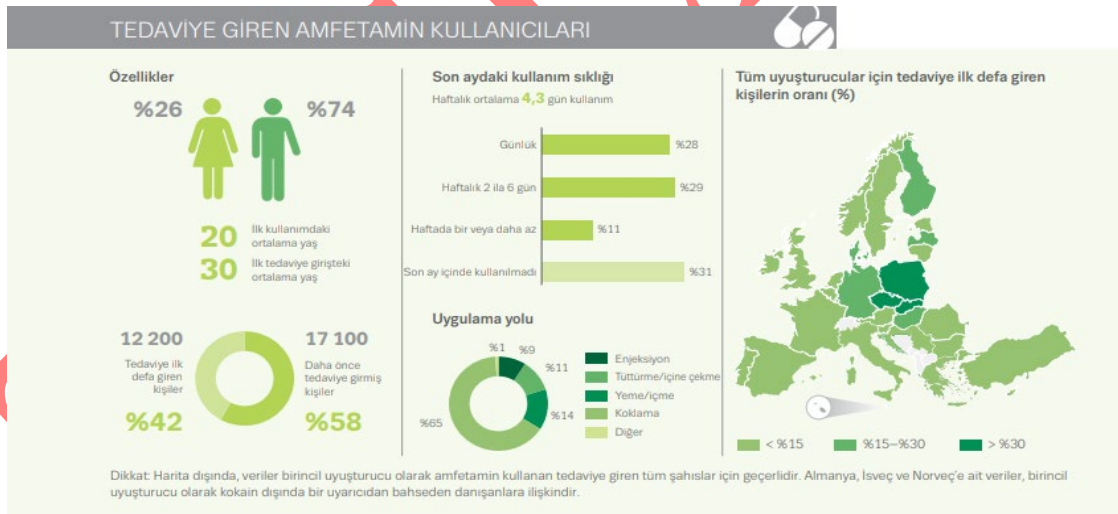
Genel olarak düşük ve tarihsel olarak Çek Cumhuriyeti ve Slovakya'da yoğunlaşmış olan metamfetamin kullanımı artık Kıbrıs'ta, Almanya'nın doğusunda, İspanya'da kuzey Avrupa'da da mevcut görünmektedir⁴¹.

Uzun vadeli, kronik ve enjekte edilen amfetamin kullanımı ile ilgili sorunlar, tarihsel olarak, en çok kuzey Avrupa şehirlerinde görülmektedir. Bunun aksine, metamfetamin problemleri en çok Çek Cumhuriyeti'nde ve Slovakya'da görülmüştür. Amfetaminin yüksek riskli kullanımına dair yakın tarihli tahminler Norveç için % 0,33 veya 11.200 yetişkin tahminlerine (2013) sahipken, Almanya'da ise tahminler 2015'te % 0,19 veya 102.000 kullanıcıdır. Amfetamin kullanıcıları, Letonya tarafından 2016'da raporlanan tahmini 2230 (% 0,18) yüksek riskli uyarıcı kullanıcılarının çoğunluğunu oluşturmaktadır, bu sayı 2010 yılındaki 6540'tan (% 0,46) düşüktür. Yüksek riskli metamfetamin kullanımına ilişkin son tahminler Çek Cumhuriyeti ve Kıbrıs için mevcuttur. 2016 yılında Çek Cumhuriyeti'nde yetişkinler arasında (15-64) yüksek riskli metamfetamin kullanımının % 0,5 civarı olduğu tahmin edilmektedir (34.300 kullanıcı). 2007 yılındaki 20.900 kullanıcıya kıyasla bir artışı göstermektedir, ancak rakamlar son yıllarda göreceli olarak stabil kalmıştır. 2016 yılında Kıbrıs'taki tahmini oran % 0,02'dir.



Şekil 1.37 Genç yetişkinler arasında amfetamin kullanımının son yıldaki yaygınlığı⁴⁰

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001TRN_PDF_1.pdf, Erişim Tarihi: 24.06.2019



Şekil 1.38 Tedaviye giren amfetamin kullanıcıları

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001TRN_PDF_1.pdf, Erişim Tarihi: 24.06.2019

2016 yılında Avrupa'da özel uyuşturucu tedavisine giren yaklaşık 35000 danışan, amfetaminlerin birincil uyuşturucuları olduğunu bildirmiştir, bunların yaklaşık 15000'i ilk kez danışan olmuştur. Birincil amfetamin kullanıcıları yalnızca Almanya, Letonya, Polonya ve Finlandiya'da ilk kez tedaviye girdiği raporlanan kişilerin % 15'ten fazlasını oluşturmaktadır. Tedaviye birincil metamfetamin kullanımını belirtenler, Çek Cumhuriyeti'nde ve

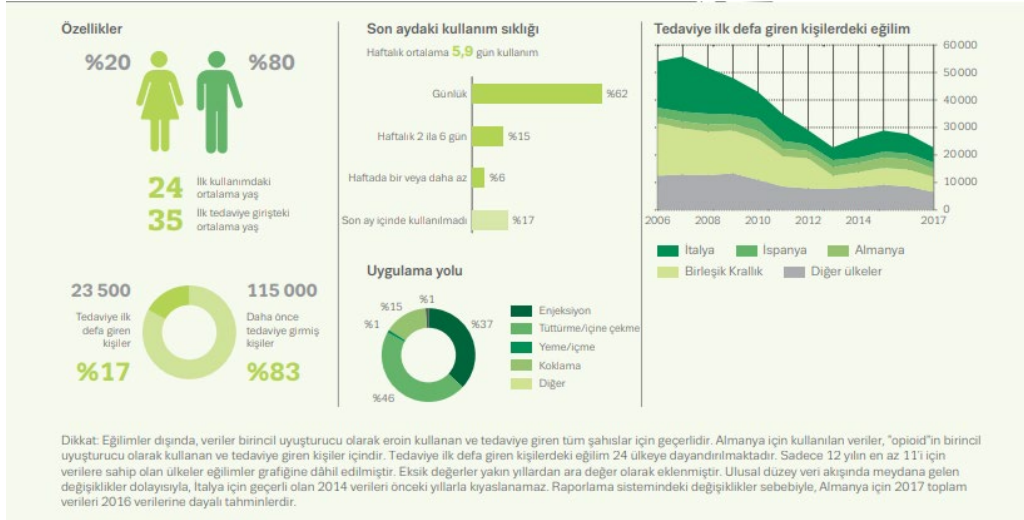
Slovakya’da yoğunlaşmaktadır, bu ülkeler birlikte Avrupa’daki özel tedaviye başvuran 9200 metamfetamin danışanının % 90’ını oluşturmaktadır.

Halüsinojenik, anestezik, dissosiyatif veya yatıştırıcı özelliklere sahip bir dizi başka madde Avrupa’da kullanılmaktadır: LSD (liserjik asit dietilamit), halüsinojenik mantar, ketamin ve GHB (gammahidroksibütirat) bunlar arasındadır.

Ketamin ve GHB’nin (ve ara kimyasalı GBL, gammabütrolakton da dâhil olmak üzere) eğlence amaçlı kullanımı en az yirmi yıldır Avrupa’daki alt uyuşturucu grupları arasında rapor edilmektedir. Mevcut olduğu durumlarda, GHB ve ketaminin yetişkin ve okul çağı popülasyonlarındaki kullanım yaygınlığı ile ilgili ulusal oranlar düşük kalmaktadır. 2016 anketinde Norveç son yıl GHB kullanımı yaygınlığını yetişkinlerde (16-64) % 0,1 olarak raporlamıştır. 2016’te, ketaminin genç yetişkinler (15-34) arasında son yıl kullanım yaygınlığı, Çek Cumhuriyeti ve Romanya’da % 0,1 ve Birleşik Krallık’ta % 0,8 olarak tahmin edilmiştir. Avrupa’da LSD ve halüsinojenik mantarın genel yaygınlık düzeyleri, birkaç yıldır genellikle düşük ve stabildir. Ulusal anketler, genç yetişkinler (15-34) arasında iki madde için de 2016 veya son yıl yaygınlığını % 1’den düşük olarak rapor etmişlerdir. Bunun istisnası, halüsinojenik mantarlar için Hollanda (% 1,9), Finlandiya (% 1,9) ve Çek Cumhuriyeti (% 3,1), LSD için Finlandiya (% 1,3) ve Çek Cumhuriyeti (% 1,4)’dir.

Genel olarak Avrupa’da yeni psikoaktif madde kullanımı ile ilişkili sorunlar nedeniyle şu an tedaviye giren çok az insan vardır ancak bu maddeler bazı ülkeler için önemlidir. En son verilere göre, sentetik kannabinoidlerin kullanımı, Türkiye’deki hastaların % 17’sine ve Macaristan’da % 7’sine yönelik özel ilaç tedavisine girmenin temel nedeni olarak bildirilmiştir; sentetik katinonların birincil kullanımı ile ilgili sorunlar Birleşik Krallık’taki tedaviye girenlerin % 0,3’ü ile belirtilmiştir.

Eroin en yaygın kullanılan yasa dışı opioid olmayı sürdürürken, yasal sentetik opioidlerin (metadon, buprenorfin, fentanil gibi) amaç dışı kullanımının da arttığını göstermektedir. Tedaviye girenler tarafından bildirilen kötü amaçlı kullanılan opioidler metadon, buprenorfin, fentanil, kodein, morfin, tramadol ve oksikodondur. Bazı ülkelerde, eroin dışı opioidler tedaviye girenler arasında en yaygın opioid kullanım biçimini temsil etmektedir.



Şekil 1.39 Tedaviye giren eroin kullanıcıları

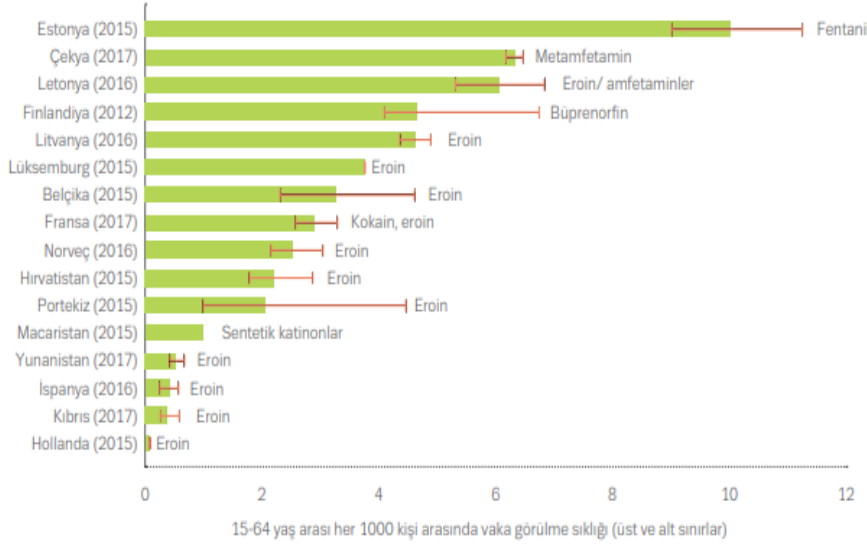
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001TRN_PDF_1.pdf, Erişim Tarihi: 24.06.2019

2016 yılında, 18 Avrupa ülkesi özel hizmetlere giren tüm opioid kullanıcılarının % 10'undan fazlasının öncelikle eroinde başka opioidlere bağlı sorunlar sunduklarını raporlamıştır. Estonya'da, birincil uyuşturucu olarak opioid bildiren tedaviye girenlerin çoğu fentanil kullanırken, Finlandiya'da tedaviye girenlerin çoğu için buprenorfin en sık amaç dışı kullanılan eroin dışı opioiddir. Buprenorfinin amaç dışı kullanımı, Çek Cumhuriyeti'ndeki opioid danışanlarının yaklaşık %30'u ve Danimarka'daki opioid danışanlarının %22'si tarafından metadonun kötüye kullanılması şeklinde bildirilmiştir. Kıbrıs ve Polonya'da, opioid danışanlarının %20 ila %30'u, oksikodon (Kıbrıs) ve haşhaş samanından (Polonya) yapılan "kompot" gibi diğer opioidlerin kullanımıyla ilgili problemler hususunda tedaviye girmişlerdir.

Enjekte edilen uyuşturucu kullanımı en yaygın biçimde opioidler ile ilişkilendirilse de, birkaç ülkede, amfetaminler veya kokain gibi uyarıcıların enjeksiyonu da büyük bir sorundur. 2011 yılından bu yana enjekte edilen uyuşturucu kullanımının yaygınlığı ile ilgili yalnız 16 ülkeye ait tahminler mevcuttur, bunlar 15-64 yaş aralığında 1000 popülasyon başına 1 ila 9 vakadan az olarak görülmektedir. Bu ülkelerin çoğunda, enjekte edilen esas uyuşturucu açıkça tanımlanabilir, ancak bazılarında iki uyuşturucu benzer yüksek kullanım seviyelerine sahiptir. Opioidler, ülkelerin çoğunluğunda (14) enjekte edilen esas uyuşturucu olarak rapor edilmektedir. Bu ülkelerin 13'ü eroini, Finlandiya ise buprenorfini belirtmiştir.

Uyarıcılar, kullanılan maddelerin sentetik katinonlar (Macaristan), kokain (Fransa), amfetamin (Letonya) ve metamfetamin (Çek Cumhuriyeti) içerdiği 4 ülkede ana enjekte edici madde olarak rapor edilmektedir.

Enjekte uyuşturucu kullanımı: geçtiğimiz yıl içinde enjekte uyuşturucuların yaygınlığına dair en güncel tahminler ve enjekte edilen başlıca uyuşturucu

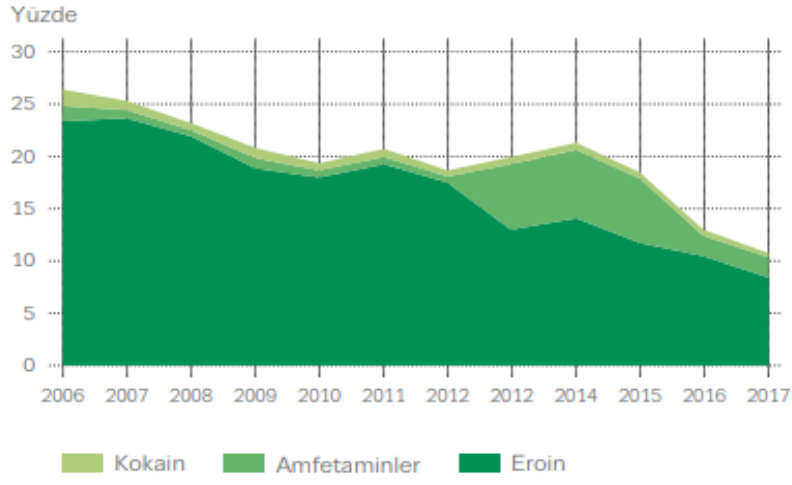


Şekil 1.40 Enjekte edilen uyuşturucu kullanımı

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001TRN_PDF_1.pdf, Erişim Tarihi: 24.06.2019

2016 yılında, birincil uyuşturucuları eroin olup ilk kez uyuşturucu tedavisine giren kullanıcıların % 27'si ana uygulama yolu olarak enjeksiyon yöntemini raporlamıştır, 2006 yılından beri % 43 oranının altına düştüğünü göstermektedir. Bu grupta, ülkeler arası enjeksiyon seviyeleri farklılık göstermektedir, örneğin, İspanya'da % 8 iken, Letonya, Litvanya ve Romanya'da % 90'ın üzerindedir. Enjeksiyon, ilk kez kokain kullanan danışanların % 1'i ve ilk kez birincil amfetamin kullanan danışanların % 47'si tarafından ana uygulama yolu olarak rapor edilmiştir. Bununla birlikte, amfetaminlerin genel tablosu büyük ölçüde Çek Cumhuriyeti'nden etkilenmiş olup, bu da Avrupa'da uyuşturucuyu enjekte eden yeni amfetamin kullanan danışanların % 87'sine tekabül etmektedir. Enjekte edilen üç ana uyuşturucu birlikte ele alındığında, Avrupa'da tedaviye ilk kez girenler arasında, ana uygulama yolu olarak enjeksiyon, 2006 yılında % 28'den 2016 yılında % 17'ye düşmüştür .

Eroin, kokain veya amfetaminleri birincil uyuşturucu olarak kullanan ilk tedavi başlangıcı olanlara enjekte etmek: esas veriliş yolu olarak enjekte etmeyi raporlamak



şekil 1.41 Enjekte edilerek kullanılan maddeler⁴⁰

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001TRN_PDF_1.pdf, Erişim Tarihi: 24.06.2019

1.5 UYUŞTURUCU KULLANIMI İLE İLGİLİ ULUSAL VE KÜRESEL POLİTİKALARDA DEĞİŞİM

2014 yılında özellikle sentetik kannabinoid türevli maddelerden kaynaklı ölümlerin basın ve yayın organlarında sıkça yer alması dolayısıyla, ülkemizde uyuşturucu ile mücadele alanında yürütülen çalışmaların tekrar değerlendirilerek yeni önlemlerin alınması gerekliliği gündeme gelmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda toplumun hem bugününü hem de geleceğini tehdit eden tıbbi, adli, sosyal, hukuki yönleri bulunan bu halk sağlığı sorununa sadece polisiye tedbirlerle çözüm bulunamayacağı, bu sebeple, multidisipliner bir yaklaşımla en üst düzeyde kararlılıkla müdahale edilmesi gerektiğine karar verilmiştir⁴⁴.

2014 yılı Temmuz ayında Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı, Gençlik ve Spor Bakanı, İçişleri Bakanı, Milli Eğitim Bakanı, Sağlık Bakanı ve TBMM Sağlık, Aile, Çalışma ve Sosyal İşler Komisyonu Başkanı bir araya gelerek, uyuşturucu ile mücadele stratejisinde yeni yaklaşımlara ihtiyaç olduğunu tespit etmiş ve acil eylem planı çalışmalarına başlamasına karar vermiştir. 2002-2014 yılları arasında İçişleri Bakanlığı Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığına bağlı Türkiye Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) koordinasyonunda yürütülen uyuşturucuyla mücadele çalışmalarının 2014 yılı itibarıyla Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülmesi kararlaştırılmıştır. Hazırlanan Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı Taslağı, 22 Eylül 2014 tarihli Bakanlar Kurulu Toplantısında arz edilmiş ve hazırlanan taslak eylem planının, toplumun tüm kesimlerinden temsilcilerin katılacağı Uyuşturucuyla Mücadele Şurasında değerlendirildikten sonra hayta geçirilmesine karar verilmiştir. 2014 sonrası ülkemizde kurulan yeni yapı resmi olarak 13 Kasım 2014 sonrası ülkemizde kurulan yeni yapı resmi olarak 13 Kasım 2014 tarihli 29174 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 2014/9 sayılı “Uyuşturucu İle Mücadele” konulu Başbakanlık Genelgesi ile hayata geçirilmiştir.

Genelge kapsamında; Başbakan Yardımcısı Başkanlığında Adalet Bakanı, Aile ve Sosyal Politikalar Bakanı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanı, Gençlik ve Spor Bakanı, Gümrük ve Ticaret Bakanı, İçişleri Bakanı, Milli eğitim Bakanı ile Sağlık Bakanı’nın katılımlarıyla Uyuşturucuyla Mücadele Yüksek Kurulu oluşturulmuştur. Yüksek Kurul Başkanının onayı ile ilgili Bakanlıkların Müsteşar Yardımcıları ile Dış işleri ve Maliye Bakanlığı Müsteşar Yardımcıları, MASAK Başkanı, Diyanet İşleri Başkan Yardımcısı, Basın Yayın ve Enformasyon Genel Müdürü, Kamu Diplomasisi Koordinatörü ve Türkiye Yeşilay Cemiyeti Genel Müdürü’nün katılımıyla Uyuşturucuyla Mücadele Kurulu (UMK), çalışmaların teknik

⁴⁴ ULU, Ö, “Türkiye’de ve Dünya’da Uyuşturucu İle Mücadele”, ss. 180-185, Ankara, 2018.

düzeyde değerlendirildiği ilgili kurum uzmanlarının katılımı ile Uyuşturucu ile Mücadele Teknik Kurulu (UMTK), aynı zamanda çalışmaların il düzeyinde yürütülmesini sağlamak üzere vali/vali yardımcısı başkanlığında İl Uyuşturucuyla Mücadele Koordinasyon Kurulları oluşturulmuştur.

Genelge kapsamında oluşturulan bu kurulların koordinasyon ve sekretarya görevi, merkezde Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna, illerde ise Halk Sağlığı Müdürlüklerine verilmiştir. Genelge kapsamında; 28-29 Kasım 2014 tarihlerinde 1. Uyuşturucu ile Mücadele Şurası yapılmıştır. Şura sonrasında yapılan değerlendirmeler ile 2015 Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı (AEP) ile Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi ve İl Uyuşturucu Koordinasyon Kurulları Çalışma Usul ve Esasları, 09 Mart 2015 tarihinde Yüksek Kurul Başkanının imzasıyla yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.

Uyuşturucu ile mücadele çalışmaları kapsamında, Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda ilgili 8 bakanlığın işbirliğinde, 2015 Uyuşturucu ile Mücadele Acil Eylem Planı'ndan devam edecek faaliyetlere yeni strateji ve faaliyetlerin de eklenmesi ile oluşturulan, Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Eylem Planı (2016-2018) ve Ulusal Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi, UMYK Başkanı tarafından 18 Nisan 2016 tarihinde imzalanmış ve yürürlüğe girmiştir. Eylem Planı ile uyuşturucu ile mücadele çalışmaları kapsamında 2018 yılına kadar tüm kurum ve kuruluşların yürüteceği faaliyetler aşağıda belirtilen 11 ana başlık altında toplanmıştır.

1. Uyuşturucuya Ulaşılabilirliğin Önlenmesi
2. Toplumun Uyuşturucu İle Mücadeleye Katılımı
3. Taleple Mücadelede Tedavi
4. Uyuşturucu ile Mücadelede Sosyal Uyum
5. Uyuşturucu ile Mücadelede İletişim
6. Uyuşturucu ile Mücadele Sürecinin Yürütümü ve Koordinasyonu
7. İzleme ve Değerlendirme
8. Uyuşturucu ile Mücadelenin Finansal Boyutu
9. Uyuşturucu ile Mücadelede Yerel Yönetimler ve STK'lar ile İşbirliği
10. Uyuşturucu ile Mücadelede Danışma Birimleri
11. Uyuşturucu ile Mücadelede Uluslararası Deneyimler ve Başarılı Ülke Modelleri

Bağımlılık ile Mücadele Kurulları

Yakın dönemde ise ilgili kurullardaki yenilenme ihtiyacına binaen 09 Aralık 2017 tarih ve 2017/23 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu oluşturulmuş ve devamında Bağımlılık ile Mücadele Kurullarının Çalışma Usul ve Esasları, 23.12.2017 tarihli ve 71366025-990 sayılı yazı ile yürürlüğe girmiştir. Bu doğrultuda;

1. Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu (BMYK)
2. Bağımlılıkla Mücadele Kurulu (BMK)
3. Bağımlılıkla Mücadele Teknik Çalışma Grupları
4. Bağımlılıkla Mücadele İl Koordinasyon Kurulları

oluşturulmuştur.

Halihazırda yürürlükte olan belgelerin yürürlük sürelerinin dolmak üzere olması dolayısıyla 2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Strateji Belgesi ve Eylem Planı hazırlık süreci başlatılmış ve Sağlık Bakanlığı Koordinesinde tamamlanmıştır.

İçişleri Bakanlığı Uyuşturucu ile Mücadele Koordinasyon Kurulu

İçişleri Bakanlığı bünyesindeki uyuşturucu ile mücadele alanında çalışan kurumların koordinasyonunu sağlamak amacı ile 30.11.2016 tarih ve 3947 sayılı İçişleri Bakanı Onayı ile Kaçakçılık İstihbarat Harekat ve Bilgi Toplama Dairesi Başkanlığı (KİHBİ) bünyesinde, İçişleri Bakanlığı Uyuşturucu ile Mücadele Koordinasyon kurulu oluşturulmuştur. Her üç ayda bir toplanan kurulun amacı: “Uyuşturucu ile mücadele konusunda kurumlar arası koordinasyonu sağlamak, kurumlarca alınması gereken önlem veya yapılması gereken işlem olup olmadığını tespit etmek ve gereğini zamanında yerine getirmektir. Kurul İçişleri Bakanlığı Müsteşarı Başkanlığında; Arz ile mücadele birimlerinden; Emniyet Genel Müdürlüğü, Jandarma Genel Komutanlığı, Sahil Güvenlik Komutanlığı ve Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü ile Mahalli İdareler Genel Müdürlüğü, İller İdaresi Genel müdürlüğü, Dernekler Dairesi Başkanlığı toplanmaktadır. Kurula ulusal düzeyde uyuşturucu ile mücadelenin sekreteryasından sorumlu Sağlık Bakanlığı (Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü ile kurulda görüşülen gündem başlıklarına göre zaman zaman farklı bakanlık temsilcileri de katılım sağlamaktadır.

1981’de tanımlanan ilk AIDS vakasının ardından 20 yıla yakın bir süre dünyayı etkisi altına alan HIV epidemisi, HIV/AIDS açısından risk grubunu oluşturan madde bağımlılığı konusunda uluslararası politikaların gerekliliğini gündeme getirmiştir. HIV/AIDS prevalansındaki şiddetli artış üzerine 2001 yılında Birleşmiş Milletler’in HIV/AIDS Komitesi’nin yayınladığı resmi bildiri, bağımlılıkla ilgili zarar azaltma konusundaki ilk uluslararası rapordur. Bunu takiben 2004 yılında Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Suç Ofisi (UNODC), Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Birleşmiş Milletler AIDS örgütü (UNAIDS), opiyat bağımlılığında metadon ve buprenorfin uygulamalarına dair bir bildiri yayınlamıştır. 2003 yılında Avrupa Birliği Başkanlar Konseyi madde bağımlılığının sağlıkla ilgili zararlarını önleme ve azaltma konusunda bir öneride bulunmuş, tüm üye ülkelerin Zarar Azaltma konusunda politika ve uygulamaları yürürlüğe koyması planlanmıştır. 2007’de Avrupa Topluluğu Komisyonu, bağımlılıkta zarar azaltmayı bir halk sağlığı hedefi olarak belirlemiştir ve Avrupa Birliği Bağımlılık strateji Belgesi’nde belirtilen doğrultuda (EU Drugs Strategy), tüm üye ülkeler özellikle aşırı doza bağlı ölümleri ve bulaşıcı hastalıkları azaltma konusunda ulusal düzenlemelere başlamışlardır²³.

Uyuşturucu kullanımı ile ilgili her ülkenin kendine özgü uyuşturucu madde politikaları bulunmaktadır. Uyuşturucu madde kullanımının tamamen yasak olduğu ülkeler olmasının yanında sadece belirli maddelerin yasak olduğu ülkeler bulunmaktadır⁴⁵.

Madde kullanımında yasal düzenlemeler kabaca üç düzeyde olabilir: Depenalizasyon, dekriminalizasyon, legalizasyon. Bu terimler sıklıkla arzın nasıl kontrol edileceğine ve madde kullanımının nasıl kısıtlanacağına ilişkin tartışmalarda kullanılan kavramlar olmakla birlikte, üzerlerinde evrensel bir fikir birliği yoktur²³.

1-Depenalizasyon: Kanunen suç olarak tanımlanmış ve cezaya tabi bir davranışın, suç vasfının devam etmesi ancak cezanın uygulanmadığı durumdur. Bir bakıma “cezasızlaştırma” olarak düşünülebilir. Bu uygulamada örneğin suça ilişkin dava kapatılabilir veya askıya alınabilir ya da kamu yararına kovuşturmayla gerek görülmediğine karar verilebilir.

2-Dekriminalizasyon: Bu terim genellikle bir suçun statüsü, bir ülkenin yasal çerçevesi dahilinde değiştiğinde ya da yeniden sınıflandırıldığında kullanılır. Bu anlamda söz konusu davranış halen yasaktır ve suç teşkil etmektedir ancak faili suçlu olarak adledilmez. Örneğin, madde kullanımının trafikteki park cezaları gibi cezalandırılmaya başlaması bir türlü dekriminalizasyondur. Hem “depenalizasyon” hem de “dekriminalizasyon” kavramları ceza

⁴⁵ <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/politikalar.pdf>

sistemi içindeki değişikliklere atıfta bulunur ve genellikle bir ülkenin hukuk sisteminin madde kullanımıyla ilgili suçlara tepkisini değiştirmek için olası seçenekleri tanımlamak için kullanılır.

3-Legalizasyon: Yasallaştırma anlamında kullanılır. Ancak bir maddenin kullanımının yasal olması durumunda da bir takım düzenlemeler söz konusudur. Ülkemizde ve dünyanın pek çok yerinde alkol ve tütün yasa dışı değil yasal maddelerdir ancak kullanım konusunda yaş, sınır, arz konusunda da ruhsatlandırma şeklinde yasal düzenlemeler mevcuttur. Madde arzı konusunda kısıtlamanın olmadığı bir durum tamamen serbest piyasa anlamına gelmektedir ki kahve yani kafein bu türden bir maddedir.

Legalizasyondaki en temel değişiklik, yasaklı davranıştan izin verilen davranışa geçişteki çizginin aşılmasıdır, depenalizasyon ve dekriminilazyonda ise davranış halen kanunen yasaktır. Ülkelerin yasal değişikliklerle zarar azaltma uygulamalarını anlamak için Portekiz ve Hollanda örnekleri yararlı olabilir.

Zarar Azaltma Stratejisinde Basamaklar

Tarihsel olarak bakıldığında zarar azaltma politikalarının gelişmesinde en önemli etken HIV/AIDS bulaşıcı açısından enjeksiyon yapan madde kullanıcılarının rolüdür. Zarar Azaltmayı öncelik olarak belirleyen ülkelerde madde kullanımının azaltmayı hedefleyen ülkelerin politikalarının çıktılarına bakıldığında, birbirine az çok paralel biçimde hedefler açısından şu hiyerarşi ortaya çıkmaktadır:

1. Enjeksiyonda paylaşılan araçların azaltılması
2. Enjeksiyonların azaltılması
3. Sokakta satılan yasa dışı maddelerin azaltılması
4. Yasal olan reçeteli maddelerin kullanımının azaltılması
5. Tüm maddelerden arınma

Zarar Azaltma Uygulamaları

-İğne/Şırınga Dağıtım Programları

Bu uygulamanın amacı madde kullanımını sürdüren damar yoluyla madde kullanan kullanıcıların bulaşıcı hastalıklara yakalanmalarını ve başka kimselere bulaştırmalarını önlemektedir. HIV/AIDS epidemisinin ortaya çıkışıyla birlikte 1980'li yılların başından beri pek çok ülkede uygulanmaya başlanmıştır. Bir diğer hedef de kullanıcılar ile temas sağlanmaktadır.

İğne/şırınga programları, daha çok kullanıcıların yoğun yaşadığı merkezlerde kurulan birimlerde yürütülür. Kullanılmış şırıngalarının teslim eden kullanıcıya steril şırıngalar verilmektedir. Bu merkezlerde sosyal çalışmacılar, eğitim almış eski kullanıcılar, kullanıcıya steril şırıngalar vermektedir. Bu merkezlerde sosyal çalışmacılar, eğitim almış eski kullanıcılar, kullanıcıya danışmanlık verebilecek sağlık personeli görev alır. Bazı ülkelerde polis bu programda iğne/şırınga dağıtıcısı olarak yer alabilir. Dağıtılan şırıngalar, rezidü enfekte kana elverişli olmadığı için genellikle sabit uçlu yani iğnesi çıkarılamayan şırıngalardır. Merkez yerine otomat ya da dağıtım yapan otobüs de uygulamada kullanılmaktadır. Cezaevi popülasyonu ve seks işçileri özellikle hedeflenen gruplar arasındadır.

-Metadon ve Diğer Opiyat Yerine Koyma Tedavileri

Metadon, dünya çapında halen en yaygın kullanılan ve üzerinde en çok araştırma yapılmış opiyat sürdürüm ilacıdır. Eroin ya da diğer opiyatlara bağımlı olduğu belirlenen kişilerde kullanılır. Bu tedavinin özü, etkisi eroinden daha uzun süren, enjeksiyona gerek duyulmadan, tedavi amacıyla kullanılan bir maddeyi kullanıcının ruhsal, bedensel sağlığını ve sosyal durumunu iyileştirmek amacıyla kullanılmaktadır. Metadon yaklaşık 24-36 saat etkilidir. Buprenorfin ve LAAM aynı amaçla kullanılan diğer sentetik opiyat ilaçlardır. Sürdürüm ya da yerine koyma tedavileri, opiyat bağımlılığında kullanılan diğer tedavilere göre bağımlılığın programda kalma süresi açısından daha başarılıdır. Bu tedavilerin uygulanışı ülkelere göre değişiklik göstermektedir. Reçete yazmak, depo form kullanmak (uzun etkili implant ya da enjeksiyon), doğrudan gözetim altında dağıtmak biçiminde uygulanabilir. Doğrudan gözetimli tedavide kayıtlı kullanıcılar düzenli olarak metadon merkezine gelir, otomattan barkod okutarak ilacını alır ya da metadon dağıtımı yapan otobüslerden temin eder.

-Eroin Reçetelenmesi

Eroinin farmasötik formu diamorfinin reçete edilerek uygulanması bazı ülkelerde kullanılan bir yöntemdir. Bu yöntemde eroin asiste tedavi de denmektedir.

Bu da bir yerine koyma yöntemidir ve şu durumlarda uygulanır:

-Metadonun etkili olmadığı olgular

-Metadon ve diğer yerine koyma tedavilerine isteksiz/uyumsuz olgular

-Yasa dışı madde satıcıları ile temasın kesilmesinin amaçlandığı, eroin kullanımını azaltmakta olan olgular

-Yasa dışı madde satıcıları ile temasın kesilmesinin amaçlandığı, eroin kullanımını azaltmakta olan olgular

-Aile ve iş gibi sosyal işlevselliğin düzeltilmesinin ilk öncelikli olduğu olgular

Bu yöntemin bilinen örnekleri İsviçre, Hollanda ve Birleşik Krallık uygulamalarıdır. Yaygın bir uygulama biçimi değildir ve uygulanacak kişilerin özel şartlara uyması beklenir. Hollanda'da kullanıcı haftanın yedi günü ve günde üç kez kliniğe giderek uygular, günlük ortalama doz 550 mg'dır. Enjeksiyon odalarında sağlık personeli gözetiminde uygulanır. İsviçre'de ortalama günlük doz 500 mg, Birleşik Krallık'ta 200 mg'dır. Enjeksiyon dışında inhalasyon şeklinde de uygulanabilmektedir. Metadon sürdürüm tedavisine göre daha pahalı bir yöntemdir.

-Bilgilendirme, Eğitim, İletişim ve Sokak Çalışmaları

Güvenli kullanım eğitimleri, madde kullanıcılarında tıbbi risk ve zararların azaltılması için verilen eğitimlerdir. Şırınga-iğne dezenfeksiyonu (çamaşır suyuyla yıkama), güvenli enjeksiyon yolları, metabolik risklere karşı öneriler bu kapsamdadır.

Sosyal çalışmacılar tarafından riskli gruplara eğitici materyal dağıtılabilir, güvenli kullanım kitleri (vitamin takviyesi ve bilgi notu) sunulabilmektedir.

-Güvenli Enjeksiyon Alanları, Toleranslı Bölgeler

Kullanıcılara temiz enjeksiyon gereçlerinin sunulduğu oda ya da kabinlerdir. Hedef, kişinin madde kullanımının hijyeninin sağlanmasıdır. Ancak kullanıcıyla temas kurmak, tıbbi yardım ve önerilerde bulunmak için elverişli bir ortam da yaratılmıştır. Toleranslı alanlar, kullanıcıların madde kullanımına tolerans gösterilen park gibi bazı açık alanları kapsar. Amacı, sokaklardaki kötü görüntüyü ortadan kaldırmak, kullanmayan kişileri korumaktır. Ancak hijyenik koşulların olmaması nedeniyle kullanıcılar açısından faydası şüphelidir.

-Tablet Testi ve Uyarı Sistemi

Maddelerin saflığını, zararlı katkı maddelerini, ilave edilen diğer psikoaktif maddeleri tespit ederek kullanıcıyı bilgilendirme uygulamasıdır. Ecstasy kullanıcılarında skopolamin zehirlenmesi, eroin kullanıcılarında MPTP (nörotoksin) zehirlenmesine bağlı parkinsonizm gibi olguların ortaya çıkması üzerine tablet testi uygulaması doğmuştur.

Tablet testi halen Avusturya, Hollanda, Belçika, Almanya, İspanya, Fransa ve İsviçre gibi Avrupa ülkelerinde ekstazinin yaygın kullanıldığı kulüp ve festivallerde uygulanmaktadır.

Kullanacağı maddeyi analiz ettirmek isteyen kişiler bu hizmetten yararlanmaktadır. Zarar azaltma konusundaki etkinliğiyle ilgili veriler kısıtlıdır.

-Nalokson Dağıtımı

Nalokson, opiyat aşırı dozunda hayat kurtaran opiyat antagonisti bir ilaçtır. Son yıllarda Amerika Birleşik Devletleri ve pek çok Avrupa ülkesinde opiyat kullanıcılarıyla teması olabilecek kişilere tek kullanımlık enjeksiyona hazır Nalokson şırıngaları dağıtılmaktadır. Bağımlı yakınlarına ve polislere nalokson dağıtımı yapan programlar vardır. Nalokson uygulaması yan etkisi açısından güvenli, uygulaması kolay bir prosedürdür.

Hollanda Modeli

1960'ların ortasından 1970'lerin sonlarına doğru Hollanda toplumunda yasa dışı madde kullanımı, daha önce hiç olmadığı kadar yaygınlaşmış ve ciddi bir toplumsal mesele haline gelmiştir. Orta sınıftan gençler ve öğrenciler arasında başta esrar olmak üzere amfetamin ve LSD kullanımı hızla yaygınlaşmaktaydı. Bunun üzerine 1968 yılında madde kullanımının farmakolojik, psikolojik ve sosyal yönlerine dair ayrıntılı bir inceleme başlatan Sağlık Bakanlığı 1972'de çarpıcı sonuçları olan bir rapor yayınlamıştır. Bağımlılıkla ilgili bir politika geliştirmeye temel olan bu raporda risk kriterleri tanımlanmıştır. Bulgular tüm yasa dışı maddeler ya da tüm kullanım biçimleri aynı derecede tehlikeli olmadığı yönündeydi. Bağımlılıkla mücadele politikası ve hukuki çerçevesi geliştirilirken maddelerin risklerine göre derecelendirilmesi öneriliyordu; nitekim bir yandan Hollanda'nın Amsterdam ve Rotterdam gibi kentsel yerleşimlerinde eroin kullanımı ve eroinle ilişkili suçlar hızla artmaya başlamıştı. 1976'da yasa dışı maddeleri hafif (soft drugs) ve sert (hard drugs) olarak ayıran bir kanun yayınlandı (Opium Act). Bu ayrımın amacı yasa dışı madde pazarlarını ve müşterilerini birbirinden ayırmak, dolayısıyla esrar kullanıcılarının sert maddelerle yani eroin, kokain ve amfetaminle temas ihtimalini azaltmaktır. Bu politika ile madde kullanımının yol açabileceği tüm riskleri mümkün olduğunca hızlı bir şekilde azaltmak amaçlanmaktaydı. Azaltılması hedeflenen riskler ve zararlar, kullanılan maddenin zararlı psikotrop etkilerinden daha çok kullanıcının profili, kullanım nedenleri ve kullanılan sosyal çevreyle ilgili risklerdi. Yasadaki hafif ve sert maddeler ayrımına paralel olarak hükümet de mücadeleye eroin sorunundan başlamıştır. 1980'de Batı Avrupa'yı kuşatan ikinci eroin salgınıyla birlikte bağımlılığı önleme ve tedavi etmenin yeterli olmayacağı, kullanımı kesmek istemeyen bağımlılar için farklı strateji ve hizmetlere ihtiyaç duyulduğu ortaya çıkmaktaydı. Kullanıcı dostu (user-friendly) servislerin açılmasıyla bağımlıları yargılamayan, güven veren, maddeyi hemen bırakmaya zorlamayan ancak talep olduğunda tedaviye yönlendiren profesyonel anlayışla normal

şartlarda resmi sistemin dışında kalacak çok sayıda eroin bağımlısıyla temas kurulmuş olması hedeflenmişti. Buradaki temel müdahale sosyal entegrasyondur. Yaklaşık 40 yıllık bu politikanın sonucunda Hollanda'da:

- Madde bağımlılarının sosyal ve sağlık hizmet kurumlarıyla ilişkileri yüksek düzeydedir (%80 civarı)
- Madde kullanıcılarında suç işleme oranı düşüktür.
- Madde kullanıcılarının yaş ortalaması yükselmiştir.
- Bağımlılık tedavisine başvuran kişilerin sayısı artmıştır.
- Kullanıcılarda HIV/AIDS yaygınlığı açısından Hollanda, Avrupa'da son sıradadır.

Portekiz Deneyimi

Avrupa'nın güneybatı sınırında bulunan Portekiz, uyuşturucu madde trafiğinde önemli bir konuma sahiptir. Brezilya ve Meksika kaynaklı kokain, İspanya kaynaklı eroin, Fas kaynaklı esrar için bir geçiş noktası gibidir. Tüm madde türleri için Portekiz'de ele geçirilen maddenin % 77'sinin ülke dışı pazara yönelik olduğu tahmin edilmektedir. En önemli iki problem ise kokain ve esrardır. Öyle ki tüm Avrupa'da kullanılan kokainin üçte birinin Portekiz kaynaklı olduğu görülmektedir. Her ne kadar tarih içinde Portekiz'de madde kullanımı çok yüksek seyretmese de 1980'lerin son ve 1990'lar boyunca damar içi eroin kullanımı Portekiz'de yaygınlaşmıştır. Buna paralel toplumda HIV, AIDS, tüberküloz, Hepatit C ile Hepatit B yaygınlık oranları yükselmiştir. 1999'da Portekiz, uyuşturucu madde kullanıcılarında, HIV prevalansında, Avrupa birincisi haline gelmiştir. Aynı şekilde uyuşturucu maddeye bağlı ölüm oranları da artmaktaydı.

Portekiz hükümeti 1 Ocak 2001 tarihinde ülke genelinde kullanım amaçlı uyuşturucu bulundurma suçuna yönelik bir dekriminalizasyon kararı almış ve 6 ay sonra uygulamaya geçilmiştir. Bunun anlamı madde bulundurmamak suç sayılması ancak karşılığında bir cezai işlem yapılmayacaktır. Madde satıcılığı ise eski suç vasfına ve cezai işleme tabi olarak devam etmiştir. Reform öncesi madde kullanmak ve bulundurmamak 1 yıla kadar hapis ile cezalandırılıyordu, reformla birlikte bulundurma idari ve kamusal bir suç sayılmaya başlandı, yeni vakalar Bağımlılıkta Caydırıcılık Komisyonu (Commission for the Dissuasion of Drug Addiction, CDT) tarafından ele alınmaya başlandı. Bu komisyon avukat, sosyal çalışmacı ve hekimlerden oluşmaktaydı. Polis tarafından yakalanan kullanıcılar bu komisyona sevk ediliyor, komisyon da kullanıcının motivasyonu, sosyal çevresi ve genel durumuna göre kamu

hizmeti, ehliyetini askıya alma, bazı mekanlara giriş yasağı gibi kararlar veriyordu. Bu süreç sonunda bağımlı olduğuna karar verilenler tedaviye, bağımlı olmadığı anlaşılanlara psikoeğitim programlarına yönlendiriliyordu. Bu yeni uygulama kokain ve eroin dahil tüm yasa dışı maddeler için geçerli olmaktadır. . Portekiz'deki dekriminalizasyon uygulamasının sonucu şu şekilde özetlenebilir:

- Erişkinler arasında yasa dışı madde kullanımında hafif bir artış
- Ergenler ve problemli madde kullanıcıları arasında madde kullanımında azalma
- Adli yargı sisteminin yükünün hafiflemesi
- Bağımlılık tedavisine katılımda artış
- Eroine bağlı ölüm ve bulaşıcı hastalıklarda azalma
- Resmi makamlarca ele geçirilen yasa dışı madde miktarında artış
- Madde fiyatlarında düşüş

Portekiz'deki reform dekriminalizasyon politikalarının etkinliği konusunda önemli kanıtlar sunmuştur. Ancak dekriminalizasyon her toplumda aynı şekilde uygulanan standart bir uygulama değildir; toplumların kaynak ve ihtiyaçlarına göre farklı modeller uygulanmaktadır.

İsviçre

1980'lerin sonunda damar içi uyuşturucu madde kullanıcılarında hızla artış görülmesi üzerine İsviçre yönetimi düşük eşikli metadon programı ve iğne-şırınga dağıtım programını neredeyse tüm şehirlerde uygulamaya geçirmiştir. Böylelikle HIV bulaşma oranları hızla düşüş göstermiştir. İsviçre'nin uyguladığı politika "4 ayak" olarak tanımlanmaktadır ve bileşenleri şunlardır: Arzın azaltılması, talebin azaltılması, zararın azaltılması ve madde kullanımının önlenmesi. 4 ayak model pek çok ülke tarafından benimsenmiştir.

Vietnam

Vietnam damar içi madde kullanıcılarındaki yüksek HIV oranları nedeniyle 2006 yılında bir kanun yürürlüğe koymuştur. Kondom dağıtımı, steril iğne ve şırınga dağıtımı, opiyat sürdürüm tedavisi gibi uygulamalar bu politikanın temel araçlarıdır. OST ve iğne-şırınga dağıtım programları son yıllarda daha da yaygınlaşmıştır. Özellikle Çin sınırına yakın bölgelerdeki zarar azaltma uygulamalarıyla HIV oranlarında ciddi düşüş sağlanmıştır.

İran

2005 yılında İran’da uygulanmaya başlayan yasal değişiklikle adli birimler metadon programı ve/veya iğne-şırınga dağıtım programından yararlanan kullanıcılara cezai işlem kaldırmıştır. Opiyat bağımlıları için cezaevlerinde metadon programları uygulanmaktadır. 2004-2014 arasında cezaevlerinde metadon programına alınan kullanıcı sayısı 100’den 41000’e yükselirken, HIV oranları üç kat azalmıştır. İran makamlarının bildirimlerine göre metadon programları, HIV kontrolünün yanı sıra, şiddet ve kendine zarar verme davranışlarında, intihar oranlarında azalma, enjeksiyona bağlı abse ve doku harabiyetinde azalma ve cezaevlerinde madde trafiğinde azalmayı sağlamıştır.

Malezya

2005 yılı öncesinde metadon ve iğne/şırınga değişim programları henüz devreye sokulduğunda Malezya’da HIV bulaşma oranları yüksek oranda seyretmekteydi. Malezya ayrıca madde kullanıcılarına kapalı ortamlarda zorunlu tedavi uygulamaktaydı ve ağır cezalar söz konusuydu. Programların uygulanmaya başlamasından sonra 2010 yılında “bakım ve iyileştirme merkezleri” olarak isimlendirilen, gönüllü tedavi veren merkezlerin hizmete geçmesiyle, damar içi madde kullanımında belirgin bir düşüş ve zorunlu tedavi uygulanmasına göre daha yüksek tedavi başarıları elde edilmiştir. Dünya Bankası’nın analizine göre; Malezya’da 2005-2013 yılları arasında 13 bin HIV vakası önlenmiştir ve 2050’ye kadar 100 bin enfeksiyonun önlenmiş olacağı öngörülmektedir.

Çin

1990’ların sonunda Çin’de opiyat bağımlıları arasında, HIV yaygınlığının çok yüksek seyrettiği saptanmıştır. 2004 yılında sekiz tane olan metadon merkezleri sayısı hızla artarak 700’e çıkarılmış, 2011 yılına gelindiğinde 340 bin kullanıcının bu programdan hizmet aldığı görülmüştür. 2003 yılında pilot uygulama olarak iğne/şırınga dağıtım merkezleri açılmış ve ilerleyen yıllarda sayısı arttırılmıştır. HIV kontrolünün yanı sıra bu uygulamaların işsizlik, suç oranları ve sosyal entegrasyon sorunlarında düzelme sağladığı bildirilmiştir.

Amerika Birleşik Devletleri

Amerika Birleşik Devletleri uyuşturucu madde kullanımının tamamen yasaklandığı ve bu uygulamadan sonradan vazgeçildiği bir örnek olarak anılmaktadır. 1920 ve 1930’larda “sarhoşluk yaratan içki” üretimi, satışı ve taşımacılığı, bu maddelerin ithal ve ihracının yasaklandığı ama bulundurma ve tüketimin yasak olmadığı bir dönem yaşanmıştır. 14 yıllık yasaklama döneminden sonra alkol tüketimi üçte bir ile %50 arasında düşüş göstermiş fakat tamamen durmamıştır. Erkek nüfusta karaciğer sirozu vakalarında da bir düşüş görülmüştür. Diğer taraftan, organize suç, yolsuzluk ve şiddet artış göstermiştir. Evlerde kaçak üretilen içkiler ve endüstriyel alkolün kullanımı nedeniyle hastalık ve ölüm oranları artmıştır. Bu yasaklama döneminden elde edilen olumlu sonuçlar madde kullanımını yasaklama yanlıları tarafından, olumsuz sonuçlar ise madde kullanımını serbest bırakma yanlıları tarafından savlarını desteklemek amacıyla kullanılmaktadır⁴⁵.

Daha önce alkole karşı alınmış tavırla tezat oluşturmakla birlikte, Amerika Birleşik Devletleri’nde 11 eyalette esrar kullanımı cezai suç olmaktan çıkmış, medeni hukukta para cezası ile cezalandırılacak bir kusur olarak kabul edilmiştir. Öte yandan, Alaska’da 12 ile 17 yaş arasındaki kişilerin esrar tüketiminin suç olmaktan çıkmasını takiben ulusal ortalamadan iki kat daha fazla esrar içtiklerinin görülmüştür. Bazı eyaletlerin tüketimi suç olmaktan çıkarmasına rağmen, Amerika Birleşik Devletleri’nin ülke genelinde madde kullanımına karşı katı bir tutum sergilediği ve kanun korumada ve uygulamada uyuşturucuyla mücadelede büyük bir önem atfettiği görülmektedir.

Ülkede etkin kanun koruma ve uygulamadan, önleyici tedbirlere, tedaviye ve eğitime kadar kapsamlı ve uzun süreli bir uyuşturucuyla mücadele stratejisi bulunmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri uyuşturucu trafiği ve madde kullanımıyla mücadele etmek için büyük miktarda harcama yapmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri bağımlılıkla mücadelenin araştırma, tedavi ve eğitimi de içine katan birçok farklı yönüne de, diğer bütün ülkelerden daha çok maddi kaynak ayırmaktadır. Madde bağımlılığı konusu son yirmi otuz yılda toplum, hükümet ve siyasetçiler tarafından ilgi görerek ülkede önem kazanmıştır.

Avustralya

Avustralya’da madde kullanımı kontrolü için oluşturulan yaklaşım çoğu Avrupa ülkesine benzemektedir. Ulusal Uyuşturucu Stratejisi (National Drug Strategy) gereğince madde kullanımının zararlı etkilerini asgari düzeye indirilmesi hedeflenmektedir. Tedavi hizmetleri geniş kapsamlıdır ve zarar azaltma temellidir. Hükümet uyuşturucuya karşı izlediği politikayı düzenli aralıklarla gözden geçirmektedir. Bazı bölgelerde esrar bulundurma ve az miktarlarda kullanımı suç olmaktan çıkarılmıştır.

Pakistan

1990’lı yıllarda talebi azaltmaya yönelik çeşitli etkinlikler daha büyük bir önem kazanmıştır. Eroin enjeksiyonunun büyüyen bir sorun haline gelmesi nedeniyle, ülke çapında tedavi merkezleri kurulmuştur. Diğer Asya ülkelerinde olduğu gibi uyuşturucuya karşı konulmuş kanunlar sıkı sıkıya biçimde uygulanmaktadır. Aynı zamanda, kullanımı önleme, tedavi ve rehabilitasyon etkinliklerine de hız verilmiştir.

Tablo 1. Avrupa’da Zarar Azaltma Uygulamaları⁴⁶

http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction_en, Erişim Tarihi:

25.05.2019

Avrupa’da Zarar Azaltma Uygulamaları					
Ülke	İğne ve şırınga programları	Opiyat ikame terapileri	Uyuşturucu kullanım odaları	Hapishane iğne ve şırınga programları	Hapishane opiyat ikame terapileri
Türkiye	-	-	-	-	-
İzlanda	-	-	-	-	-
Avusturya	√	√	-	-	√
Belçika	√	√	-	-	√
Bulgaristan	√	√	-	-	-
Hırvatistan	√	√	-	-	√
Kıbrıs	√	√	-	-	-
Çek C.	√	√	-	-	√
Danimarka	√	√	-	-	√
Estonya	√	√	-	-	-
Finlandiya	√	√	-	-	√
Fransa	√	√	-	-	√
Almanya	√	√	√	√	√
Yunanistan	√	√	-	-	-
Macaristan	√	√	-	-	-
İrlanda	√	√	-	-	√
İtalya	√	√	-	-	-
Letonya	√	√	-	-	-
Litvanya	√	√	-	-	-
Lüksemburg	√	√	√	√	√
Makedonya	√	√	-	-	√
Malta	√	√	-	-	√
Hollanda	√	√	√	-	√
Norveç	√	√	√	-	√
Polonya	√	√	-	-	√
Portekiz	√	√	-	√	√
Romanya	√	√	-	√	√
Slovakya	√	√	-	-	-
Slovenya	√	√	-	-	√
İspanya	√	√	√	√	√
İsveç	√	√	-	-	√
İsviçre	√	√	√	√	√
UK	√	√	-	-	√

⁴⁶ EMMCDA Monograph 10, Harm Reduction: evidence, impacts and challenges, Erişim Tarihi: 25.05.2019

http://www.emcdda.europa.eu/publications/monographs/harm-reduction_en

1.6 TÜRKİYE’DE UYUŞTURUCU KULLANIMINI ÖNLEME AMAÇLI UYGULANAN BİRİNCİL, İKİNCİL VE ÜÇÜNCÜL KORUMA GİRİŞİMLERİNİN TANIMLANMASI

Önleme çalışmaları bağımlılık öncesi yapılıyorsa birincil önleme, bağımlılığın başlangıç veya erken devresinde ise ikincil önleme, bağımlılığın sabit olduğu evrede ise üçüncül önlemeden bahsedilir. Yine de bu noktada, özellikle ruhsal hastalıklar söz konusu olduğunda birincil, ikincil, üçüncül önleme düzeylerinin ayırt edilebilmesinin zor olduğunu hatırlatmakta fayda bulunmaktadır.

Bağımlılıkta birincil önleme: İstenmeyen davranışın başlangıcından önceki zamanda yapılan çalışmaları içerir. Bunlar doğrudan bireylere, bağımlılık maddesinin kendisine veya toplum şartlarına yönelik olabilir.

Bağımlılıkta ikincil önleme: Tütün, alkol ve madde kullanımının açıkça ilk görüldüğü veya yeni başladığı evrede yapılan çalışmaları içerir. Bağımlılıkların günümüzde erken yaşlarda (10-14 yaş) başladığı bilinmektedir. İkincil önlemede, halen bırakabileceği düşünülen bireylere yönelik müdahale teknikleri ve stratejiler kullanılır. Örneğin, okul sınırları içerisinde tütün, alkol ve madde kullanımı nedeniyle yakalanan öğrencilere yoğun beceri geliştirme oturumları düzenlenebilir. Bu oturumlarda, öğrenciler tütün, alkol ve madde kötüye kullanımının erken bulgu ve belirtilerini öğrenir ve reddetme becerileri ile yardım alabilecekleri kaynaklar hakkında bilgili hale gelirler. Benzer şekilde, okul sınırlarında bu şekilde yakalanan öğrencilere yönelik “sıfır tolerans” programları tasarlanabilir. Öğrenci destek programlarıyla, erken müdahale ve tedavi gerekmeden önce adolesanların tütün, alkol ve madde kullanımına daha fazla kapılmaları engellenir.

Bağımlılıkta üçüncül önleme: Bağımlılık durumunda yapılan çalışmaları içerir. Bu çalışmalar, bağımlılık sonlanmasa bile, olumsuz sonuçlarını azaltmayı amaçlar. Yetişkinlere yönelik yürütülecek programların yanı sıra, çocuk ve gençlerin de hedef alınması önemlidir. Çünkü, erken adolesan dönemde yerleşen tütün, alkol ve madde kullanımı şekilleri ömür boyu devam edebilir. Özellikle, araştırmalar tütün, alkol ve madde bağımlılığının ve hatalı kullanımının, daha erken yaşta başlayan gençlerde daha fazla olduğunu göstermektedir. Üçüncül önleme programına bir örnek, bir eroin bağımlısına, rutin ilaç testlerinin şart olduğu bir tedavi programı ile metadon verilmesi olabilir. Bu program, kişinin yasa dışı madde temin ve tüketimini azaltır; madde bağımlılığını tedavi etmez.

Önlemenin Önemi

Önleme programları büyük önem taşımaktadır. Çünkü bağımlılık, geliştikten sonra tedavisi oldukça güç olan bir hastalıktır. Kişilerin bağımlılıktan kurtulma isteği tedavinin başarısını etkileyen en önemli faktördür. Ancak buna rağmen tam temiz kalmayı başarıma oranı oldukça düşüktür⁴⁷.

Bağımlılığın başlangıcından tedavisine kadar geçen sürede topluma yansıyan olumsuz yanları çok büyüktür. Bağımlılığın getirdiği sosyal ve ekonomik zorluklar sonucu insanlar yasal olmayan eylemler yapabilmekte ve suç işlemektedirler. Kullandığı maddeye para yetiştirebilmek için kimi zaman bağımlı kişiler madde satışına yönelebilmektedir. Kullanıcılar kullanmayan insanlara birer kötü örnek oluşturmakta ve yeni kullanıcıların ortaya çıkışını kolaylaştırabilmektedir.

Uyuşturucu madde kullanımının insan sağlığı üstüne olumsuz etkisi nedeniyle, uyuşturucu madde kullanımı ülkenin sağlık harcamalarını artırmaktadır. Örneğin, sigaraya bağlı akciğer sorunlarının tedavisi, ya da alkole bağlı karaciğer sorunlarının tedavisi hem hasta, hem de toplum için önemli kayıplar oluşturmaktadır. Uygulanan uzun süreli tedavilerin topluma maliyeti çok yüksektir. Altı ay ve daha uzun süren tedavilerin madde bağımlılığında daha etkin olduğu gösterilmiştir. Bu kadar uzun süreli tedaviler için fiziksel mekanlar yaratmak, personel çalıştırmak, rehabilitasyon alanları açmak, iş bulmak oldukça yüklü bir organizasyondur.

İyileştikten sonra bağımlılığın yinleme oranı çok yüksektir. Kişinin tekrar madde kullanmaya başlamasını etkileyen bir faktör vardır. Tüm bu faktörleri minimal düzeye indirmek oldukça ciddi bir uğraş gerektirmektedir. Tüm bunlar yerine getirilse bile beklenmeyen olaylardan dolayı tekrar kullanımın görülmesi seyrek değildir. Öte yandan her türlü önleme programı maliyetinin, tedavi maliyetinden daha düşük olduğu gözlenmiştir. Önlemeye harcanan her bir doların 4-5 kat kazandırdığı gösterilmiştir. Gençliğin madde kullanmamasıyla daha üretken hale gelmesi toplumsal ve ekonomik gelişim de hızlandıracaktır. Bu nedenle önlemeyle hem uyuşturucu madde kullanımının olumsuz sonuçlarından toplum korunacak, hem de madde kullanmamanın olumlu yanlarından yararlanacaktır.

Önleme stratejileri arasında bilgilendirme, eğitim, alternatifler yaratmak, sorunların tanınması ve yönlendirme, toplumsal mücadele ve çevresel yaklaşım yer almaktadır.

⁴⁷ <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/onleme.pdf>

Bilgilendirme: Bu yöntemde amaç, toplumu madde kullanım yaygınlığı ve bireysel, ailevi ve toplumsal sonuçları hakkında bilgilendirmek ve farkındalığını artırmaktır. Sigara, alkol ve diğer maddelerin yarattığı olumsuz sonuçların gösterilmesine caydırma adı verilmektedir. Yasal olmayan madde kullanımı ile cezaevine girmek ve bunun bilinmesi de bir tür caydırma değildir. Caydırma, belirli oranda başarılı olabilir. Tek başına caydırma yeterli bir önleme yöntemi olarak kabul edilemez.

İnsanları bilgilendirerek kullanıp kullanmama konusunda kararı onlara bırakmak gibi tarafsız bir yaklaşımda oldukça etkili bir önleme yöntemidir. Bireyin kendisine kararın verilmesi, başkaları tarafından telkin edilmesinden daha başarılıdır. Madde kullanımı karşıtı bir değerler dizgesi yaratmak yine bilgilendirmenin bir parçası olarak görülebilir. Bu yönteme kısaca bağımlılık yapıcı madde kullanmanın moda olmaktan çıkmasını sağlamak denebilir. Toplumsal duyarlılığın artırılması da bilgilendirmenin bir hedefidir. Böylece toplum madde satışının engellenmesi için insiyatif gösterecektir.

Eğitim: Bu tür eğitimde amaç gence karar verme, reddetme gibi yaşamsal ve sosyal becerilerin kazandırılmasıdır. Becerileri kişisel ve sosyal beceriler olarak ikiye ayırabiliriz. Kişisel beceriler içinde gencin kendine olan güvenini, hayır diyebilme ve sorunlarla başa çıkma yetisini ve kendine güvenini artırmak, stresle başa çıkmayı öğretmek sayılabilir. Sosyal beceriler içerisinde kişilerarası ilişkileri düzenlemek, boş zamanları iyi değerlendirmeyi sağlamak sayılabilir.

Alternatifler yaratmak: Bu yaklaşımda amaç gence sigara, alkol ya da diğer maddeleri kullanmak yerine başka etkinliklere yöneltmek ve bunları kullanma davranışını değiştirmektir. Alternatif programların uygulanması özellikle yüksek riskli gruplarda etkin bulunmuştur. Eğlenme amacıyla madde kullanmaya başlamak sık karşılaşılan bir durumdur. Bu nedenle gençlere farklı eğlenme alanları yaratmak ve boş zamanlarını değerlendirmek etkili bir önleme yöntemi olarak bulunmuştur. Alternatif etkinlikler arasında spor, sanat, müzik, toplumsal etkinlikler sayılabilir. Bu tür etkinliklerin hedef gruba uygun seçilmesi, katılımı başarıyı artırmak için gereklidir. Buna bir örnek olarak gece maçlarının düzenlenmesi sayılabilir. Gencin çevresinde sadece madde kullanan ya da buna eğilimli kişiler varsa, alternatif ortamlarda yeni insanlarla tanışmasını ve yeni arkadaşlıklar kurmasını sağlamak önem taşır.

Sorunların tanınması ve yönlendirme: Bu yöntemde sigara, alkol ve diğer maddeleri kullanan ya da kullanma eğilimi olan gençlerin erken dönemde tanınması, eğitimi ve danışmanlık yapılması hedeflenmektedir. Bu amaçla gençlerin taranması yöntemin temelini oluşturmaktadır.

Toplumsal mücadele: Toplumun önlemeye katılması çok aktif ve etkin önleme yöntemidir. Bu yöntem son yıllarda kullanılmaya başlanmış ve çok başarılı bulunmuştur. Sivil toplum örgütleri bu yöntemde etkin bir role sahiptir. Yöntemin amacı, bireyin dar çevresi içinde önleme etkinlikleri yapmasıdır. Bunlar içinde bilgilendirme ya da duyarlılığı artırmak sayılabilir. Toplumsal mücadelede oluşan çekirdek grubun ilk hedeflerinden birisi kendi bölgesini belirlemek olmalıdır. Bu bir semt olabileceği gibi yaşadıkları il ya da ilçe olabilir. Ancak böyle bir ekibin öncelikle dar bir çevrede çalışmaya başlaması önerilebilir. Oluşan çekirdek ekip bir araştırma ile geliştireceği önleme yöntemini saptayabilir. Bu araştırma sırasında bölgenin ileri gelenleri ya da toplumla sık yüzyüze gelen kişilerle görüşmeler yapılabilir. Buna örnek olarak muhtarlar, okul müdürleri, dernekler sayılabilir. Madde kullanıcılarıyla sık sık karşılaşılan kişilerle de görüşmeler yapılabilir. Buna örnek olarak meyhaneciler, bar sahipleri, polisler ve gazeteciler sayılabilir. Böyle bir araştırmanın bir başka yararı ise oluşan çekirdek ekibin tanınması ve katılımının artmasıdır.

Çevresel yaklaşım: Birey toplumda çevresiyle etkileşim içinde yaşamaktadır. Örneğin, arkadaşları alkol kullanıyor, filmlerde alkol kullanan insanları görüyor, alkol endüstrisinin reklamlarına maruz kalıyor, iş, okul ve aile yaşamında birçok zorlukla karşılaşılıyor. Tüm bunlarla başa çıkmayı öğretmeden ya da uygun koşulları yaratmadan bireyin madde kullanımıyla mücadele etmek yararlı olmayacaktır. Sigara ya da alkol endüstrisi bazı mesajları topluma iletmektedir. Bu mesajlarla her ortamda içmek cesaretlendirilmekte, içmenin potansiyel riskleri küçümsenmekte, içmeden yaşamak konusunda bireyin cesareti kırılmakta ve tüketimi artırmak hedeflenmektedir. Çevresel yaklaşımı içeren önleme çalışmasında reklam yasakları, satışa kontrol, yaş sınırlaması gibi etkinlikler yapılmaktadır.

Önleme çalışmasının başarısını artıran faktörler aşağıda belirtilmiştir:

- Uygulanabilirlik ve kabul edilebilirlik
- Madde kullanım davranışı üzerine etkinlik
- Ölçülebilir hedeflerin konması
- Önlemenin farklı aşamalarına uygun olması

- Önleme programı birden fazla maddeyi hedeflemesi
- Cinsiyete ve kültüre uygun mesajlar geliştirilmesi
- Önleme programının ve yarattığı etkilerin sürekli olması
- Tek başına bilgilendirmeye dayanmaması
- Madde kullanımının yaygın ve normal davranış olmadığına vurgulanması
- Ergenlerin direnç kazanmalarının sağlanması
- Psikososyal yetilerin artırılması
- Gönüllülerin programda yer alması
- İnteraktif eğitim yöntemlerinin kullanılması
- Hedef kitleye stratejilerin seçilmesi
- Farklı uygulayıcılardan yararlanılması
- Araştırmalarla desteklenilmesi
- Süreklilik ve programın uzunluğu
- Destekleyici ve tekrar eden programların oluşturulması
- Hedef kitleye ulaşım için farklı kanallar kullanılması
- Okullara, aileye ve topluma yönelik olması
- Uygulamaya sadık kalınması

2. AMAÇ VE HEDEFLER

Bu çalışmada, uyuşturucu kullanımıyla ilgili veri toplayan ulusal kurumlar ve toplanan ulusal verilerin incelenmesi, Türkiye’deki uyuşturucu politikaları ve mevzuatı, Türkiye’deki uyuşturucu kullanımının; cinsiyet, yaş, coğrafi bölge, zaman ve diğer değişkenlere göre toplumsal dağılımı, Türkiye’deki uyuşturucu kullanımını önleme amaçlı koruma girişimlerinin, uyuşturucu kullanımı ile ilişkili morbidite, mortalite verilerinin incelenmesi ve uyuşturucu kullanımının halk sağlığı açısından durumu incelenmesi hedeflenmektedir. Bununla birlikte yapılan literatür taramasıyla eksik veri türleri belirlenmesi amaçlanmaktadır.

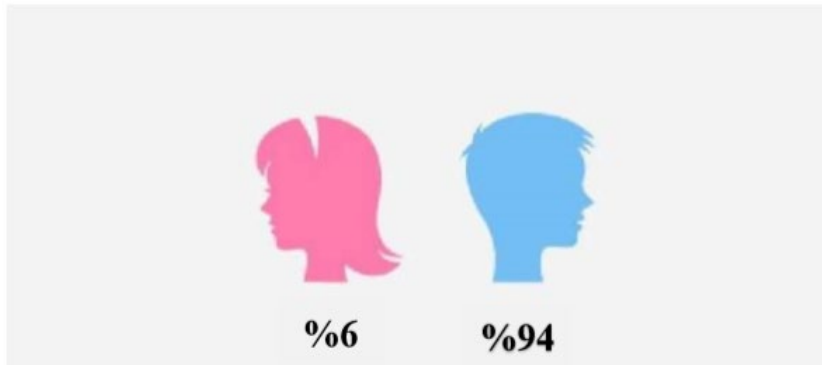
3. YÖNTEM

Bu bölümde, uyuşturucu kullanımıyla ilişkili veri toplayan ulusal kurumlar ve toplanan ulusal veriler incelenecektir.

3.1 Uyuşturucu Kullanımıyla İlişkili Veri toplayan Ulusal Kurumlar ve Toplanan Ulusal Veriler

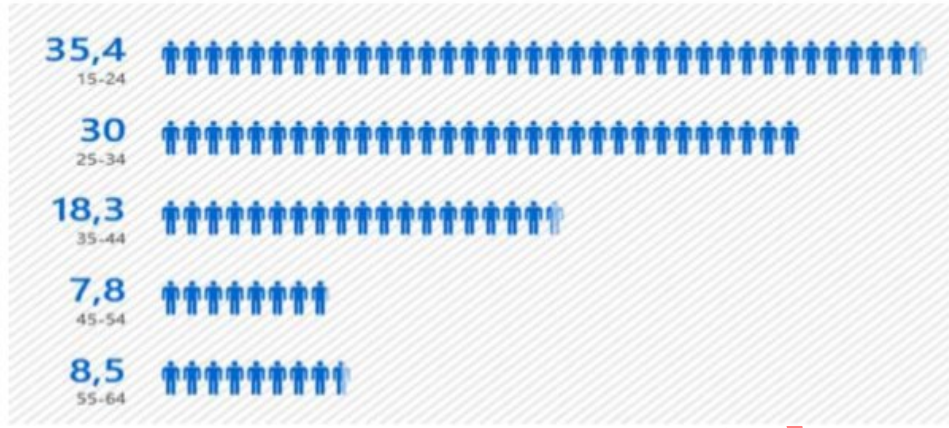
“2018 Türkiye Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması” Raporuna ait bilgiler aşağıda incelenmiştir⁴⁸:

Araştırmada hayatında en az bir kere madde kullananların %94’ü erkek, %6’sı ise kadındır. Kadınlarda hayatında en az bir kere madde kullanım oranı %0,3 iken erkeklerde bu oran %6,1’dir.



Şekil 3.42 Cinsiyetlerine Göre Dağılımı (%) Türkiye, 2018.

⁴⁸ 2018 Türkiye Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması Raporu



Şekil 3.2 Yaş Gruplarına Göre Dağılımı (%) Türkiye, 2018.

Hayatında en az bir kere madde kullananların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde;

- 15-24 yaş grubu %35,4
- 25-34 yaş grubu %30,0
- 35-44 yaş grubu %18,3
- 45-54 yaş grubu %7,8
- 55-64 yaş grubu %8,5

olduğu görülmüştür. En yoğun yaş grubu 15-34 yaş grubudur (%65). Maddeyi ilk kullanım yaş ortalaması 19'dur.

Hayatında en az bir kere madde kullananların %20'si ilkokul mezunu, %18,3'ü ortaokul mezunu, %29,9'u ise lise mezunudur. En yoğun kullanım lise mezunu olan gruptadır. Madde kullanıcılarından halen lise öğrencisi olanların oranı %4,5 iken, halen üniversite öğrencisi olanlar %9,7'dir.

Tablo 3.1 Eğitim Durumlarına Göre Dağılımı, 2018.

	Eğitim Durumu	
	Sayı	Yüzde
Okul bitirmemiş (okur yazar/değil)	45	3,4
Okuma Yazma Biliyor	-	-
İlkokul mezunu (Yeni sistemde 4 / Eski sistemde 5 yıl)	267	20,0
Ortaokul / İlköğretim mezunu (8 yıl)	245	18,3
Ortaöğretim Lise öğrencisi (9.-12. Sınıf)	60	4,5
Normal Lise mezunu	310	23,2
Meslek Lisesi mezunu	90	6,7
Üniversite öğrencisi	130	9,7
Meslek Yüksekokul mezunu (2 yıllık)	43	3,2
Üniversite Açıköğretim mezunu (4 yıllık)	22	1,6
Üniversite mezunu (4yıllık)	119	8,9
Lisansüstü / Doktora	7	,5
Toplam	1.338	100,00

Hayatında en az bir kere madde kullananlar medeni durumlarına göre incelendiğinde %55,2'lik kısmın bekar olduğu görülmektedir.



Şekil 3.3 Medeni Durumlarına Göre Dağılımı (%) Türkiye, 2018.

Hayatında en az bir kere madde kullananlar hane gelirine göre incelendiğinde en yüksek oran 2000-3000 TL (%25,2) arasında olduğu görülmektedir. En yoğun kullanımın hane geliri 1500 ile 4000 TL arasındadır (%61).



Şekil 3.4 Toplam Hane Gelir Durumlarına Göre Dağılımı (%) Türkiye, 2018.

Hayatında en az bir kere madde kullananlar içerisinde esrar en çok kullanılan madde olarak belirlendiğinden ve diğer maddelerin çok düşük sıklıkta kullanıldığı belirlendiğinden esrar kullanımı raporda ayrıca incelenmiştir. Esrarı ilk kez kullanma yaşı ortalaması 19'dur.

Tablo 3.2 İncelenenlerin yaşam boyu, son 12 ay ve son 30 gün esrar kullanma prevalansları, Türkiye, 2018.

	Esrar kullanma prevalansı (%)	Kişi sayısı
Yaşam boyu	2,7	1165
Son 12 ay	1,1	475
Son 30 gün	0,8	323

Genel nüfusun %15,5'i uyuşturucu bağımlısını "daha ziyade suçlu" görürken, %42,7'si "daha ziyade hasta", %6,3'ü "ne suçlu ne hasta", %30,5'i de "hem suçlu hem hasta" olarak görmektedir.

Genel nüfusun “insanlar tıbbi gerekçeler olmaksızın madde kullanabilmeli” sorusuna %78,2’si “kesinlikle katılmıyorum” cevabı verirken, %8,3’ü “büyük ölçüde katılmıyorum”, %2,5’i “ne katılıyorum ne katılmıyorum”, %3,1’i “kesinlikle katılıyorum”, %3,1’i de “büyük ölçüde katılıyorum” cevabını vermiştir.

Tablo 3.3 Genel nüfusun madde kullanma konusundaki suç algısı durumlarının dağılımı,Türkiye, 2018.

Uyuşturucu Madde Bağımlısı Algısı	%	Kişi Sayısı
Daha ziyade suçlu	15,5	6.642
Daha ziyade hasta	42,7	18.272
Ne suçlu ne de hasta	6,3	2.704
Hem suçlu hem hasta	30,5	13.038
Bilmiyorum kararsızım	4,9	2.098
Toplam	100,0	42.754

Tablo 3.4 Genel nüfusun Madde kullanma konusundaki görüşlerinin dağılımı, Türkiye, 2018.

	Kesinlikle katılıyorum	Büyük ölçüde katılıyorum	Ne katılıyorum ne katılmıyorum	Büyük ölçüde katılmıyorum	Kesinlikle katılmıyorum	Bilmiyorum
	%	%	%	%	%	%
İnsanlar yalnızca tıbbi gerekçelerle madde kullanabilmeli	40,1%	21,1%	6,1%	5,1%	22,2%	4,9%
İnsanlar tıbbi gerekçeler olmaksızın madde kullanabilmeli	3,1%	3,1%	2,5%	8,3%	78,2%	4,5%

Tablo 3.5 Genel nüfusun madde kullanma konusundaki hoşgörülerinin dağılımı, Türkiye, 2018.

	Hiç hoş görmüyorum	Kısmen hoş görüyorum	Hoş görüyorum	Bilmiyorum
	%	%	%	%
Sigara Kullanmak	70,0%	19,5%	8,9%	1,5%
Alkol Kullanmak	81,5%	12,5%	4,8%	1,1%
Uyuşturucu Kullanmak	97,0%	1,6%	,6%	,6%
Hekim önerisi dışında sakinleştirici, uyarıcı kullanmak	93,3%	3,5%	1,5%	1,5%

Tablo 3.6 Genel nüfusun tütün, alkol ve madde kullanma konusundaki risk algısının dağılımı, 2018.

	Ağır risk	Orta dereceli risk	Hafif risk	Risk olarak görmüyorum	Bilmiyorum
	%	%	%	%	%
Sigara Kullanmak	75,2%	18,2%	4,2%	1,7%	,7%
Alkol Kullanmak	82,8%	12,7%	2,4%	1,3%	,7%
Uyuşturucu Kullanmak	97,3%	1,6%	,4%	,2%	,5%
Hekim önerisi dışında sakinleştirici, uyarıcı kullanmak	92,1%	4,4%	1,4%	,6%	1,4%

“2018 Türkiye Genel Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması” raporuna göre; ilaç suistimali ciddi bir sorun olarak görünmekte ve bu konuya yönelik ayrıntılı çalışmaların yapılması gerekmektedir. Her ne kadar ülkemizde madde kullanımının batı ülkelerindeki gibi büyük bir sorun olduğunu göstermese de narkotik madde kullanımının, toplum sağlığı ve güvenliği bakımından önemli bir engel olduğunu ve üzerinde titizlikle durulması gerekmektedir.

“Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017” raporuna göre, çalışma grubunun %97,0’si hayatları boyunca hiç bağımlılık yapıcı madde kullanmadıklarını ifade etmişlerdir. Kadınlarda %98,6, erkeklerde %95,5’dir. Her yaş grubunda, erkeklerde kadınlara göre daha yüksek madde kullanımı saptanmış iken bu farklılık daha yaşlı gruplarda daha düşüktür (“60-69” ve “≥70”). Bağımlılık yapıcı madde kullanım davranışı kadınlarda ve erkeklerde benzerdir; hiç bağımlılık yapıcı madde kullanmayanların yüzdesi hem kadınlarda hem de erkeklerde yaşla birlikte artma eğilimindedir.

Tablo 3.7 Cinsiyet ve yaş grubuna göre bağımlılık yapan uyuşturucu madde kullanmamış olan katılımcıların yüzdesi

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Hiç kullanmamış %	%95 GA	N	Hiç kullanmamış %	%95 GA	N	Hiç kullanmamış %	%95 GA
15-29	497	92,9	88,5-97,3	673	97,8	96,3-99,3	1170	95,3	92,9-97,7
30-44	652	96,5	94,8-98,2	1050	98,7	97,8-99,6	1702	97,6	96,6-98,6
45-59	642	96,7	94,8-98,6	974	99,4	98,8-99,9	1616	98,0	97,0-99,0
60-69	381	96,9	94,6-99,2	463	98,6	97,3-99,8	844	97,8	96,5-99,0
≥70	276	98,1	96,7-99,6	445	98,8	97,7-99,9	721	98,5	97,6-99,4
TOPLAM	2448	95,5	93,9-97,1	3605	98,6	98,0-99,1	6053	97,0	96,2-97,9

Her ne kadar erkeklerdeki kullanım (%0,9) kadınlardaki kullanımdan (%0,2) daha fazla olsa da, katılımcıların %0,5’inin halen bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde kullandığı görülmektedir. Uyuşturucu madde kullanım prevalansı “genç yaş gruplarında yüksektir ve yaşla birlikte azalmaktadır.

Tablo 3.8 Cinsiyet ve Yaşa Göre Halen Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu Madde Kullananlar

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Halen kullanıyor %	%95 GA	N	Halen kullanıyor %	%95 GA	N	Halen kullanıyor %	%95 GA
15-29	497	1,5	0,3-2,6	673	--	-- , --	1170	0,7	0,1-1,3
30-44	652	1,0	0,0-2,0	1050	0,3	0,1-0,6	1702	0,7	0,1-1,2
45-59	642	0,2	0,0-0,6	974	0,4	0,0-0,9	1616	0,3	0,0-0,6
60-69	381	0,2	0,0-0,6	463	0,3	0,0-0,6	844	0,2	0,0-0,5
≥70	276	0,2	0,0-0,5	445	0,2	0,0-0,6	721	0,2	0,0-0,6
TOPLAM	2448	0,9	0,4-1,4	3605	0,2	0,1-0,4	6053	0,5	0,3-0,8

Araştırmada yer alan erkek katılımcıların %2,6'sı geçmişte bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde denemişlerdir ve en yüksek sıklık %4,4 ile “15-29” yaş grubundadır. Kadınlar ise %0,9'u geçmişte bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde denediklerini ifade etmişlerdir ve bu sıklık en yüksek “15-29” yaş grubundadır (%1,9).

Tablo 3.9 Cinsiyet ve Yaşa Göre Bağımlılık Yapıcı Uyuşturucu Madde Denemiş Olanların Yüzdesi

Yaş Grubu (yıl)	Erkek			Kadın			Her iki cinsiyet		
	N	Denemiş olanlar %	%95 GA	N	Denemiş olanlar %	%95 GA	N	Denemiş olanlar %	%95 GA
15-29	497	4,4	0,2-8,7	673	1,9	0,5-3,3	1170	3,2	0,9-5,5
30-44	652	0,9	0,3-1,5	1050	0,5	0,1-0,8	1702	0,7	0,3-1,0
45-59	642	2,8	0,9-4,7	974	0,1	0,0-0,2	1616	1,4	0,5-2,4
60-69	381	2,0	0,3-3,8	463	1,2	0,0-2,4	844	1,6	0,5-2,7
≥70	276	1,0	0,0-2,2	445	1,0	0,0-1,9	721	1,0	0,2-1,7
TOPLAM	2448	2,6	1,1-4,0	3605	0,9	0,5-1,4	6053	1,7	1,0-2,5

“Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017” raporuna göre bağımlılık yapıcı ilaç (madde) kullanımı ile ilgili bazı sonuçlar aşağıda sunulmuştur.

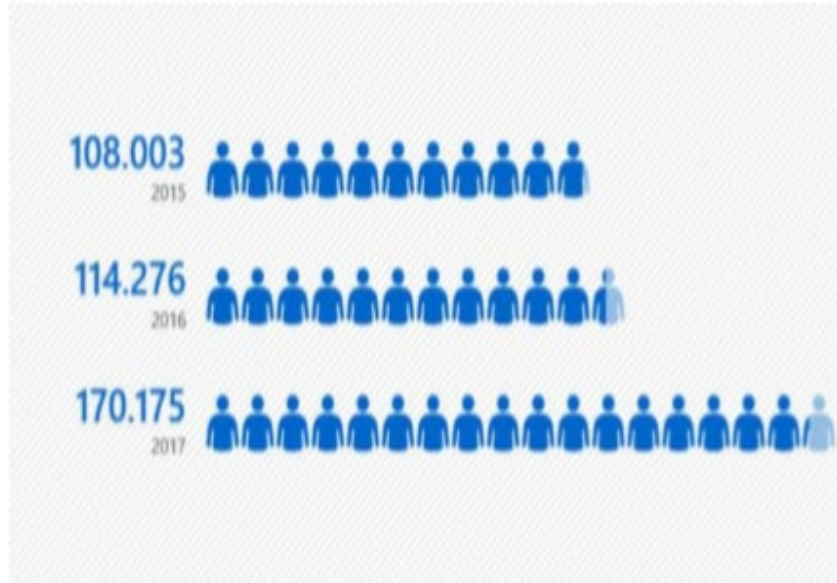
Araştırmada yer alanların;

- %97,0'ı hayatları boyunca hiçbir zaman bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde kullanmamıştır (erkekler %95,5 ve kadınlar %98,6),
- %0,5'i halen bağımlılık yapıcı uyuşturucu madde kullanmaktadır (erkekler %0,9 ve kadınlar %0,2),
- %1,7'si bağımlılık yapıcı uyuşturucu maddeyi denemiştir (erkekler %2,6 ve kadınlar %0,9).

T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı 2018 Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre Türkiye genelinde 2016 yılında toplam 81.222 uyuşturucu olayı görülmüşken, 2017 yılında % 45,87 artış göstererek 118.482 olay meydana gelmiştir.

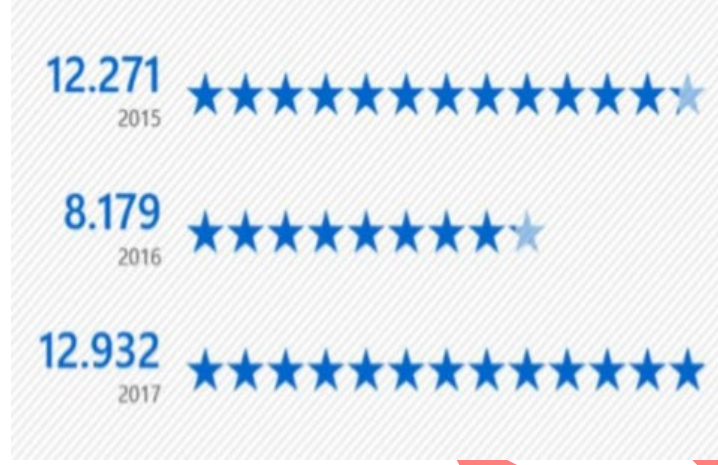


Şekil 3.5 Yıllara göre toplam olay sayısı (TUBİM, 2018)



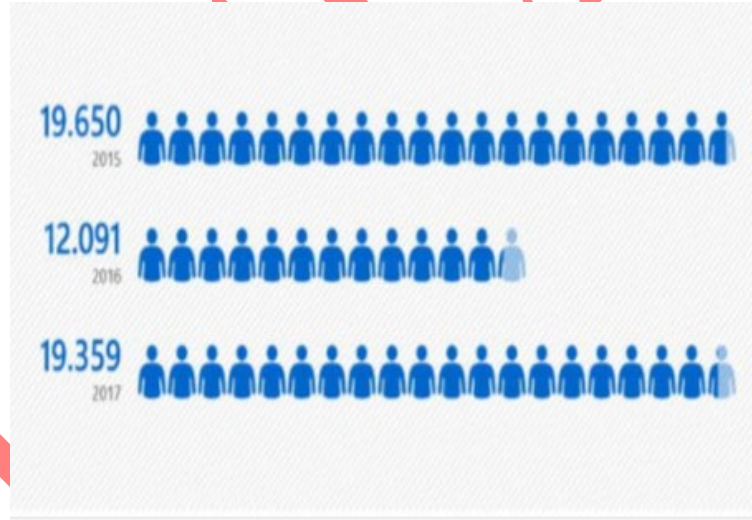
Şekil 3.6 Yıllara göre toplam şüpheli sayısı (TUBİM, 2018)

Türkiye’de 2017 yılında 12.932 eroin olayı gerçekleşmiş, bu olaylarda 19.359 şüpheli yakalanmış ve 17.752 kg eroin maddesi ele geçirilmiştir. 2017 yılı eroin olay sayısında, 2016 yılına göre %58,1 oranında artış gerçekleşmiştir.



Şekil 3.7 Yıllara göre toplam eroin olay sayıları (TUBİM, 2018)

Eröin olay sayılarında 2017 yılında yaşanan artışla birlikte şüpheli sayılarında da bir önceki yıla göre %60,1 oranında artış gerçekleşmiştir.

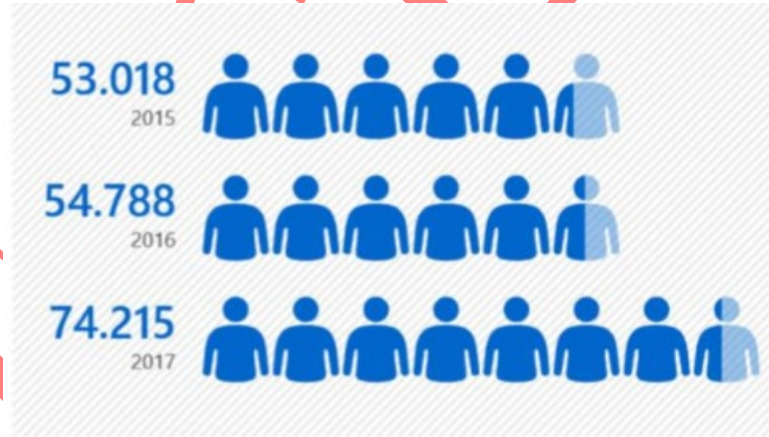


Şekil 3.8 Yıllara göre toplam eröin şüpheli sayıları (TUBİM, 2018)

Türkiye’de 2017 yılında 50.650 esrar olayı gerçekleşmiş, bu olaylarda 74.215 şüpheli yakalanmış ve 175.808 kg esrar maddesi ele geçirilmiştir. Türkiye’de gerçekleşen uyuşturucu olaylarının %42,7’si esrar olayıdır. 2017 yılında bir önceki yıla oranla %26,8’lik bir artış yaşanmıştır.



Şekil 3.9 Yıllara göre toplam esrar olay sayıları (TUBİM, 2018)



Şekil 3.10 Yıllara göre toplam esrar şüpheli sayıları (TUBİM, 2018)

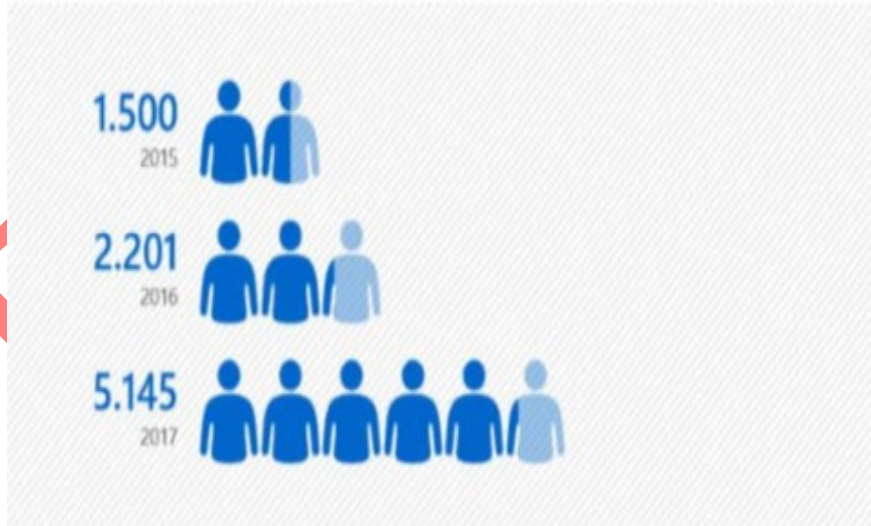
Esrar olay sayısında 2017 yılında yaşanan artışla birlikte şüpheli sayısında da bir önceki yıla göre %35,5 oranında artış gerçekleşmiştir.

Türkiye’de 2017 yılında 3.886 kokain olayı gerçekleşmiş, bu olaylarda 5.145 şüpheli yakalanmış ve 1.485 kg kokain ele geçirilmiştir.



Şekil 3.11 Yıllara göre toplam kokain olay sayıları (TUBİM, 2018)

Türkiye’de 2017 yılında kokain olay sayılarında geçen yıla oranla %163,3’lük artış yaşanmıştır.



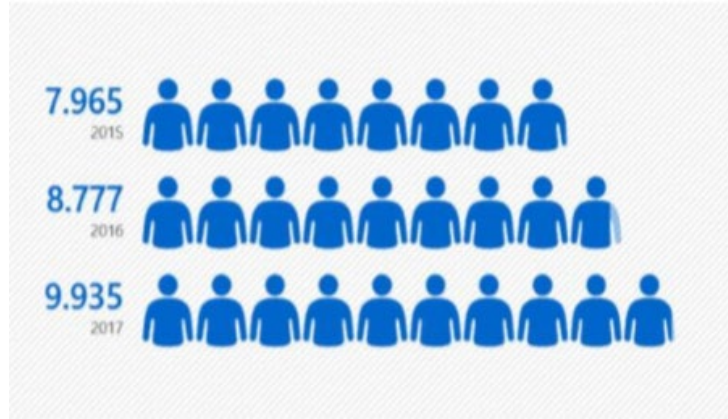
Şekil 3.12 Yıllara göre toplam kokain şüpheli sayıları (TUBİM, 2018)

Türkiye’de 2017 yılında 6.663 ecstasy olayı gerçekleşmiş, bu olaylarda 9.935 şüpheli yakalanmış ve 8.606.765 adet ecstasy ele geçirilmiştir.



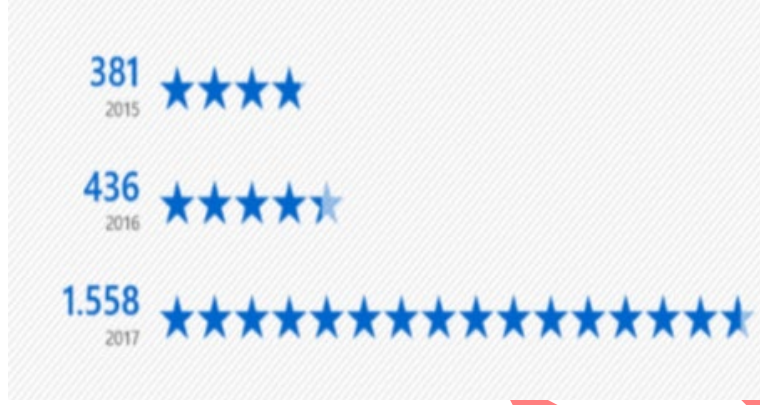
Şekil 3.13 Yıllara göre toplam ecstasy olay sayıları (TUBİM, 2018)

2017 yılı ecstasy olay sayısında bir önceki yıla göre %26,7 oranında artış yaşanmıştır.



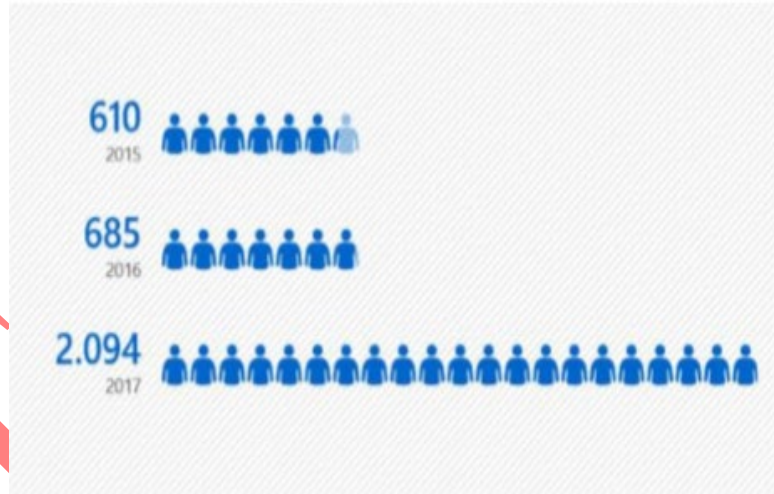
Şekil 3.14 Yıllara göre toplam ecstasy olay sayıları (TUBİM, 2018)

Ülkemizde captagon olay sayısı ile birlikte şüpheli sayısı ve yakalamalar rekor seviyeye ulaşmıştır. 2017 yılında 1.558 captagon olayı gerçekleşmiş, bu olaylarda 2.094 şüpheli yakalanmış ve 26.271.790 adet captagon ele geçirilmiştir. 2017 yılında captagon olay sayısındaki artış bir önceki yıla göre %257,3 oranındadır.



Şekil 3.15 Yıllara göre toplam captagon olay sayıları (TUBİM, 2018)

2017 yılında gerçekleşen olay sayılarındaki artış şüpheli sayısına da yansımış ve bir önceki yıla göre %205,7 oranında artış gerçekleşmiştir.



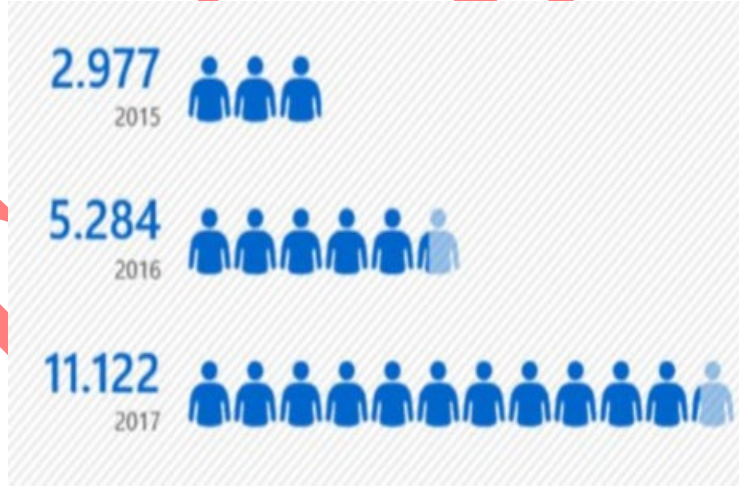
Şekil 3.16 Yıllara göre toplam captagon olay sayıları (TUBİM, 2018)

2017 yılında Türkiye’de 7.768 metamfetamin olayı gerçekleşmiş, bu olaylarda 11.122 şüpheli yakalanmış ve 659 kg metamfetamin ele geçirilmiştir.



Şekil 3.17 Yıllara göre toplam metamfetamin olay sayıları (TUBİM, 2018)

Türkiye’de metamfetamin maddesi 2009 yılından itibaren görülmeye başlanmıştır ve bu yıldan itibaren olay sayısı artış göstermiştir. 2017 yılında metamfetamin olay sayısı, bir önceki yıla oranla %119,1 artış göstermiştir.

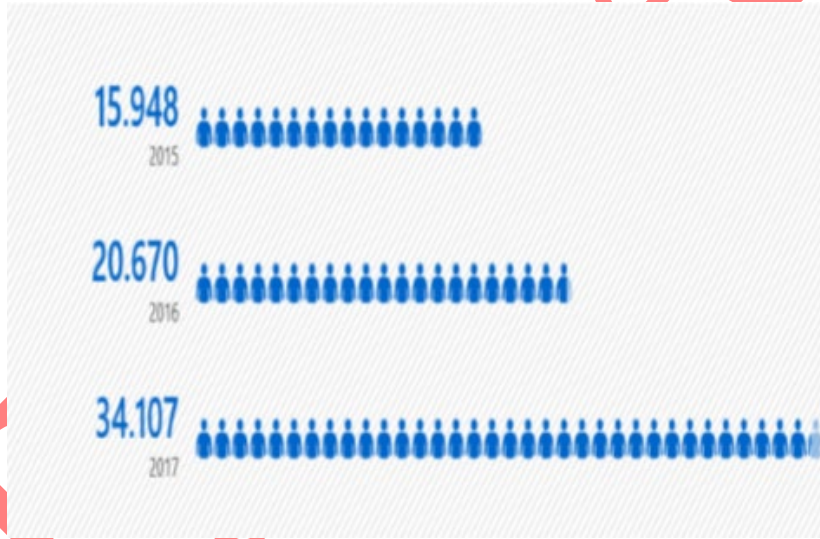


Şekil 3.18 Yıllara göre toplam metamfetamin olay sayıları (TUBİM, 2018)

Türkiye’de 2017 yılında 24.371 sentetik kannabinoid olayı gerçekleşmiş, bu olaylarda 34.107 şüpheli yakalanmış ve 958 kg sentetik kannabinoid ele geçirilmiştir.



Şekil 3.19 Yıllara göre toplam sentetik kannabinoidler olay sayıları (TUBİM, 2018)



Şekil 3.20 Yıllara göre toplam sentetik kannabinoidler olay sayıları (TUBİM, 2018)

Türkiye’de Genel Nüfusta Tütün, Alkol Ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum Ve Davranış Araştırması Raporuna göre (TUBİM, 2018) yaşam boyu en az bir kez uyuşturucu kullanmış kişilerin yaşa ve eğitim grubuna göre dağılımı aşağıdaki tabloda yer almaktadır.

Tablo 3.10 Türkiye’de yaşam boyu en az bir kez uyuşturucu kullanmış kişilerin yaşa ve eğitim grubuna göre dağılımı, 2018 (Türkiye’de Genel Nüfusta Tütün, Alkol Ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum Ve Davranış Araştırması Raporu, TUBİM, 2018)

Ulusal Tütün, Alkol ve Uyuşturucu Kullanım Araştırması 2018 (TUBİM)	
Yaşam boyu en az bir kez uyuşturucu kullanan	%
Yaş	
15-24	35,4
25-34	30,0
35-44	18,3
45-54	7,8
55-64	8,4
*65-74	-
*75+	-
15-64 (Araştırma 65 yaş ve üzeri yaş grubunu kapsamadığından bu yaş grubu için oran verilmemiştir.)	3,1
Eğitim Durumu	
Okul bitirmemiş (okuryazar/değil)	3,4
İlkokul mezunu (Yeni sistemde 4 / Eski sistemde 5 yıl)	20,4
Ortaokul / İlköğretim mezunu (8 yıl)	18,3
Ortaöğretim Lise öğrencisi (9.-12. Sınıf)	4,5
Normal Lise mezunu	23,2
Meslek Lisesi mezunu	6,7
Üniversite öğrencisi	9,7
Meslek Yüksekokul mezunu (2 yıllık)	3,2
Üniversite Açıköğretim mezunu (4 yıllık)	1,6
Üniversite mezunu (4 yıllık)	8,9
Lisansüstü / Doktora	0,5

Tablo 3.11 Türkiye’de uyuşturucu kullanım sıklığının yaşa ve cinsiyete göre dağılımı, 2017 (Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri, DSÖ, 2017)

	Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması- Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 (DSÖ)
	%
Uyuşturucu madde kullanmamış	
Yaş	
15-29	95,3
30-44	97,6
45-59	98,0
60-69	97,8
≥70	98,5
Cinsiyet	
Kadın	98,6
Erkek	95,5
TOPLAM	97,0
Halen uyuşturucu madde kullanıyor	
Yaş	
15-29	0,7
30-44	0,7
45-59	0,3
60-69	0,2
≥70	0,2
Cinsiyet	
Kadın	0,2
Erkek	0,9
TOPLAM	0,5
Uyuşturucu madde denemiş	
Yaş	
15-29	3,2
30-44	0,7
45-59	1,4
60-69	1,6
≥70	1,0
Cinsiyet	
Kadın	0,9
Erkek	2,6
TOPLAM	1,7

- 2018 yılında 15-64 yaş grubunda yaşam boyu uyuşturucu kullanım sıklığı % 3,1 olmuştur.
- En az bir kez uyuşturucu kullanmış olanların 3'te birinden fazlası 15-24 yaş grubu gençlerden oluşmaktadır.
- En az bir kez uyuşturucu kullanmış olanların büyük çoğunluğu (% 61,9) ilkokul mezunu, ilköğretim mezunu veya normal lise mezunudur.
- Uyuşturucu madde kullanmamış olanların sıklığı % 97,0 olduğu görülmektedir.
- Uyuşturucu madde denemiş erkeklerin kadınlardan 2 katı kadar fazla olduğu gözlemlenmiştir.
- 2017 yılında uyuşturucu madde kullananlar % 5 olarak belirtilmektedir.

Şener ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada lise öğrencilerinin madde kullanmama davranışlarını etkileyen faktörler araştırılmıştır. 2015-2016 öğretim yılında üç lisede öğrenim gören ve madde kullanmayan 983 öğrenci ile gerçekleştirilmiştir. Küme örnekleme yöntemi ile tasarlanan çalışma için gönüllü olan öğrencilerin tamamı çalışma kapsamına alınmıştır. Veriler, kişisel bilgi formu, madde bağımlılığı bilgi anketi ve bağımlılıktan korunmada öz-yeterlilik ölçeği kullanılarak toplanmıştır. Çalışmanın verileri, aynı okullarda yürütülen “Akran Eğitimi Projesi” çerçevesinde elde edilmiştir. Akran eğitimciler tarafından madde kullanmayan 9,10, 11 ve 12. Sınıf öğrencilerine ders saati içerisinde anket soruları dağıtılarak, verilere ulaşılmıştır. Anketi dolduran öğrencilerden anketlere isimlerini kaydetmemeleri, sadece rumuz yazmaları istenmiştir. Verilerin toplanması olarak yaklaşık 15-20 dakika sürmüştür. Nicel değişkenlerin normallik ve varyans homojenliği varsayım kontrolleri sırasıyla Kolmogorov-Smirnov ve Levene testleriyle incelenmiştir. Sosyodemografik özelliklere göre oluşturulan grupların nicel değişkenler açısından karşılaştırmalarında Kruskal-Wallis ve Mann-Whitney U testleri tercih edilmiştir. Madde kullanmama nedenlerine ait oranların karşılaştırılmasında Chi-square ve Binomial testlerden yararlanılmıştır. İstatistiksel değerlendirmeler için IBM SPSS 22 programı kullanılmış ve istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Çalışmanın sonuçları öğrencilerin madde kullanmama davranışı üzerinde yaş, cinsiyet, okul türü, öz etkililik, bağımlılık bilgi düzeyi, aile, akran grupları ve çevrenin önemli olduğunu göstermektedir. Sonuçlar, koruyucu müdahalelerin bireyin cinsiyet ve gelişim aşamasına göre uyarlanıp, birden fazla alanı hedeflemesi gerektiğini de ortaya çıkarmıştır⁴⁹.

⁴⁹ ŞENER, D., AKKUŞ, D., KARACA, A., CANGÜR, Ş., “Lise Öğrencilerinin Madde Kullanmama Davranışlarını Etkileyen Faktörler”, *ADDICTA*, 53), ss.405-429, 2018.

Yazıcı ve diğerleri tarafından Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri Kliniğinde uyuşturucu bağımlısı tanısı konulan bireylerin sosyodemografik verilerini içermektedir. 2009-2014 tarihleri arasında hastaların verileri analiz edilmiştir. 513 bağımlının öncelikle ürün analizleri yapılmış akabinde klinik görüşmelere geçilmiştir. Çalışmaya göre 2013 yılında bağımlılıkların çoğunluğu tespit edilmiştir. Çalışmanın % 98,2'lik bir kısmını erkekler oluşturmaktadır ve yaş aralığı ise $32,12 \pm 10,21$ 'dir, minimum ve maksimum yaş aralığı 7 ile 45 yaş aralığında değişmektedir. %90,8 oranında esrar kullanımı tespit edilmiş ve kullanan bireylerin %90'nının ailesi ile birlikte oturduğu, % 59,6'sının ise düzenli bir işe sahip olduğu bildirilmiştir. Tedaviye cevap verme ise ilk madde kullanım yaşına, madde kullanım sıklığına ve hastanın tedavi geçmişine bağlı olduğu tespit edilmiştir. Erkek hastaların % 65,9 oranında tedaviye cevap verdiği belirtilmiştir. İlk kullanım yaşı ve kullanma uzunluğu baz alındığında bu süre uzadıkça tedaviye cevap vermeme uzamaktadır. Kadın hastaların tümü tedaviye cevap verdiği belirtilmiştir. En yüksek risk faktörünü ise yirmi yaşların ortaları olduğu bildirilmiştir⁵⁰.

Göl ve Çok yaptığı çalışmada 2016-2017 arasında Ankara'da yapılan değerlendirmeler sonucunda yeni psikoaktif maddelerin tespiti yapılmıştır. 2016 yılında 1725.23 g ve 2017 yılında 1332.52 g yeni psikoaktif madde tespit edilmiştir. Sentetik kannabinoid grubundan 18 üye, 6 katinon bileşeni, 3 farklı triptamin, fenetilamin grubundan 2 bileşen tespit edilmiştir.

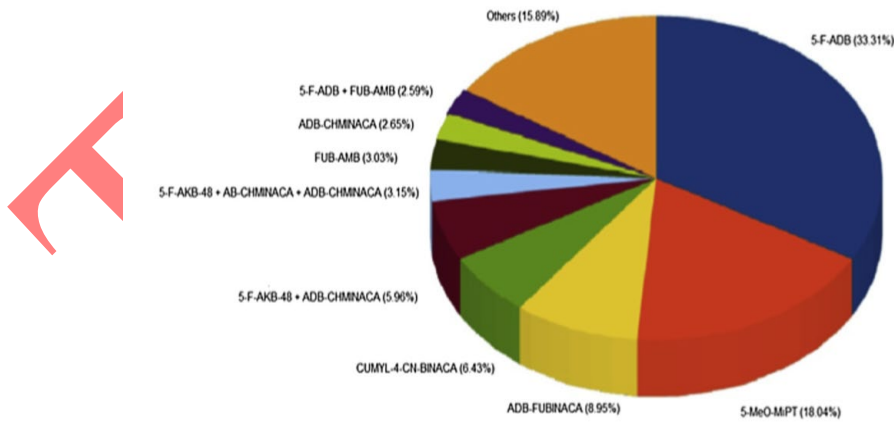


Fig. 1. Ratios of NPS according to evaluated 1357 narcotic reports.

⁵⁰ YAZICI, A.B., YAZICI, E., KUMSAR, N., EROL, A., "Addiction profile in probation practices in Turkey: 5-year data analysis", *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, S.11 ss. 2259–2263, 2015.

5-F-ABD en çok elde geçirilen NPS'lerden olup 5-MeO-MiPT ve ADB-FUBINACA diğer en çok ele geçirilen NPS'lerdendir. Elde edilen uyuşturucu maddeler gaz kromatografisi-kütle spektrofotometresi kullanarak tayini yapılmıştır⁵¹.

İlhan ve diğerleri tarafından 2008 yılında Türkiye'de madde kullanımı prevalansı ve sosyo demografik arasındaki ilişki araştırılmıştır. 1720 öğrenci katılımı ile araştırma yapılmıştır. Esrar, üniversite öğrencileri arasında en yaygın kullanılan madde olduğu, % 5,9 oranında hiç esrar kullanımı olmadığı, geçen sene kullanılan oranının % 2,6 olduğu, geçen ay esrar kullanım oranının ise % 1,2 olduğu tespit edilmiştir. Esrardan sonra ekstazi en çok kullanılan maddedir ve öğrenciler arasında ömür boyu madde kullanım oranı % 1,7, geçen sene kullanım oranı % 0,7 ve geçen ay kullanım oranı % 0,3 olduğu tespit edilmiştir. Eroinin sırasıyla ömür boyu ve geçen ay kullanımı % 0,2 ve % 0,1 olup kokain için ise % 0,4 ve % 0,2 oranındadır. % 0,6 oranında ise hiç solvent kullanmadığı bildirilmiştir. Yalnız yaşayan öğrencilerde madde kullanımı aile veya arkadaşları ile yaşayan öğrencilerden oldukça fazla tespit edilmiştir⁵².

Çolak ve arkadaşları, 488 hasta üzerine çalışma yapılmıştır. Ankara'dan 130, Kayseri'den 183, Konya'dan 175 kişi katılmıştır. 301 hasta kadın ve 187 kişi ise erkektir ve ortalama yaşı 54 (18-87). Tüm hastalar onkoloji kliniğinde tedavi gören kişilerdir. 217 hasta göğüs, 97 hasta kolorektal, 63 hasta mide, 37 hasta akciğer kanseridir. 180 hasta erken safha, 130 hasta ileri, 171 hasta metastatik evrededir. Sadece 11 hasta üniversite eğitimi görmüştür. 485 hastanın ciddi ağrıları olduğu bildirilmiştir. Doktorlar tarafından bilgilendirilerek morfin kullanımı önerilmiştir. Hastaların % 50'si morfin kullanımını reddetmiştir, hastaların %36,8'si başka bir ilaç kullanma isteğini bildirmiş ve bağımlılık korkusu taşıdıklarını bildirmişlerdir. % 13,7'si morfin kullanımını reddetmiş ve %9,7'si ise dini inançlarından dolayı böyle bir karar verdiklerini belirtmişlerdir⁵³.

Altuner ve arkadaşları tarafından İstanbul ili Bağcılar ilçesinde 10. sınıf öğrencileri arasından rastlantısal yöntemle belirlenmiş olan 2627 kişiye uygulanan bir anket çalışması doğrultusunda tanımlayıcı istatistik testlerinin yanında ki-kare, Mann-Withney U, korelasyon ve regresyon analizleri uygulanmıştır. Madde kullanımının toplumumuzdaki yaygınlığı, hangi

⁵¹ GÖL, E., ÇOK, İ., "New phychoactive substances in Turkey: Narcotics cases assessed by the Council of Forensic Medicine between 2016 and 2017 in Ankara, Turkey", **Forensic Science**, S. 294, ss.113-123, 2019.

⁵² İLHAN, İ.Ö., YILDIRIM, F., DEMİRBAŞ, H., DOĞAN, Y.B., "Prevalence and sociodemographic correlates of substance use in a university-student sample in Turkey", *Int J Public Health*, S. 54, ss. 40-44, 2009.

⁵³ ÇOLAK, D., OĞUZ, A., YAZILITAŞ, D., İMAMOĞLU, İ.G., ALTINBAŞ, M., "Morphine: Patient Knowledge and Attitudes in the Central Anatolia Part of Turkey", **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, C.15, ss.4983-4988, 2014.

maddelerin ne oranda kullanıldığı, madde kullanımıyla suç ve şiddet arasındaki ilişki incelenmiştir. Elde edilen bulgulara göre madde kullanımı ile suç ve şiddet arasında çok anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Madde kullanımıyla suç arasındaki ilişkinin madde kullanımıyla oluşan davranış bozukluklarının suç işlemeye sebep olduğu düşünülmektedir. Bunu destekler nitelikteki bazı çalışmalarda aktif bağımlılık döneminde işlenen suçların, bağımlı olunmayan dönemden çok daha fazla olduğu; bağımlıların maddeyi elde etmek için gereken paranın temini amacıyla gasp, hırsızlık, cinayet, fuhuş ve diğer suçları işlediği; özellikle eroin ve kokain kullanıcıları için madde kullanım sıklığı ile suç işleme sıklığı arasında pozitif anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Arkadaş faktörünün suç davranışında önemli yeri olduğu, gençlerin suç işleyen arkadaş çevresi ile uyumlu davranış geliştirdiği ve suça karıştıkları tespit edilmiştir. Diğer bir ifadeyle, arkadaş çevresinin suç ve uyuşturucu kullanımı konusunda; ailevi sorunlar, anne ve babanın eğitim durumu, gelir düzeyi gibi kontrol değişkenlerinin madde kullanımının artması ya da suçlulukla doğrudan etkileşim içerisinde olmadığı tespit edilmiştir. Yapılan farklı değerlendirmeler madde kullanıcılarının önemli kısmının madde kullanmaya arkadaş etkisiyle başladığını ve ilk maddeyi arkadaşlarından temin ettiğini göstermektedir⁵⁴.

Oğuz ve arkadaşları, madde bağımlısı adolesan anne ve bebeğini inceleyen bir çalışma yapmışlardır. Adolesan gebelik 20 yaş altı kadınların gebeliği anlamına gelmektedir ve ciddi bir halk sağlığı sorunudur. Ülkemizde adolesan gebeliklerin insidansı, 2008 TNSA verilerine göre % 0.35, 2013 verilerine göre ise % 0.28 olarak bildirilmiştir. Bu çalışma doğrultusunda adolesan gebelik insidansı geçmiş yıllara göre azalmış gibi görünse de asıl sorunun, ülkemizde evlilik dışı adolesan gebeliklerinin sayısındaki artış olduğunu söyleyebiliriz. Evlilik dışı gebelikler, gebelik risk ve komplikasyonlarının geç fark edilmesi, doğum öncesi ve sonrası bakıma ulaşmada soruna yol açması nedeniyle daha riskli gebeliklerdir. Kanada’da adolesan gebelerin demografik özellikleriyle ilgili yapılan çalışmada, katılımcıların yarısından fazlasında madde bağımlısı olduğu ve istismara uğramış olduğu saptanmıştır. Adolesan gebeliklerinin, kişinin eğitim düzeyini etkilediği, daha çok düşük sosyoekonomik sınıfta görüldüğü ve okulu yarım bırakmayla sonuçlandığı ve bu grubun sosyal yaşamdan daha izole yaşadığı çalışmalarla gösterilmiştir. Adolesan gebelikleri, madde bağımlılığı ve çocuk istismarı birbirinin içine geçmiş üç sorun olarak karşımıza çıkmakta olup, üzerine ciddiyetle

⁵⁴ ALTUNER, D., ENGİN, N., GÜRER, C., AKYAY, İ., AKGÜL, A., “Madde kullanımı ve suç ilişkisi: kesitsel bir araştırma”, *Tıp Araştırmaları Dergisi*, S.7, C.2, ss.87 -94, 2009.

gidilmesi gereken bu sorunlarla mücadelede sosyoloji, psikoloji ve sağlık alanındaki ortak çalışmaların geliştirilmesi gerekmektedir. Bu olguların yönetiminde sosyal desteğin hem anne hem bebek için önemi kaınılmazdır⁵⁵.

TASLAK

⁵⁵ OğUZ, M.M., ACAR, M., POLAT, E., AKÇABOY, M., TUYGUN, N., AOğLU, E., şENEL, S., DAğLI, F., “*Madde bağımlısı adolesan anne ve bebeği*”, ocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi, S. 59: ss.68-71, 2016.

4. ULUSAL BULGULAR

4.1 Türkiye’de Uyuşturucu Politikaları ve Mevzuatı

Yasadışı bağımlılık yapıcı maddeler ile ilgili geniş bir yelpazede ulusal ve uluslararası mevzuat mevcuttur. Başlıcaları⁷;

A) Uluslararası Anlaşmalar ve Sözleşmeler,

B) Ulusal Mevzuat

1) 2709 sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası

2) 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu

3) 2313 sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun

4) 3298 sayılı Uyuşturucu Maddelerle İlgili Kanun

5) Diğer İlgili Mevzuat

Uluslararası Anlaşma Ve Sözleşmeler

Uyuşturucu ve uyarıcı maddelerle mücadele kapsamında çok sayıda uluslararası anlaşma ve sözleşmeler mevcuttur. Tarihi Süreç: Küresel bir suç olduğu ve mücadelenin de ancak çok taraflı olabileceğı daha 19. Yüzyılın başlarında anlaşılan bağımlılık maddelerinin kaçakçılığı ile ilgili başlıca anlaşmalar şunlardır:

-1909 Shanghai Afyon Anlaşması

-1912 tarihli Lahey Afyon Anlaşması: Uyuşturucu maddeler sınıflandırılarak ayrı ayrı tarif edilmiş, uyuşturucuların imal, ithal ve ihracını kontrol etmeye yönelik kararlar alınmıştır.

-1925 yılında imzalanan Cenevre Afyon Anlaşması ile Lahey Anlaşması'nın esasları ve tarifleri aynen kabul edilmekle birlikte, uyuşturucu maddelerin uluslararası ticaretini kontrol altında bulunduracak etkili bir sistemin kurulması sağlanmıştır.

-1931 tarihli Cenevre Afyon Anlaşması,

-1936 tarihli Cenevre Anlaşması: Zararlı ilaçların meşru olmayan ticaretinin yasaklanması hakkındadır.

- 1948 Paris Protokolü: Sentetik uyuşturucu maddeler hakkındadır.

-1953 tarihli New York Afyon Protokolü ile de uyuşturucu maddelerle mücadele yönünde kararlar alınmıştır.

Ancak, uyuşturucu maddelerin üretim ve kaçakçılığının önlenmesi amacıyla uluslararası düzeyde imzalanan en önemli sözleşmeler,

-1961 tarihli Uyuşturucu Maddelere Dair Birleşmiş Milletler Tek Sözleşmesi

- 1971 tarihli Birleşmiş Milletler Psikotrop Maddeler Hakkındaki Sözleşme ve

-1988 tarihli Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığına Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesidir.

Türkiye'nin de taraf olduğu bu üç sözleşmeden, 1961 tarihli Birleşmiş Milletler Tek Sözleşmesi ile uyuşturucu maddelerin tıbbi ve bilimsel amaçlar dışında kullanılmasının yasaklanması, yasa dışı haşhaş ve uyuşturucu madde yapımında kullanılan diğer bitkilerin ekiminin kontrol altına alınması, uyuşturucu maddelerin imal, ithal, ihraç ve dağıtımının ruhsata bağlanması ve denetim yapılması gibi konularda düzenlemeler getirilerek Uluslararası Uyuşturucu Kontrol İdaresi (INCB) kurulmuştur. Bu sözleşme, bu tarihe kadar yer alan tüm sözleşmeleri genel olarak kapsamaktadır.

Birleşmiş Milletler Tek Sözleşmesi (1961), 1972 yılında revize edilmiştir. 1972 Protokolü ile, Sözleşmenin bazı maddeleri değiştirilmiş ve Sözleşmeye bazı yeni maddeler eklenmiştir. Uyuşturucu Maddelere Dair 1961 Tek Sözleşmesinin Tadiline İlişkin 1972 Protokolü (Resmî Gazete: 30.06.2001): Türkiye 25.03.1972 tarihinde Protokol'ü imzalamıştır. Uzun bir gecikmeden sonra 26.04.2001 tarih ve 4659 sayılı Kanunla Protokol'ün onaylanması uygun bulunmuş; Protokol, Bakanlar Kurulu'nun 28.05.2001 tarih ve 2001/2577 sayılı kararı ile onaylanmış, 30.06.2001 tarih ve 24448 sayılı Resmî Gazete'de yayınlanmıştır.

Protokol ile 1961 Tek Sözleşmesi'nin bazı maddeleri değiştirilmiş; sözleşmeye bazı maddeler eklenmiştir. 1961 Tek Sözleşmesi'nin değiştirilen maddeleri şunlardır: 2. maddenin 4, 6 ve 7. fıkraları; 9. maddenin başlığı ve 1. fıkrası; 10. maddenin 1 ve 4. fıkraları; 11. maddenin 3. fıkrası, 12. maddenin 5. fıkrası; 14. maddenin 1 ve 2. fıkraları; 16. madde; 19. maddenin 1, 2 ve 5. fıkraları; 20. madde; 22. madde; 35. madde; 36. maddenin 1 ve 2. fıkraları; 38. madde ve başlığı.

Yapılan değişikliklerden bazıları şunlardır: Müstahzarlar için öngörülen denetim önlemleri sıkılaştırılmış; Milletlerarası Uyuşturucu Maddeler Kontrol Organı'nın adı Uluslararası Uyuşturucu Maddeler Denetim Kurulu olarak değiştirilmiş, Kurulun yapısında ve görevlerinde değişiklikler yapılmış; tarafların uyuşturucu madde kaçakçılığı ve uyuşturucu madde kullanımı konularında ulusal çapta alacakları önlemler ve karşılıklı yardımlaşma yükümlülükleri artırılmıştır.

1961 Tek Sözleşmesi'ne eklenen maddeler şunlardır: Ek madde 14; ek madde 21; ek madde 38. Ek maddelerle getirilen başlıca yenilikler şöyle özetlenebilir: Birleşmiş Milletler'in yetkili organlarına ve uzmanlık kuruluşlarına teknik ve malî destek yardımında bulunma; afyon üretiminin sınırlandırılması; uyuşturucu maddelerin yasa dışı kullanımı ve kaçakçılığından kaynaklanan sorunlarla mücadele için bölgesel merkezlerin geliştirilmesidir.

1971 tarihli Birleşmiş Milletler Psikotrop Maddeler Hakkındaki Sözleşmesi ile suistimali yapılan ve insan psikolojisini etkileyen ilaçların kontrol altına alınması, uyuşturucu etkisi bulunan ilaçların ancak doktor reçetesi ile kullanılmasının sağlanması, bu sözleşmede belirtilen hususların tarafların kendi iç hukuklarında suç sayılması yönünde gerekli yasal düzenlemelerin yapılmasının sağlanması gibi kararlar alınmış, ayrıca bu sözleşmenin yorumlanması ve uygulanmasından kaynaklanan anlaşmazlıkların diğer yollarla çözümlenememesi halinde Uluslararası Adalet Divanı'na başvurulması şeklinde ilk ciddi uluslararası yaptırım uygulaması getirilmiştir.

1988 tarihli Uyuşturucu ve Psikotrop Maddelerin Kaçakçılığına Karşı Birleşmiş Milletler Sözleşmesi ile de uyuşturucu ve psikotrop maddelerin imalinde kullanılan kimyasal maddelerin kontrol altına alınması ve uyuşturucu madde kaçakçılığı ile mücadelede kara para aklanmasının önlenmesi, kontrollü teslimat uygulamasının mümkün kılınması gibi kararlar alınarak, bu suçlarla mücadelede etkinliği arttırmak için uluslararası alanda operasyonel faaliyetlerin gerçekleştirilmesi, adli yardımlaşma, bilgi alış-verişi ve iletişimin artırılmasının sağlanması amaçlanmıştır.

Ulusal Mevzuat

2709 Sayılı Türkiye Cumhuriyeti Anayasası

Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır (m. 58/2).

5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu

TCK'nın 188 ila 192 ve 297. maddelerinde uyuşturucu madde suçları düzenlenmiştir. 1 Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu ile uyuşturucu madde kullanan veya kullanmamakla birlikte bulunduran kişilere karşı izlenen “ceza politikası” değişmiştir. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunundaki düzenleme, 765 sayılı Türk Ceza Kanunundaki düzenlemeden farklı olarak, bu suçun karşılığında sadece ceza değil, tedavi ve denetimli serbestlik tedbirinin uygulanabileceğini öngörmektedir. Burada asıl amaç uyuşturucu veya uyarıcı madde kullananları tedaviye yöneltmek olup, bu amaç doğrultusunda ceza ve cezanın infazı tehdidinden uyuşturucu kullananı tedaviye sevk etmek için bir araç olarak yararlanılması söz konusudur. Bu şekildeki düzenleme uluslararası sözleşmelere uygun olup, aslında bu düzenleme bir bakıma, kişiyi bu fiilinden dolayı sadece cezalandırma ile sorunun çözülemeyeceği anlayışının benimsendiğini göstermektedir. Bu Kanundan önce yürürlükte olan, 765 sayılı Türk Ceza Kanununun 404 üncü maddesine göre; uyuşturucu madde kullananlar ile bu amaçla yanında bulunduranlara, bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası veriliyordu. Bu hapis cezası, hâkimin takdirine bağlı olarak hapis cezası olarak infaz edilebiliyor veya yapılan indirimlerle sonuç cezanın bir yıl veya daha az süreli olması halinde seçenek yaptırımlara çevrilebiliyor ya da ertelenebiliyordu. Bu üç seçenekten birinin tercih edilmesi halinde herhangi bir rehabilitasyon uygulaması bulunmuyordu. Sadece, uyuşturucu madde kullanan kimselerin alışkanlığı iptila derecesinde olması halinde, iyileşinceye kadar bir sağlık kurumunda muhafaza ve tedavisine karar veriliyordu.

Haziran 2005 tarihinde yürürlüğe giren yeni Türk Ceza Kanunu ile Ülkemiz yeni bir rehabilitasyon sistemine geçerek, uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişinin “tedavi ve terapiye” ihtiyaç duyması nedeniyle, yaptırım olarak “tedavi ve denetimli serbestlik tedbiri” öngörülmüştür. Ceza politikası; madde kullanan veya bulunduranlara hapis cezası verilmesi yerine rehabilitasyona tabi tutulması şeklinde değişmiştir.

- Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde İmal ve Ticareti Suçları

*TCK'nın 188. maddesinin 1. fıkrasında, uyuşturucu veya uyarıcı maddeleri ruhsatsız veya ruhsata aykırı olarak imal, ithal veya ihraç eden kişi hakkında on yıldan az olmamak üzere hapis ve yirmibin güne kadar adli para cezası öngörölmüştür.

*TCK'nın 188/2. fıkrasında, uyuşturucu veya uyarıcı madde ihracı fiilinin diğeri ölkeden ağıısından ithal olarak nitelendirilmesi, dolayısıyla bu ölkede yapılan yargılama sonucunda hükmolunan cezanın infaz edilen kısmı, Türkiye'de uyuşturucu veya uyarıcı madde ihracı dolayısıyla yapılacak yargılama sonucunda hükmolunan cezadan mahsup edileceğı düzenlenmiştir.

*TCK'nın 188/3. fıkrasında, uyuşturucu veya uyarıcı maddeleri ruhsatsız veya ruhsata aykırı olarak ölkede içinde satan, satışa arz eden, başkalarına veren, nakleden, depolayan, satın alan, kabul eden, bulunduran kişinin beş yıldan onbeş yıla kadar hapis ve yirmibin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılacağı öngörölmüştür.

*TCK'nın 188/4. fıkrasında, uyuşturucu maddenin eroin, kokain, morfin veya baz morfin olması hâlinde, yukarıdaki fıkralara göre verilecek ceza yarı oranında artırılacağı, TCK'nın 188/5. fıkrasında ise uyuşturucu imal, ithal, ihraç ve ticareti suçlarının, suç işlemek için teşkil edilmiş bir örgütün faaliyeti çerçevesinde işlenmesi hâlinde, verilecek cezanın yarı oranında artırılacağı belirtilmiştir.

*TCK'nın 188/6. fıkrasında, üretimi resmi makamların iznine veya satışı yetkili tabip tarafından düzenlenen reçeteye bağı olan ve uyuşturucu veya uyarıcı madde etkisi doğuran her türlü madde ağıısından da yukarıdaki fıkralar hükümleri uygulanır.

*TCK'nın 188/7. fıkrasında, uyuşturucu veya uyarıcı etki doğurmamakla birlikte, uyuşturucu veya uyarıcı madde üretiminde kullanılan ve ithal veya imali resmî makamların iznine bağı olan maddeyi ölkeye ithal eden, imal eden, satan, satın alan, nakleden, depolayan veya ihraç eden kişi, dört yıldan az olmamak üzere hapis ve yirmi bin güne kadar adli para cezası ile cezalandırılır.

*TCK'nın 188/8. fıkrasında, bu maddede tanımlanan suçların tabip, diş tabibi, eczacı, kimyager, veteriner, sağıık memuru, laborant, ebe, hemşire, diş teknisyeni, hastabakıcı, sağıık hizmeti veren, kimyacılıkla veya ecza ticareti ile iştigal eden kişi tarafından işlenmesi hâlinde, verilecek cezanın yarı oranında artırılacağı açıklanmiştir.

- Tüzel Kişiler Hakkında Güvenlik Tedbirinin Uygulanması

TCK'nın 189. maddesinde, tüzel kişiler hakkında güvenlik tedbiri uygulanması düzenlenmiştir. Maddeye göre; uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti suçlarının bir tüzel kişinin faaliyeti çerçevesinde işlenmesi hâlinde, tüzel kişi hakkında bunlara özgü güvenlik tedbirlerine hükmolunur.

-Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Kullanılmasını Kolaylaştırma

TCK'nın 190. maddesinin 1. fıkrasına göre; 'Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını kolaylaştırmak için;

- a) Özel yer, donanım veya malzeme sağlayan,
- b) Kullananların yakalanmalarını zorlaştıracak önlemler alan,
- c) Kullanma yöntemleri konusunda başkalarına bilgi veren, Kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Maddenin 2. fıkrasına göre; "Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanılmasını alenen özendiren veya bu nitelikte yayın yapan kişi, iki yıldan beş yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

Maddenin 3. fıkrasına göre; "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.

-Kullanmak İçin Uyuşturucu veya Uyarıcı Madde Satın Almak, Kabul Etmek veya Bulundurmak Suçu (TCK'nın 191. Maddesi)

-Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi, bir yıldan iki yıla kadar hapis cezası ile cezalandırılır.

- Bu suçtan dolayı açılan davada mahkeme, birinci fıkraya göre hüküm vermeden önce uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi hakkında, tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine; kullanmamakla birlikte, kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi hakkında, denetimli serbestlik tedbirine karar verebilir.

- Hakkında tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine karar verilen kişi, belirlenen kurumda uygulanan tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranmakla yükümlüdür. Hakkında denetimli serbestlik tedbirine hükmedilen kişiye rehberlik edecek bir uzman görevlendirilir. Bu uzman, güvenlik tedbirinin uygulama süresince, kişiyi uyuşturucu

veya uyarıcı maddenin kullanılmasının etki ve sonuçları hakkında bilgilendirir, kişiye sorumluluk bilincinin gelişmesine yönelik olarak öğütte bulunur ve yol gösterir; kişinin gelişimi ve davranışları hakkında üçer aylık sürelerle rapor düzenleyerek hâkime verir.

- Tedavi süresince devam eden denetimli serbestlik tedbirine, tedavinin sona erdiği tarihten itibaren bir yıl süreyle devam olunur. Denetimli serbestlik tedbirinin uygulanma süresinin uzatılmasına karar verilebilir. Ancak, bu durumda süre üç yıldan fazla olamaz.

- Tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranan kişi hakkında açılmış olan davanın düşmesine karar verilir. Aksi takdirde, davaya devam olunarak hüküm verilir.

- Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi, hakkında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmaktan dolayı cezaya hükmedildikten sonra da iki ilâ dördüncü fıkralar hükümlerine göre tedaviye ve denetimli serbestlik tedbirine tâbi tutulabilir. Bu durumda, hükmolunan cezanın infazı ertelenir. Ancak, bunun için kişi hakkında bu suç nedeniyle önceden tedavi ve denetimli serbestlik tedbirine karar verilmemiş olması gerekir.

-Kişinin mahkûm olduğu ceza, tedavinin ve denetimli serbestlik tedbirinin gereklerine uygun davranması halinde, infaz edilmiş sayılır; aksi takdirde, derhal infaz edilir.

-Etkin Pişmanlık (TCK'nın 192. Maddesi)

-Uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti suçlarına iştirak etmiş olan kişi, resmî makamlar tarafından haber alınmadan önce, diğer suç ortaklarını ve uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin saklandığı veya imal edildiği yerleri merciine haber verirse, verilen bilginin suç ortaklarının yakalanmasını veya uyuşturucu veya uyarıcı maddenin ele geçirilmesini sağlaması hâlinde, hakkında cezaya hükmolunmaz.

- Kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın alan, kabul eden veya bulunduran kişi, resmî makamlar tarafından haber alınmadan önce, bu maddeyi kimden, nerede ve ne zaman temin ettiğini merciine haber vererek suçluların yakalanmalarını veya uyuşturucu veya uyarıcı maddenin ele geçirilmesini kolaylaştırırsa, hakkında cezaya

- Bu suçlar haber alındıktan sonra gönüllü olarak, suçun meydana çıkmasına ve fail veya diğer suç ortaklarının yakalanmasına hizmet ve yardım eden kişi hakkında verilecek ceza, yardımın niteliğine göre dörtte birden yarisına kadar indirilir.

- Uyuşturucu veya uyarıcı madde kullanan kişi, hakkında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmaktan dolayı soruşturma başlatılmadan önce resmî makamlara başvurarak tedavi ettirilmesini isterse, cezaya hükmolunmaz.

-Uyuşturucu Maddeyi İnfaz Kurumuna veya Tutukevine Sokmak (TCK'nın 297. Maddesi)

- Uyuşturucu maddenin ceza infaz kurumlarına veya tutukevlerine sokma: Uyuşturucu maddenin, ceza infaz kurumları veya tutukevlerine, kanuna aykırı olarak (ruhsatsız-reçetesiz) sokulmasıdır.

- Uyuşturucu maddenin ceza infaz kurumlarında veya tutukevlerinde bulundurulması: Uyuşturucu maddenin, ceza infaz kurumları veya tutukevlerinde, kanuna aykırı olarak (ruhsatsızreçetesiz) bulundurulmasıdır.

- Uyuşturucu maddenin ceza infaz kurumlarında veya tutukevlerinde kullanılması: Uyuşturucu maddenin, ceza infaz kurumları veya tutukevlerinde, kanuna aykırı olarak (reçetesiz) kullanılmasıdır.

Yaptırım: Fiil başka bir suç oluştursa bile ayrıca 2 yıldan 5 yıla kadar hapis cezasıdır.

2313 Sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun

Bu Kanun ile bazı uyuşturucu maddeler sayılarak bunların imali, ithali, ihracı ve satışı yasaklanmış ya da Sağlık Bakanlığının denetimine bırakılmıştır. Bilimsel inceleme sonucu sağlığa zararlı ve toksikomani (alışkanlık) yaptığı saptanan diğer uyuşturucu maddelerin Bakanlar Kurulu kararı ile bu Kanun kapsamına alınabileceği belirtilmiştir (m. 19).

Bakanlar Kurulu, 2313 sayılı Kanun'un verdiği yetki uyarınca değişik tarihlerde birçok uyuşturucu maddeyi bu Kanun kapsamına almıştır. Bu Kanunla, esrar elde etmek için kenevir ekimi yasaklanmış (m. 3), başka amaçlarla kenevir ekimi ise izne bağlanmış (m. 23/1); yasağa aykırı ya da izinsiz kenevir ekme ayrı ayrı suç olarak düzenlenmiştir. (m. 23/4). Bu Kanunun uygulamasını kolaylaştırmak amacıyla 27 maddeden oluşan “2313 Sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik” de mevcuttur.

-2313 Sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik

21.11.1982 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan Yönetmelikte başlıca şu konular yer almaktadır:

Uyuşturucu maddeleri zapt etmeye yetkili olanlar (m. 2).

Uyuşturucu maddelerin zapt edilmesi durumunda yapılacak işlem ve düzenlenecek tutanakta bulunması gereken konular (m. 3).

Uyuşturucu maddeden örnek alınması ve inceleme için gönderilmesi (m. 3–10).

Uyuşturucu maddelerin ve örneklerinin muhafazası (m. 11–12).

Müsadereesine karar verilen uyuşturucu maddelerle ilgili yapılacak işlemler (m. 13–14); imha heyetlerinin kuruluşu, görev yeri ve çalışma usulleri (m. 18–19).

Uyuşturucu maddelerin bir yerden başka bir yere gönderilmesi (m. 15–17).

İmha işlemleri (m. 20–23). 8- Laboratuvarlardaki örneklerin saklanması (m. 24); laboratuvarlar tarafından düzenlenen raporlar arasında farklılık bulunduğunda yapılacak işlem (m. 25).

-Kenevir Ekimi ve Kontrolü Hakkında Yönetmelik

21.10.1990 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan Yönetmelikte düzenlenen başlıca konular:

-Kenevir, lif, tohum kavramlarının tanımı (m. 4).

-Kenevir ekilecek il ve ilçeler (m. 5).

-Tarım ve Köyişleri Bakanlığı'nın, ekim bölgelerini azaltma veya çoğaltmaya yetkili olduğı (m. 6).

-Kenevir ekim izni için yapılacak başvurunun biçimi ve koşulları (m. 7); ekim izni verilmesi (m. 8); izin için yapılacak başvuruya ilişkin dilekçe örneğı (Ek 1); kenevir ekim izni belgesi örneğı (Ek 2).

-Kenevir ekiminin denetimi (m. 9–13).

2313 Sayılı Kanun'un 19. Maddesi Uyarınca Çıkarılan Bakanlar Kurulu Kararları

Bakanlar Kurulu, 2313 sayılı Kanun'un verdiği yetki uyarınca, değişik tarihlerde birçok uyuşturucu maddeyi 2313 sayılı Kanun kapsamına almıştır.

3298 SAYILI UYUŞTURUCU MADDELERLE İLGİLİ KANUN

19.06.1986 tarihinde yürürlüğe giren bu Kanun, başlıca aşağıdaki konuları düzenlemiştir:

-Bazı uyuşturucu maddeler sayılmış (haşhaş kapsülleri, ham afyon, koka yaprağı gibi), bunların alımı, satımı, imali, ithali ve ihracı Bakanlar Kurulu'nun denetimine bırakılmış (m. 1/1); kullanılmasının zararlı olduğu ve toksikomani yaptığı belirlenen diğer doğal veya yapay maddelerin de Bakanlar Kurulu kararı ile bu Kanun kapsamına alınabileceği belirtilmiştir (m. 1/3).

-Birinci maddede sözü edilen uyuşturucu maddelerin elde edileceği bitkilerin (haşhaş, koka ağacı gibi) ekimi izne bağlanmış (m. 1/3); haşhaş ekimi yapılacak ve haşhaş kapsülü üretilecek yerlerin her yıl Bakanlar Kurulu'nca belirlenip ilan edileceği öngörülmüştür (m. 2).

-İkinci maddede, Bakanlar Kurulunca belirlenen yerlerde haşhaş ekimi yapacak kişilerin ilgili kuruluştan (Toprak Mahsulleri Ofisi'nin yerel biriminden) izin almak zorunda oldukları belirtilmiştir.

-Üçüncü maddede ham afyon, hazırlanmış afyon, tıbbî afyon ve karışımlarının Türk Ceza Kanunu'nun uygulamasında uyuşturucu madde sayılacağı, izinsiz ham afyon üretenler hakkında Türk Ceza Kanunu'nun 188 ve sonraki maddelerinin uygulanacağı açıklanmıştır.

-İzinsiz ya da izne aykırı haşhaş ekimi, izinsiz ham afyon üretimi gibi suçlar düzenlenmiştir (m. 4).

-Haşhaşın Ekimi, Kontrolü, Toplanması, Değerlendirilmesi, İmhası, Satılması, İhracı ve İthali Hakkında Yönetmelik

04.05.1988 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan bu Yönetmelikte yer alan başlıca konular şunlardır:

1- Haşhaş ekilecek yerlerin tespiti; haşhaş ekimi ve kapsül üretimi için yapılacak başvurunun biçimi; gerekli izinin Toprak Mahsulleri Ofisinin mahalli teşkilatınca verileceği (m. 3–5).

2- Ekim ve üretimden vazgeçenler ile kaçak ekim durumunda yapılacak işlemler (m. 6–7).

3- Haşhaş ekiminin ve kapsül üretiminin denetimi (m. 8–18).

4- Haşhaş kapsülünün alımı ile ilgili işlemler (m. 20–21).

5- Toprak Mahsulleri Ofisi tarafından, haşhaş kapsülünden ilaç hammaddesi imal edilmesi; imal edilen ürünlerin ihracı; yurt içinde üretilmeyen uyuşturucu madde ve müstahzarlarının ithali (m. 22–24).

6- Haşhaş ekimi ve kapsül üretimi için yapılacak başvuruya ilişkin dilekçe ve verilecek izinle ilgili izin belgesi örnekleri (Ek); denetim sırasında düzenlenecek tutanakların örnekleri (Ek).

-Haşhaşın Ekimi, Kontrolü, Toplanması, Değerlendirilmesi, İmhası, Satılması, İhracı ve İthali Hakkında Yönetmelik

04.05.1988 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan bu Yönetmelikte yer alan başlıca konular şunlardır:

- Haşhaş ekilecek yerlerin tespiti; haşhaş ekimi ve kapsül üretimi için yapılacak başvurunun biçimi; gerekli izinin Toprak Mahsulleri Ofisinin mahalli teşkilatınca verileceği (m. 3–5).
- Ekim ve üretimden vazgeçenler ile kaçak ekim durumunda yapılacak işlemler (m. 6–7).
- Haşhaş ekiminin ve kapsül üretiminin denetimi (m. 8–18).
- Haşhaş kapsülünün alımı ile ilgili işlemler (m. 20–21).
- Toprak Mahsulleri Ofisi tarafından, haşhaş kapsülünden ilaç hammaddesi imal edilmesi; imal edilen ürünlerin ihracı; yurt içinde üretilmeyen uyuşturucu madde ve müstahzarlarının ithali (m. 22–24).
- Haşhaş ekimi ve kapsül üretimi için yapılacak başvuruya ilişkin dilekçe ve verilecek izinle ilgili izin belgesi örnekleri (Ek); denetim sırasında düzenlenecek tutanakların örnekleri (Ek).

-Haşhaş Kapsülü ve Tohumu Destekleme Alımı ve Satışı Hakkında Bakanlar Kurulu Kararları

Bakanlar Kurulu her yıl aldığı kararla, haşhaş kapsülü ve tohum destekleme alım ve satımına ilişkin esasları belirlemekte olup, bu kararlar Resmî Gazete’de yayınlanmaktadır.

Diğer İlgili Mevzuatlar

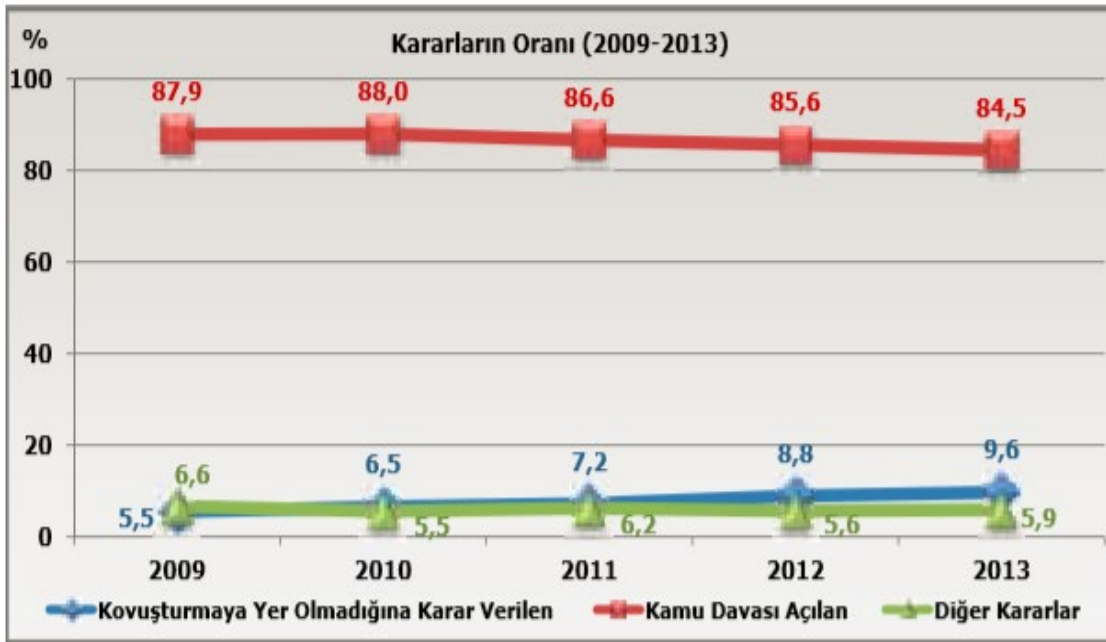
- 984 Sayılı Ecza Ticarethaneleriyle Sanat ve Ziraat İşlerinde Kullanılan Zehirli ve Müessir Kimyevi Maddelerin Satıldığı Dükkanlara Mahsus Kanun
- Ecza Depoları ve Ecza Depolarında Bulundurulanan Ürünler Hakkında Yönetmelik
- 1402 Sayılı Sıkıyönetim Kanunu
- 2559 Sayılı Polis Vazife ve Salahiyet Kanunu

- 2803 Sayılı Jandarma Teşkilat Görev ve Yetkileri Hakkında Kanun
- Jandarma Teşkilatı, Görev ve Yetkileri Yönetmeliği
- 1262 Sayılı İspençiyari ve Tıbbi Müstahzarlar Kanunu
- 2692 Sayılı Sahil Güvenlik Komutanlığı Kanunu
- Sahil Güvenlik Komutanlığının İdarî ve Adlî Görevlerine İlişkin Tüzük
- 2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu
- 4208 Sayılı Karaparanın Aklanmasının Önlenmesine Dair Kanun
- *Karaparanın Aklanmasının Önlenmesine Dair 4208 Sayılı Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik
- *Mali Suçlarla Mücadele Koordinasyon Kurulunun Çalışma Esas ve Usulleri Hakkında Yönetmelik
- * Kontrollü Teslimat, Uygulama Esas ve Usulleri Hakkında Yönetmelik
- 4458 Sayılı Gümrük Kanunu
- 2659 Sayılı Adlî Tıp Kurumu Kanunu
- 5271 sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu
- 5275 Sayılı Ceza Ve Güvenlik Tedbirlerinin İnfazı Hakkında Kanun'un Uyuşturucu İle İlgili Hükümleri
- 5584 Sayılı Posta Kanunu
- 5607 Sayılı Kaçakçılıkla Mücadele Kanunu
- 5607 Sayılı Kaçakçılıkla Mücadele Kanunu
- 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun
- 5395 Sayılı Çocuk Koruma Kanunu

4.2 Türkiye’de Uyuşturucu Kullanımının Coğrafi Bölgelere, Zaman ve Diğer Değişkenlere Göre Toplumsal Dağılımı

Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü Uyuşturucu İstatistikleri 2009-2013 verileri kullanılmıştır⁵⁶.

2009-2013 yılları arasında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçu ile ilgili Cumhuriyet başsavcılıklarında verilen kararlar incelendiğinde, 2009 yılında 63086 olan şüpheli sayısının 2013 yılına gelindiğinde %146,9 oranında artarak 155735'e ulaştığı görülmektedir. 2009-2013 yılları arasında şüpheliler hakkında verilen kamu davası açılma karar oranının ortalama % 86,5 olduğu görülmektedir.



Şekil 4.1 2009-2013 yılları arasında kararların oranı

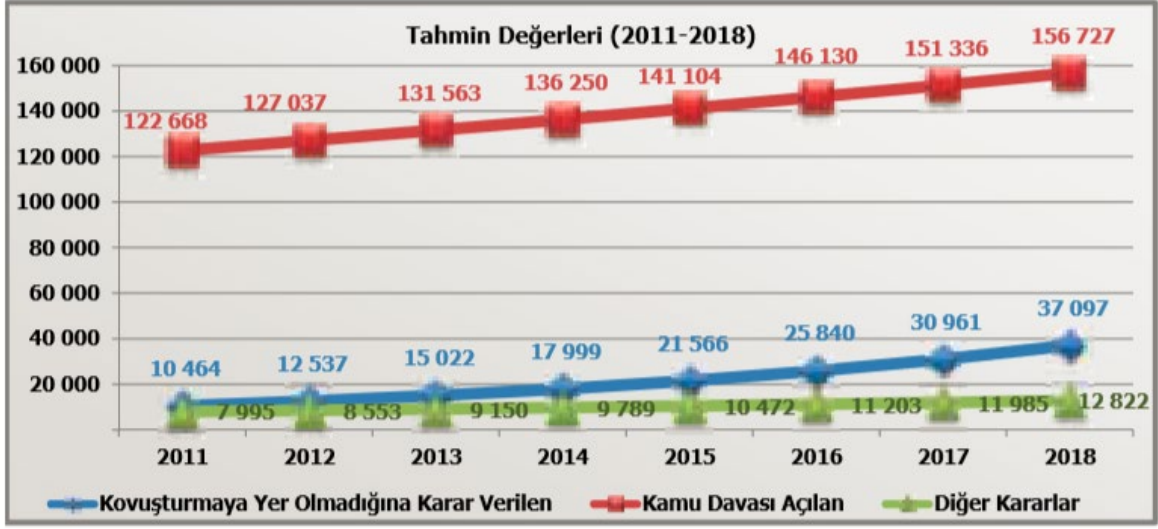
http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi:

01.06.2019

Cumhuriyet başsavcılıklarında kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçu ile ilgili şüpheliler hakkında verilen karar sayılarının 2010 yılı baz alınarak 2013 yılındaki artış hızları; kovuşturmayaya yer olmadığı kararlarında 1,19, kamu davası açılması kararlarında 1,03 ve diğer kararlar için 1,06 olarak hesaplanmıştır.

⁵⁶ 2009-2013 Adli Sicil ve İstatistik Genel Müdürlüğü Uyuşturucu İstatistikleri, Erişim Tarihi: 30.05.2019
http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf

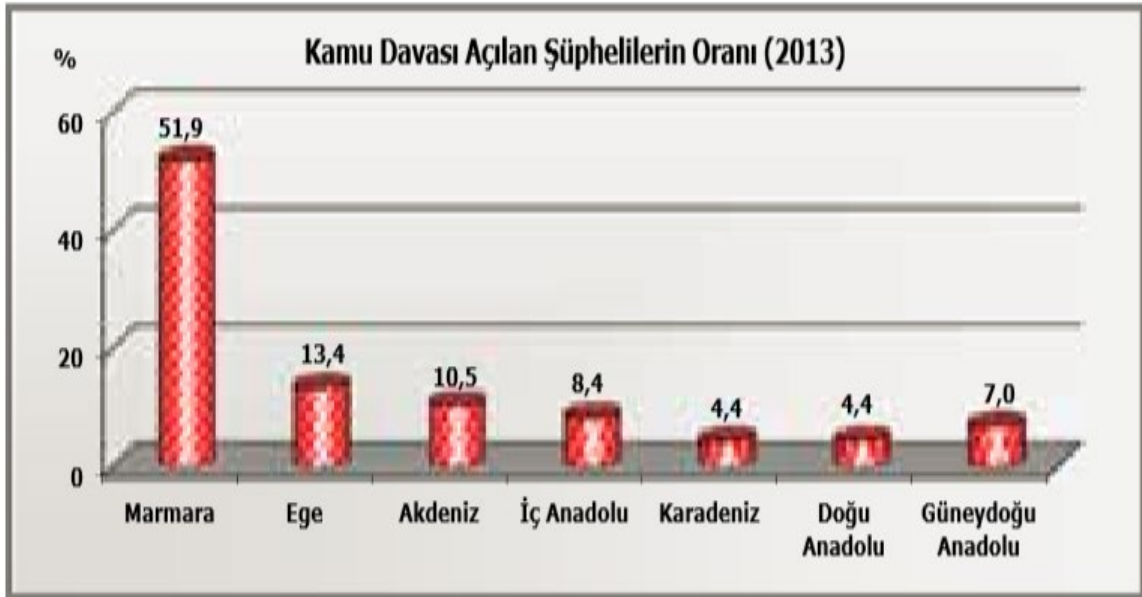
Tahmin değerleri matematiksel üstel fonksiyon artış yöntemi ile yıllar itibarıyla artış hızının sabit kaldığı varsayılararak hesaplanmıştır.



Şekil 4.2 2011-2018 yılları arasında kararların tahmini değerleri

http://www.adliscil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi:

01.06.2019



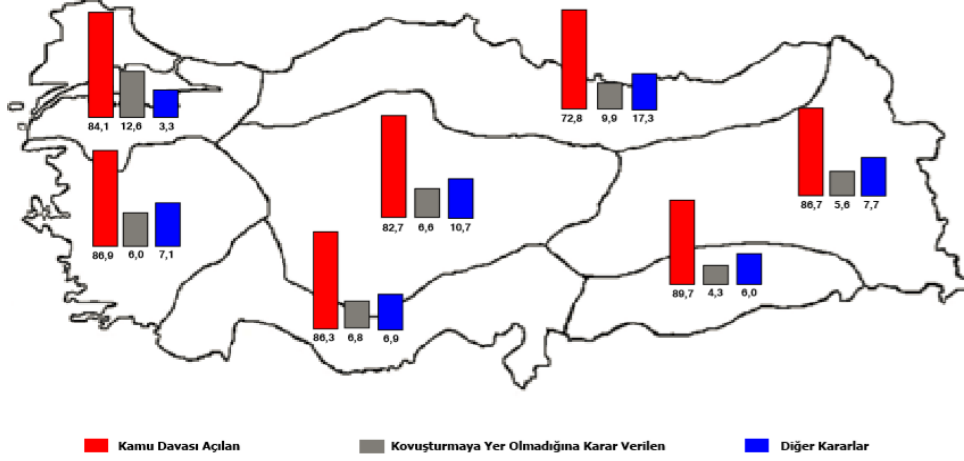
Şekil 4.3 Kamu davası açılan şüphelilerin oranı

http://www.adliscil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi:

01.06.2019

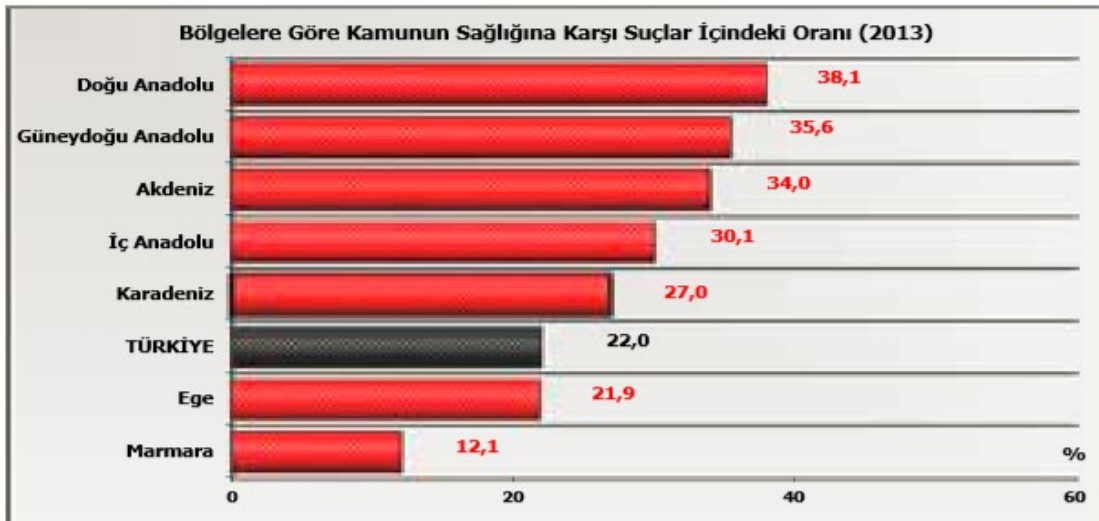
2013 yılında haklarında kamu davası açılan şüphelilerin bölgelere göre oranına bakıldığında, nüfusun yoğun olduğu Marmara ve Ege bölgeleri ilk sıralarda yer almıştır. Bölgelerin erişkin bin nüfustaki oranlarına bakıldığında ise kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın

almak, kabul etmek veya bulundurmak suçunda yine ilk sıraları Marmara ve Ege bölgelerinin aldığı görülmektedir.



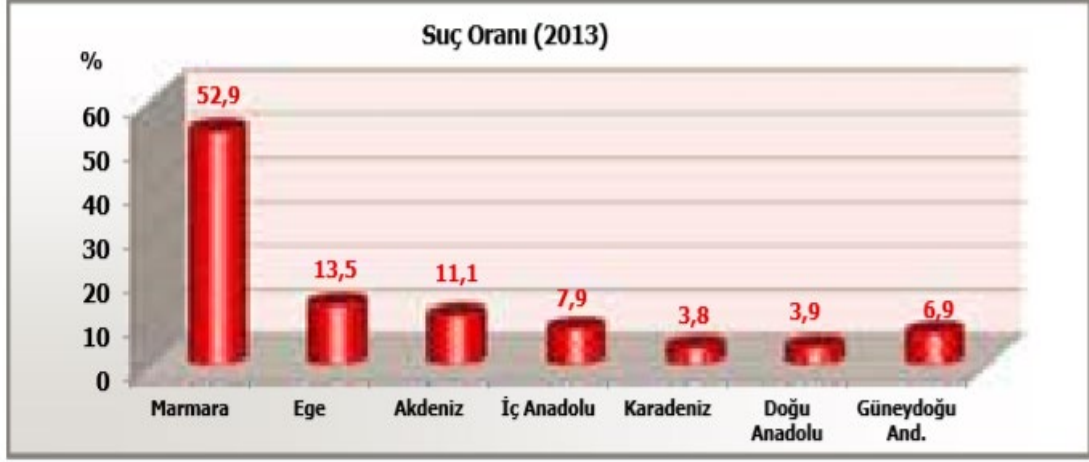
Şekil 4.4 Soruşturma evresinde şüpheliler hakkında verilen kararların dağılımı,
http://www.adliscil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi:
01.06.2019

Kamunun sağlığına karşı işlenen suçlar içinde, uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti ile kullanılması kolaylaştırma suçu oranının en yüksek %38,1 ile Doğu Anadolu; en düşük %12,1 ile Marmara Bölgesi'nde olduğu görülmektedir. Bu oranın Türkiye ortalaması ise %22,0'dır.



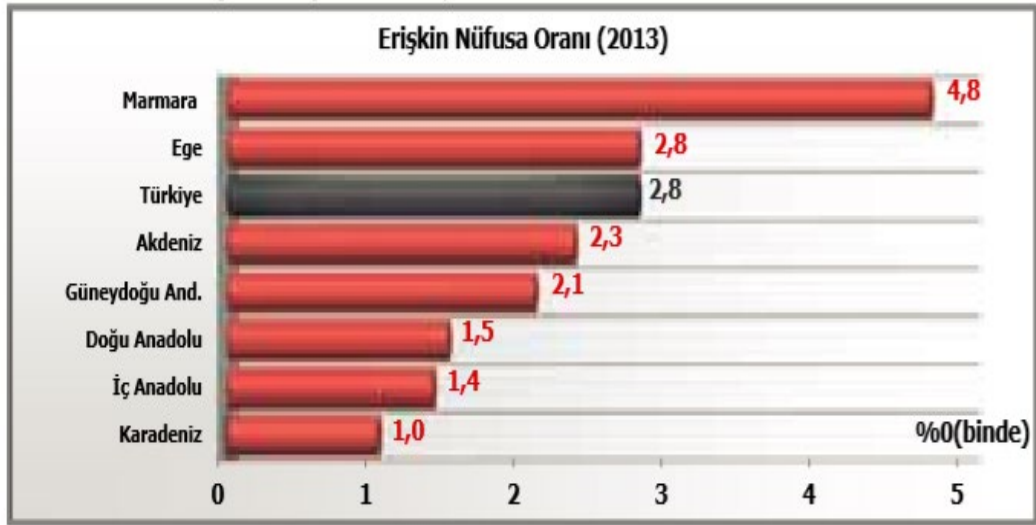
Şekil 4.4 Bölgelere göre kamunun sağlığına karşı suçlar içindeki oranı
http://www.adliscil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi:
01.06.2019

Kullanmak için uyuşturucu madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçuna ilişkin açılan davalardaki suç sayıları oranlarının bölgelere göre dağılımı incelendiğinde %52,9 oranı ile Marmara Bölgesi en yüksek, %3,8 oranı ile Karadeniz Bölgesi en düşük orana sahiptir.



Şekil 4.5 Davalardaki suç sayıları oranlarının bölgelere göre dağılımı

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi: 01.06.2019

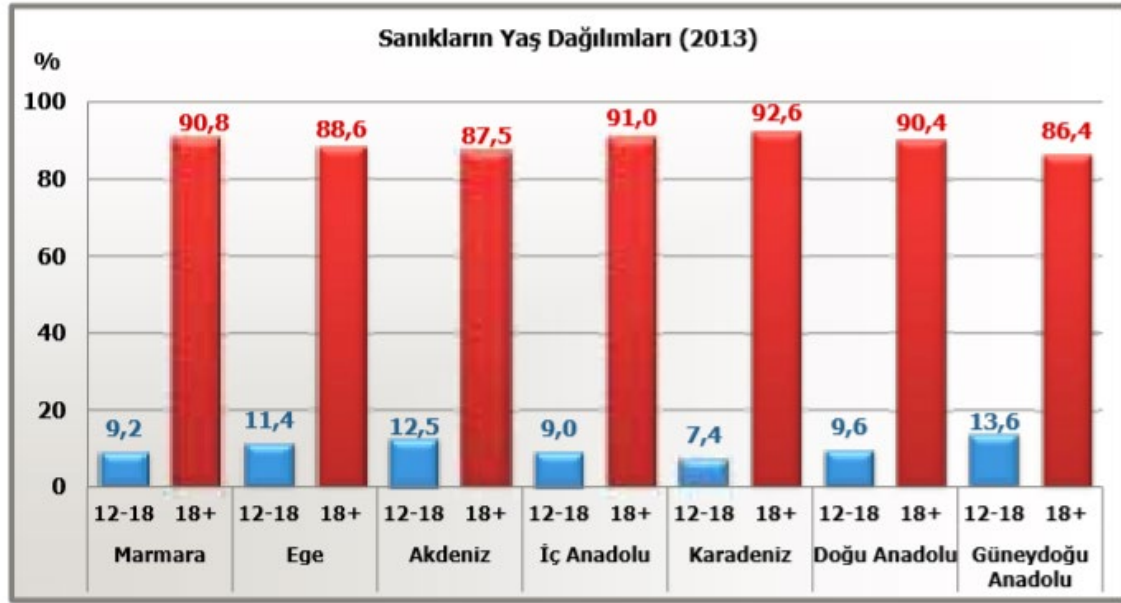


Şekil 4.6 Açılan davalardaki suçların erişkin nüfusa oranı

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi: 01.06.2019

Kullanmak için uyuşturucu madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçuna ilişkin açılan davalardaki suçların erişkin bin nüfustaki oranı bölge bazlı incelendiğinde Marmara ve Ege bölgeleri Türkiye ortalamasının (2,8) üzerindeyken Akdeniz, Güneydoğu Anadolu, Doğu Anadolu, İç Anadolu ve Karadeniz bölgeleri Türkiye ortalamasının altındadır.

Türkiye genelinde kullanmak için uyuşturucu madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçuna ilişkin açılan davalardaki suça sürüklenen çocukların oranının en yüksek olduğu bölge %13,6 ile Güneydoğu Anadolu, en düşük olduğu bölge ise %7,4 ile Karadeniz'dir.

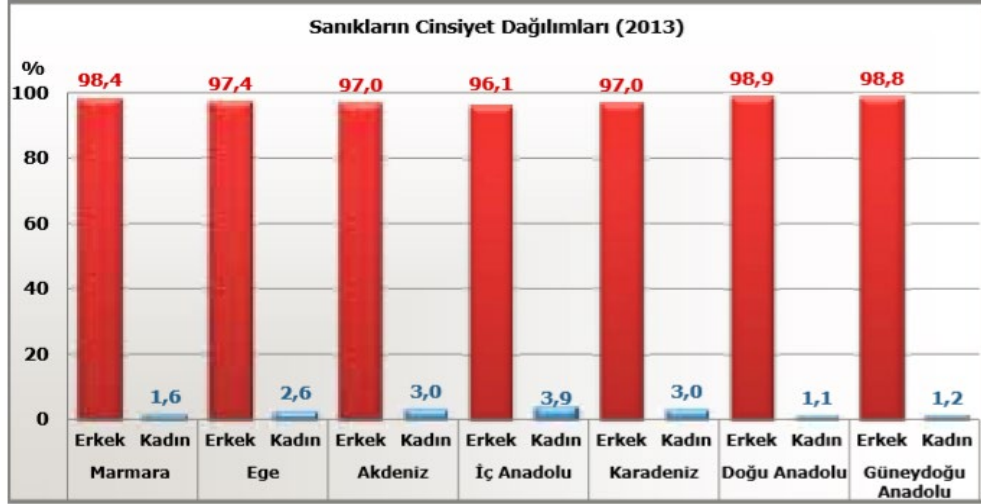


Şekil 4.7 Sanıkların yaş dağılımları

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi:

01.06.2019

Türkiye genelinde kullanmak için uyuşturucu madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçuna ilişkin açılan davalardaki sanıkların %2,1'inin kadın, %97,9'unun ise erkek olduğu görülmektedir. Bölgeler cinsiyet dağılımları bakımından önemli farklılıklar göstermemektedir.

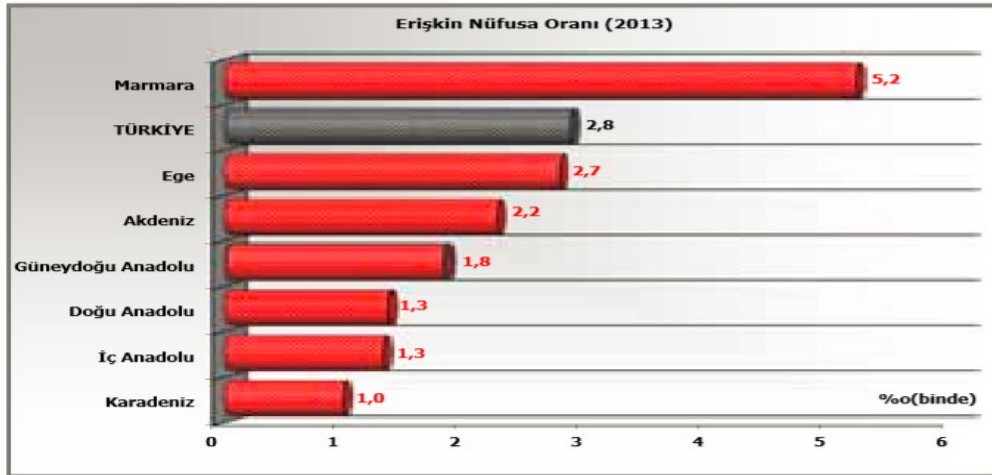


Şekil 4.8 Sanıkların cinsiyet dağılımları

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi:

01.06.2019

Grafik incelendiğinde kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmamak suçuna ilişkin 2009 yılında %67,7 olan mahkumiyet karar oranının 2013 yılına gelindiğinde %62,6'ya düştüğü, beraat karar oranının 2009-2013 yılları arasında ortalama %11-18 oranında seyrettiği, hükmün açıklanmasının geri bırakılması karar oranının ise 2009 yılında %8,9 iken 2013 yılına gelindiğinde %11,8'e yükseldiği görülmüştür.

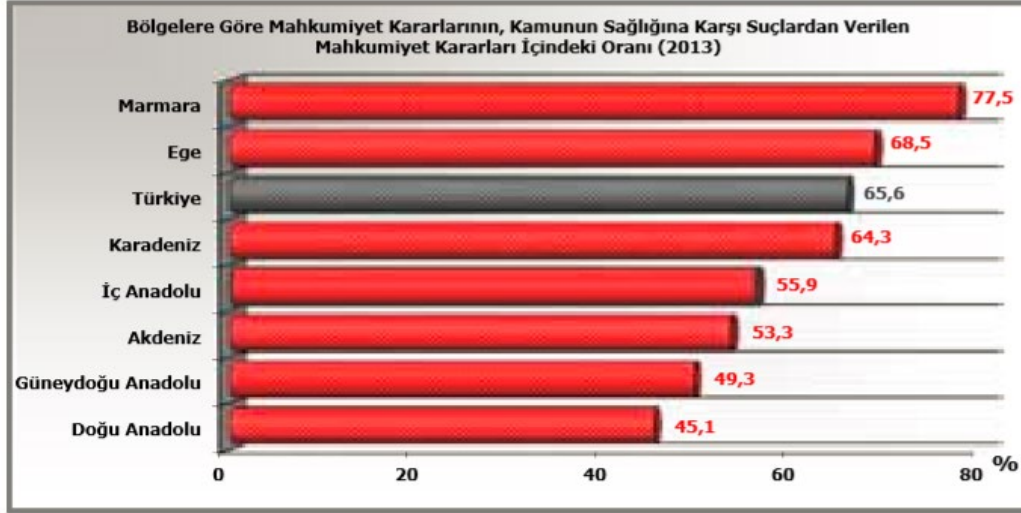


Şekil 4.9 Erişkin nüfusa oranı

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi:

01.06.2019

2013 yılında ceza mahkemelerinde kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçları bölge nüfusları ile ilişkilendirildiğinde yine birinci sırada Marmara Bölgesi'nin olduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla Ege ve Akdeniz Bölgeleri takip etmektedir.

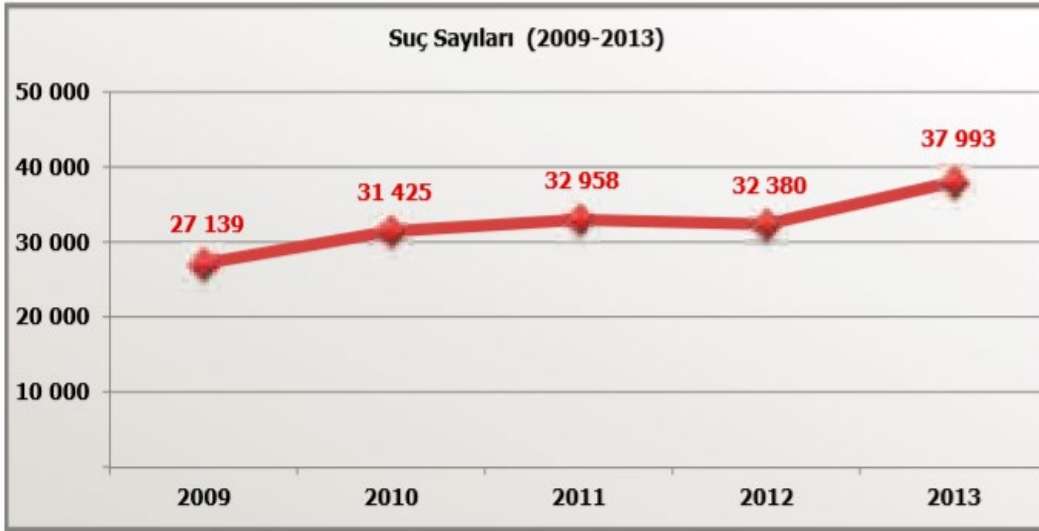


Şekil 4.10 Bölgelere göre mahkumiyet kararlarının kamu sağlığına karşı suçlardan verilen mahkumiyet kararları içindeki oranı

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi:

01.06.2019

2013 yılında ceza mahkemelerinde kamunun sağlığına karşı işlenen suçlara verilen mahkumiyet kararlarının içinde, kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçlarına verilen mahkumiyet karar oranının en fazla olduğu bölge %77,5 oranı ile Marmara Bölgesi'dir. Bunu % 68,5 oranı ile Ege ve % 64,3 oranı ile Karadeniz Bölgesi takip etmektedir. Türkiye'de kamunun sağlığına karşı işlenen suçlara ilişkin verilen 177598 mahkumiyet kararının 116571' inin (% 65,6) kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçundan olduğu görülmektedir.

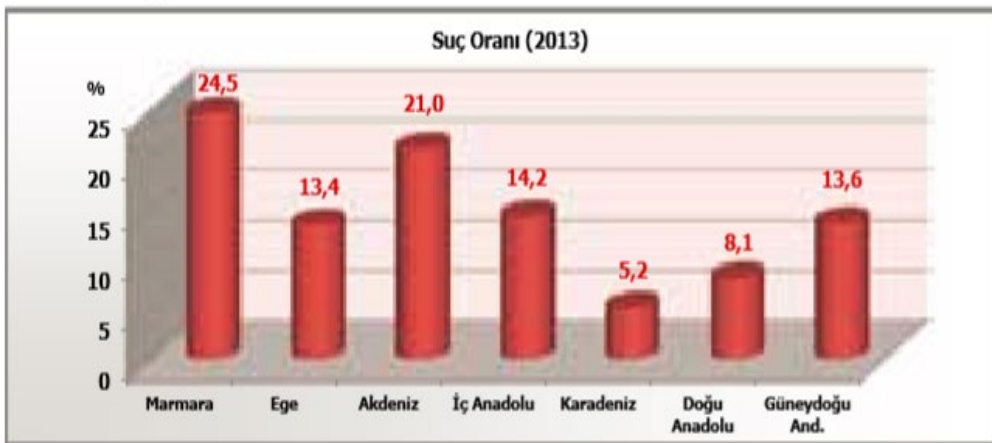


Şekil 4.11 Yıllara göre suç sayıları

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi: 01.06.2019

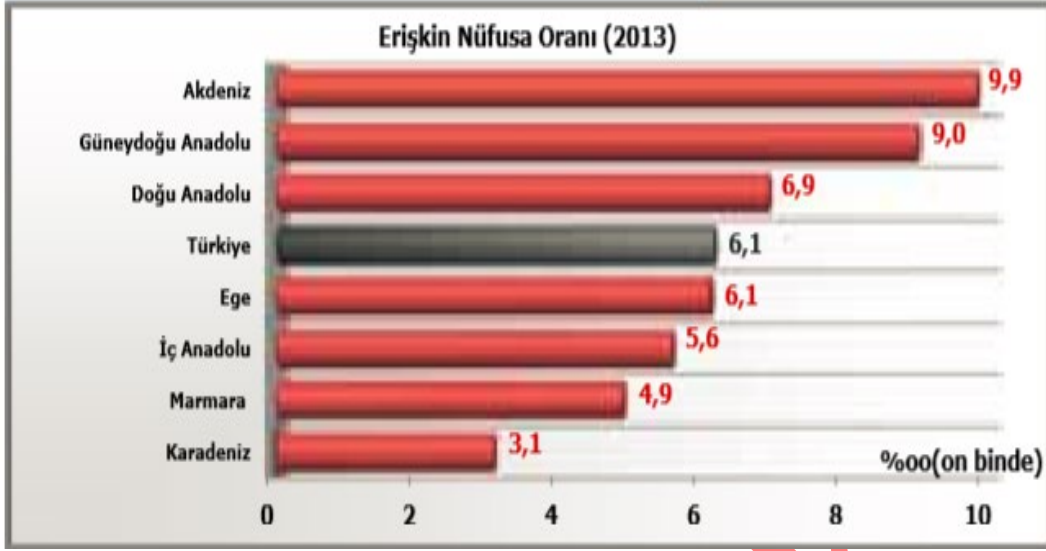
Uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti ile kullanılmasını kolaylaştırma suçuna ilişkin açılan davalardaki suç sayısının 2009 yılı baz alınarak hesaplandığında 2010 yılında 0,16, 2013 yılında 0,4 kat arttığı görülmüştür. Yıllar itibarıyla sanıkların %93'ünü 18 yaşından büyük sanıklar oluştururken, suça sürüklenen çocukların oranı ise %7'dir.

Uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti ile kullanılmasını kolaylaştırma suçuna ilişkin açılan davalardaki suç sayıları oranlarının bölgelere göre dağılımı incelendiğinde %24,5 oranı ile Marmara Bölgesi en yüksek orana sahip iken %5,2 oranı ile Karadeniz Bölgesi en düşük orana sahiptir.



Şekil 4.12 Bölgelere göre suç oranı

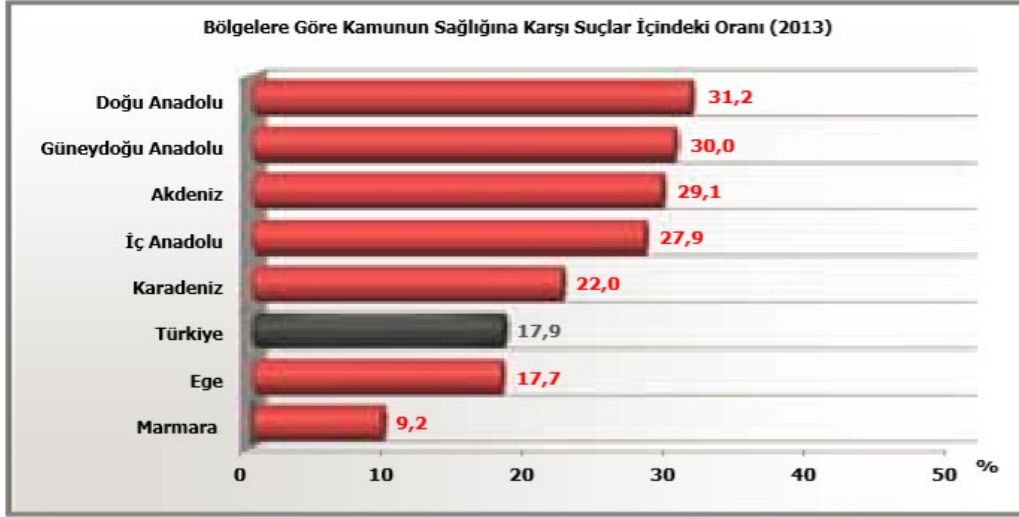
http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi: 01.06.2019



Şekil 4.13 Suçların erişkin nüfustaki oranı

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi: 01.06.2019

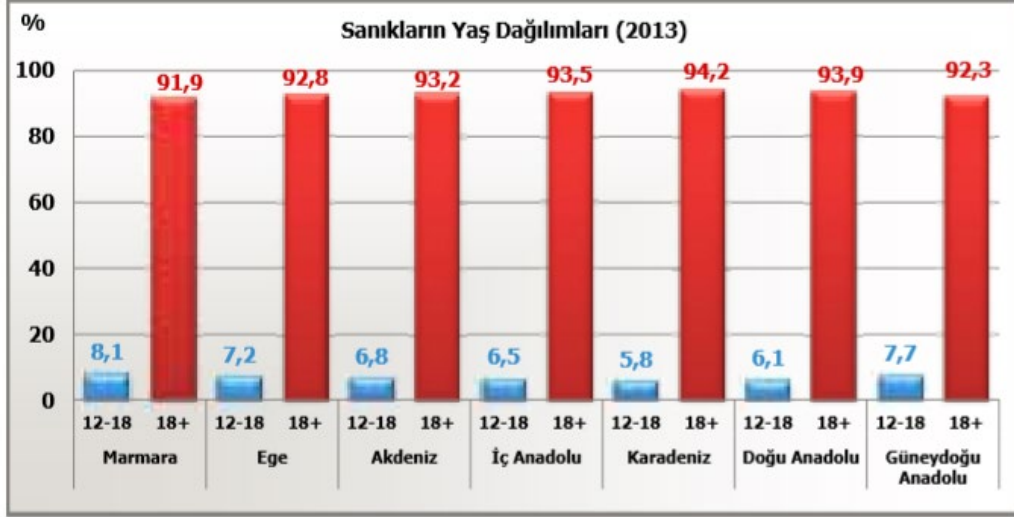
Uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti ile kullanılmasını kolaylaştırma suçuna ilişkin açılan davalardaki suçların erişkin onbin nüfustaki oranı bölge bazlı incelendiğinde Akdeniz, Güneydoğu Anadolu, Doğu Anadolu bölgeleri Türkiye ortalamasının (6,1) üzerindeyken Ege, İç Anadolu, Marmara ve Karadeniz bölgeleri Türkiye ortalamasının altındadır.



Şekil 4.14 Bölgelere göre kamunun sağlığına karşı suçlar içindeki oranı

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi: 01.06.2019

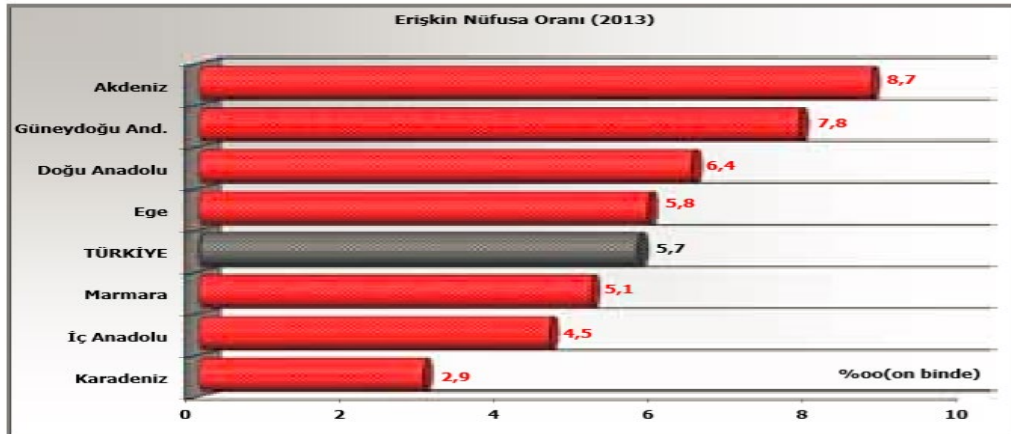
2013 yılında kamunun sağlığına karşı açılan davalardaki suçlarda uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti ile kullanılmasını kolaylaştırma suç oranı Türkiye genelinde %17,9'dur. Bu oran bölgeler arasında farklılık göstermekle birlikte %31,2 oranı ile en yüksek Doğu Anadolu Bölgesi'nde; %9,2 oranı ile en düşük Marmara Bölgesi'nde görülmüştür.



Şekil 4.15 Sanıkların yaş dağılımları

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi: 01.06.2019

Türkiye genelinde uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti ile kullanılmasını kolaylaştırma suçuna ilişkin açılan davalardaki suça sürüklenen çocukların oranının en yüksek olduğu bölge %8,1 ile Marmara, en düşük olduğu bölge ise %5,8 ile Karadeniz'dir.



Şekil 4.16 Uyuşturucu ve uyarıcı imalatı ve kullanımını kolaylaştırma suçlarının erişkin nüfusa oranı

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi: 01.06.2019

2013 yılında ceza mahkemelerinde karara bağlanan davalardaki uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti ile kullanılmasını kolaylaştırma suçları bölge nüfusları ile ilişkilendirildiğinde birinci sırada Akdeniz Bölgesi'nin olduğu görülmektedir. Bunu sırasıyla Güneydoğu Anadolu ve Doğu Anadolu bölgeleri takip etmektedir.



Şekil 4.17 Bölgelere göre kamunun sağlığına karşı suçlar içindeki oranı

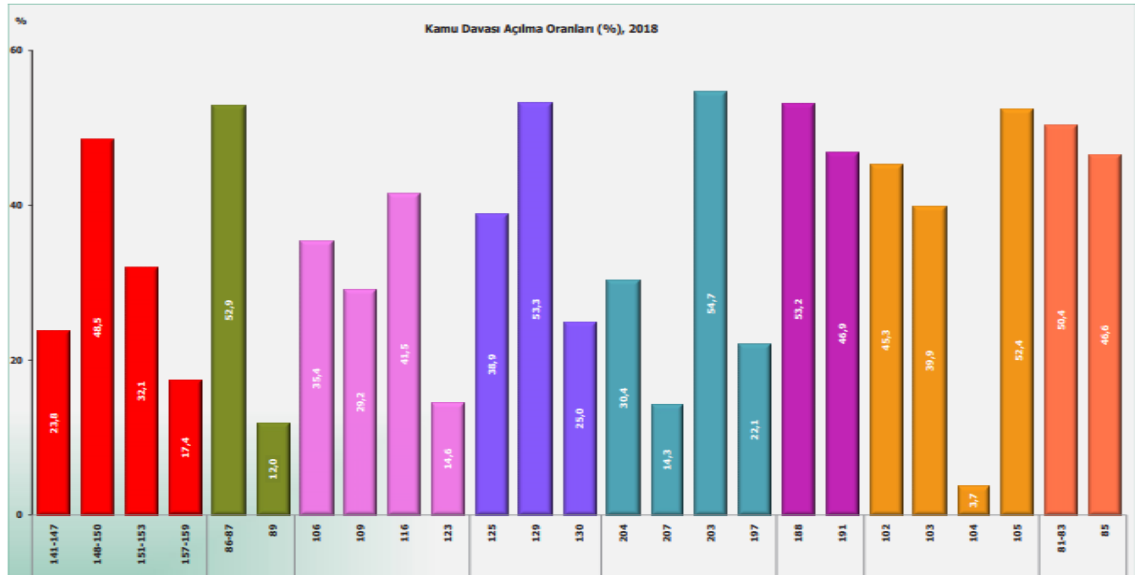
http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/pdf/uyu%C5%9Fturucu_2013.pdf, Erişim Tarihi: 01.06.2019

2013 yılında ceza mahkemeleri karara bağlanan davalardaki kamunun sağlığına karşı işlenen suçlar içinde uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti ile kullanılmasını kolaylaştırma suçunun en fazla işlendiği bölge % 31.8 oranı ile Doğu Anadolu Bölgesi'dir. Bunu %29,9 oranı ile Güneydoğu Anadolu ve % 27,5 oranı ile Akdeniz Bölgesi takip etmektedir. Türkiye'de kamunun sağlığına karşı işlenen suçlara ilişkin verilen 213 486 kararın 35 164'ünün (%10) uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti ile kullanılmasını kolaylaştırma suçundan olduğu görülmektedir.

Tablo 4.1 Özel kanunlar uyarınca sonuçlanan soruşturmalarda suç ve karar türüne göre suç sayıları ve oranları, 2018.

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/istatistik_2018/istatistik2018.pdf, Erişim Tarihi: 02.06.2019

İsnad Edilen Suç Türü	Kanun No	Kovuşturmaya Yer Olmadığına Dair Karar Verilen	%	Kamu Davası Açılan	%	Diğer Kararlar	%	Toplam	%
Uyuşturucu Maddelerinin Mukarebesi Hakkında Kanun	2313	703	10,1	4242	61,1	1994	28,7	6939	1,3



Şekil 4.18 Kamu davası açılma oranları, 2018

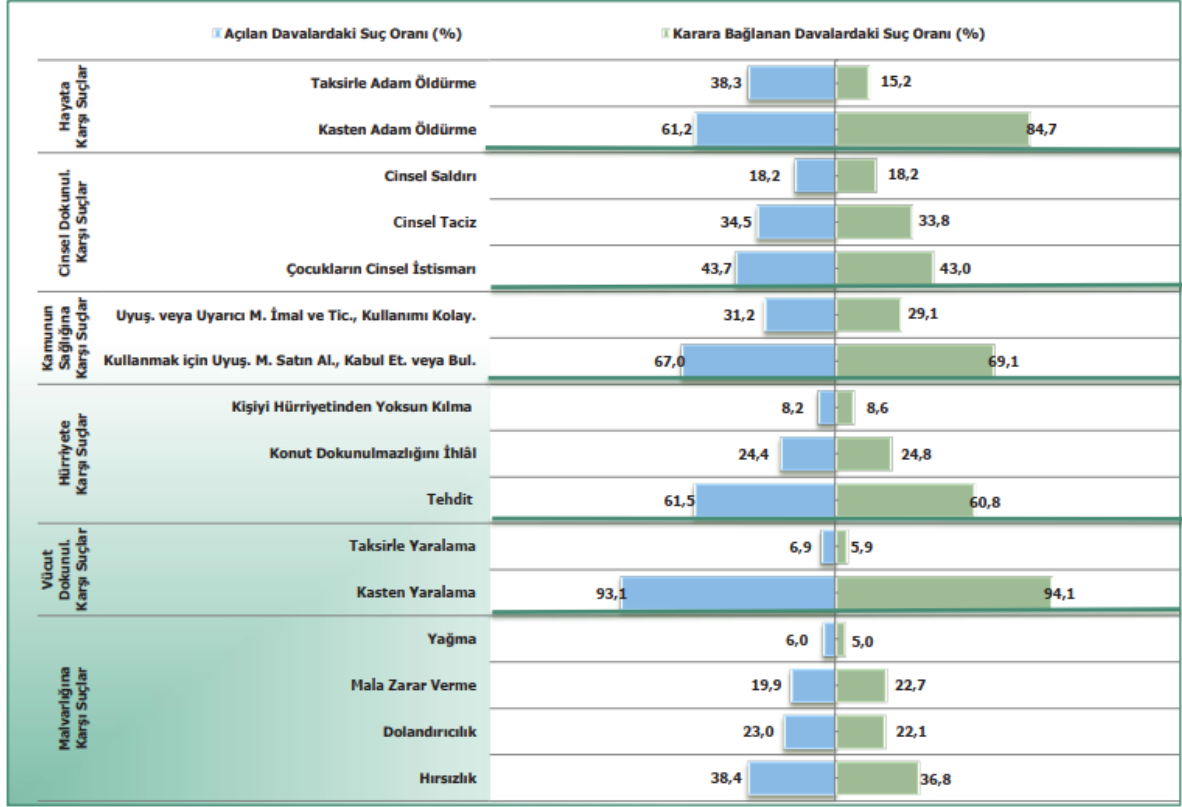
http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/istatistik_2018/istatistik2018.pdf, Erişim Tarihi: 02.06.2019

Kamunun sağlığına karşı suçlarda en fazla %53,2 oranı ile uyuşturucu veya uyarıcı madde imal ve ticareti, en az %46,9 oranı ile kullanmak için uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmamak yer almaktadır⁵⁷.

⁵⁷ Adli İstatistikler 2018, http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/istatistik_2018/istatistik2018.pdf, Erişim Tarihi: 02.06.2019.

Tablo 4.2 TCK uyarınca açılan ve karara bağlanan davalardaki suç sayılarının türüne göre dağılımı, Türkiye (2018)

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/istatistik_2018/istatistik2018.pdf, Erişim Tarihi: 02.06.2019



Tablo 4.3 Suç türüne göre karar sayıları ve oranları, 2018

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/istatistik_2018/istatistik2018.pdf, Erişim Tarihi: 02.06.2019

					Türüne Göre Karar Sayıları ve Oranları										
İsnağ Edilen Suç Türü	Suç Adı	TCK Madde No	Açılan Davalardaki Suç Sayısı	%	Mahkûmiyet (*)	% Beraat	% Hükümün Açıklanmasının Geri Bırakılması	% Yetkisizlik, Görevsizlik, Birleştirme	% Diğer Kararlar	% Toplam					
Kamunun Sağlığına Karşı Suçlar	Kullanmak İçin Uyuşturucu Mad.Satın Alma, Kabul Etmek veya Bulun.	191	1 555	66,3	640	35,4	128	7,1	501	27,7	116	6,4	423	23,4	1 808
	Uyuşturucu veya Uyar. Mad. İmal ve Ticareti ile Kul. Kolaylaştırma	188-190	786	33,5	551	54,7	165	16,4	18	1,8	219	21,7	55	5,5	1 008
	Diğer		3	0,2		0,0		0,0		0,0		0,0	1	100,0	1
	Toplam		2 344	100,0	1 191	42,3	293	10,4	519	18,4	335	11,9	479	17,0	2 817

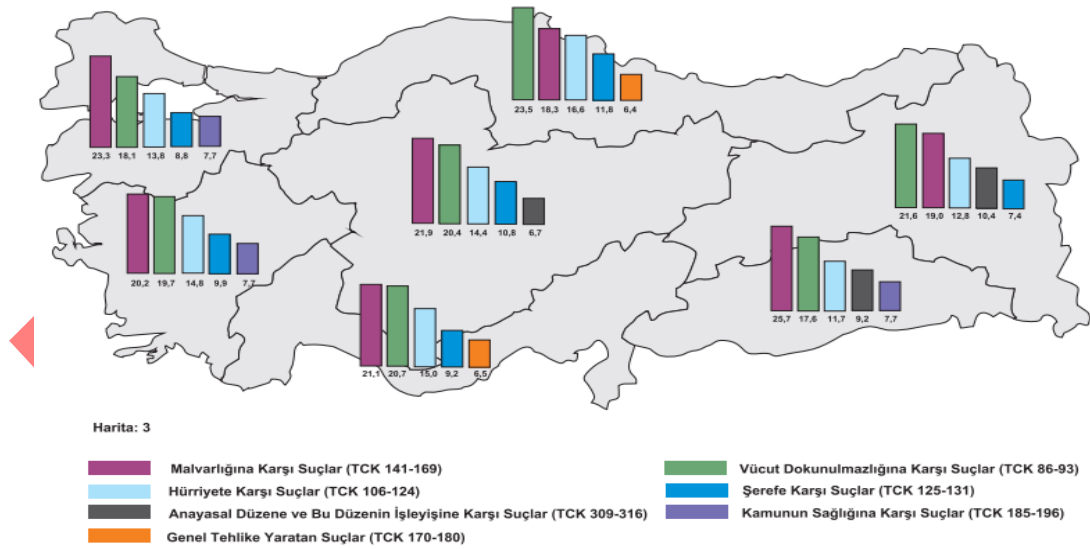
Tablo 4.4 Suça sürüklenen çocuklar hakkında TCK uyarınca açılan davalardaki suç yoğunluğuna göre verilen karar sayıları, İstanbul (2018)

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/istatistik_2018/istatistik2018.pdf, Erişim Tarihi: 02.06.2019

					Türüne Göre Karar Sayıları ve Oranları											
İsnad Edilen Suç Türü	Suç Adı	TCK Madde No	Açılan Davalardaki Suç Sayısı	%	Mahkûmiyet (*)	%	Beraat	%	Hükmün Açıklanmasının Geri Bırakılması	%	Yetkisizlik, Görevsizlik, Birleştirme	%	Diğer Kararlar	%	Toplam	
Kamunun Sağlığına Karşı Suçlar	Kullanmak İçin Uyuşturucu Mad.Satın Alma, Kabul Etmek veya Bulun.	191	1 535	66,3	640	35,4	128	7,1	501	27,7	116	6,4	423	23,4	1 808	
	Uyuşturucu veya Uyar. Mad. İmal ve Ticareti ile Kul. Kolaylaştırma	188-190	786	33,5	551	54,7	165	16,4	18	1,8	219	21,7	55	5,5	1 008	
	Diğer		3	0,2		0,0		0,0		0,0		0,0	1	100,0	1	
	Toplam		2 344	100,0	1 191	42,3	293	10,4	519	18,4	335	11,9	479	17,0	2 817	

Kamu sağlığına karşı işlenen suçlarda açılan davalarda ise ilk sırayı % 66,3 oranı ile kullanmak için uyuşturucu veya uyuşturucu veya uyarıcı madde satın almak, kabul etmek veya bulundurmak suçu yer almaktadır. Bu suça ilişkin verilen kararlara bakıldığında % 35,4 oranında mahkumiyet, % 7,1 oranında beraat verilmişken, % 27,7 oranında hükmün açıklanmasının geri bırakılması kararı verilmiştir.

TCK Uyarınca Açılan Davalarda Coğrafi Bölgelere Göre İlk Beş Sırayı Alan Suçlar, BÖLGE-TÜRKİYE (2018)



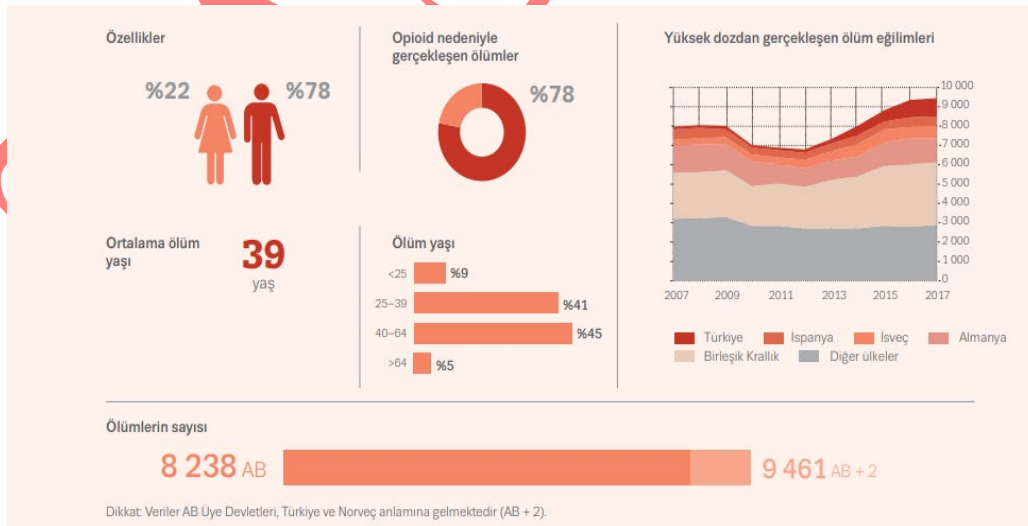
Şekil 4.19 TCK uyarınca davalarda coğrafi bölgelere göre ilk beş sırayı alan suçlar, Bölge-Türkiye, 2018.

http://www.adlisicil.adalet.gov.tr/istatistik_2018/istatistik2018.pdf, Erişim Tarihi: 02.06.2019

4.3 Uyuşturucu Kullanımı İle İlişkili Morbidite, Mortalite Verileri

2019 Avrupa Uyuşturucu Raporuna göre uyuşturucu kullanımı, Avrupalı yetişkinler arasında önlenebilir ölümlerin kabul edilen nedenlerinden biridir. Genel itibariyle, Avrupa’da, opioid kullanıcılarının ölüm ihtimali aynı yaş ve cinsiyetteki akranlarından 5 ile 10 kat fazladır. Opioid kullanıcıları arasında aşırı doza bağlı ölüm oranında sağlanacak bir azalmanın ifade ettiği önemi kabul görmektedir. Ancak, enfeksiyonlar, kazalar, cinayet ve intihar dâhil şiddet vakaları gibi uyuşturucu kullanımıyla dolaylı yoldan bağlantılı diğer ölüm nedenleri de bu grupta ölüm oranının önemli sebepleri arasında yer almaktadır. Kronik akciğer ve karaciğer rahatsızlıklarının yanı sıra kardiyovasküler sorunlar sık sık görülmekte olup bu sorunlar artık yaşlı ve kronik uyuşturucu kullanıcılarında artan sayıda ölüme neden olmaktadır.

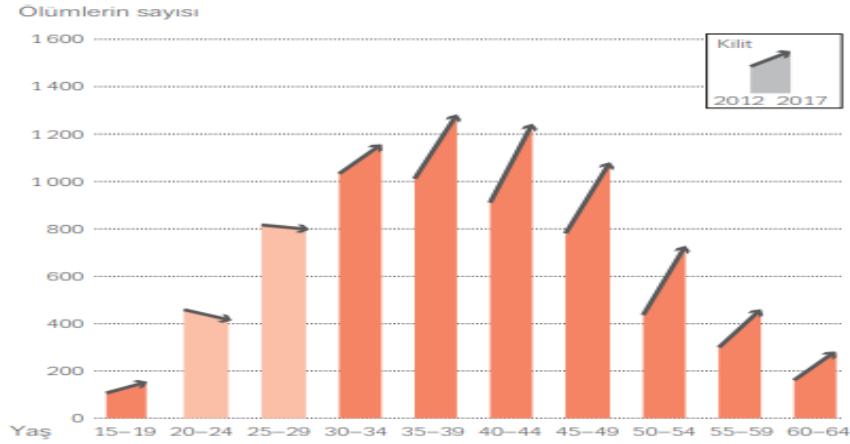
2017 yılında Avrupa Birliği’nde aşırı doza bağlı en az 8238 ölüm yaşandığı tahmin edilmektedir, bunlar en az bir ya da daha fazla yasadışı uyuşturucu madde içerir. Bu sayı, Norveç ve Türkiye dâhil edildiğinde yaklaşık 9461’e yükselerek 2016 yılında revize edilmiş tahmini rakam olan 9397’ye yükselmiştir. AB genel toplamı da 2016 yılı ile karşılaştırıldığında ise stabildir. Geçen yıllarda olduğu gibi, Birleşik Krallık (%34) ve Almanya (%13) AB, Norveç ve Türkiye’de raporlanan aşırı doza bağlı tüm ölümlerin neredeyse yarısından sorumludur. Aşırı dozdan ölen kişilerin dörtte üçünden fazlası erkektir (%78). Ortalama ölüm yaşı artmaya devam etmiş ve 2017 yılında 39,4 yaşa ulaşmıştır. Erkekler kadınlardan 2 yaş daha gençtir.



Şekil 4.20 Uyuşturucu nedeniyle ölümler

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001TRN_PDF_1.pdf, Erişim Tarihi: 24.06.2019

Avrupa’da 2012 - 2017 yıllarında, veya en son yılda, uyuşturucu kaynaklı raporlanan ölümlerin sayısı, yaş bandına göre



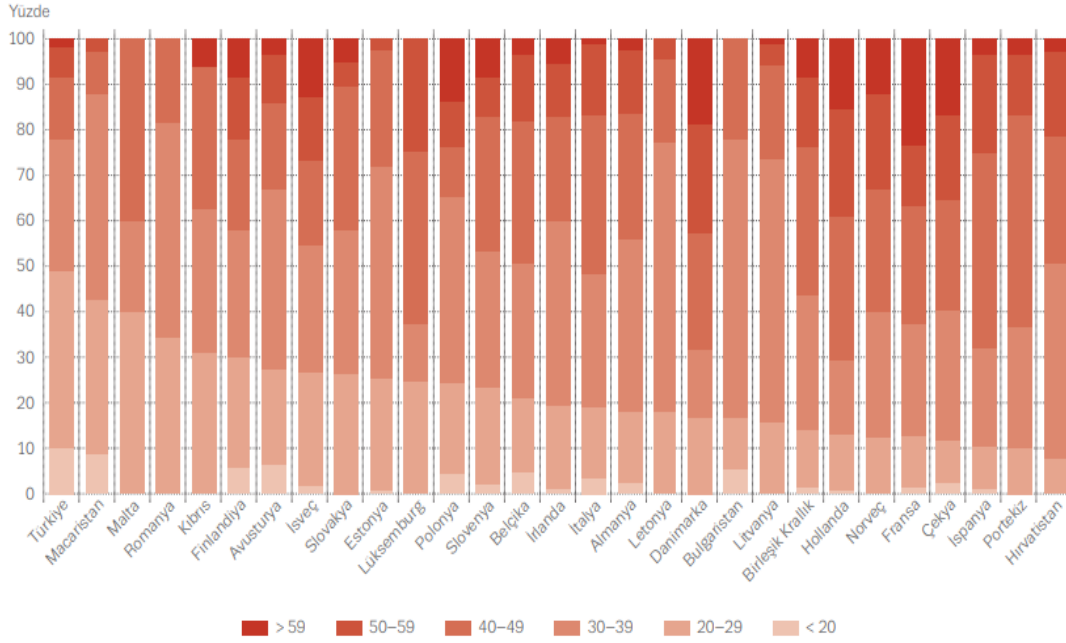
Şekil 4.21 2012-2017 yılları arasında uyuşturucu kaynaklı raporlanan ölümlerin sayısı

http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001TRN_PDF_1.pdf, Erişim Tarihi: 24.06.2019

2012 ve 2017 arasında, Avrupa Birliği’nde aşırı doza bağlı ölümler 30 yaşın üstündeki tüm yaş kategorilerinde artmıştır. 50 yaşın üzerindeki gruplarda görülen ölüm oranı toplamda %62 artarken daha genç yaş gruplarında ölüm oranları genellikle sabittir. 2017 yılında Türkiye tarafından raporlanan ölümcül aşırı doz vakalarının analizi, Avrupa Birliği ortalamasından daha genç bir profile işaret etmekte olup yaş ortalaması 32’dir.

2017 yılında, Avrupa’da aşırı doza bağlı ölüm oranlarının 15-64 yaş aralığında her milyon nüfus başına 22,6 ölüm şeklinde olacağı tahmin edilmektedir. Erkekler arasındaki oran (bir milyon erkek başına 35,8 vaka), kadınlar arasındaki orandan (bir milyon kadın başına 9,3 vaka) neredeyse dört kat daha büyüktür. Ulusal mortalite oranları ve eğilimleri önemli derecede farklılık göstermektedir. Mevcut en son verilere göre, 8 kuzey Avrupa ülkesinde milyon kişi başına 40’ın üzerinde ölüm vakası yaşandığı bildirilmiş, en yüksek oranlar ise Estonya (milyonda 130) ve İsveç’te (milyonda 92) bildirilmiştir.

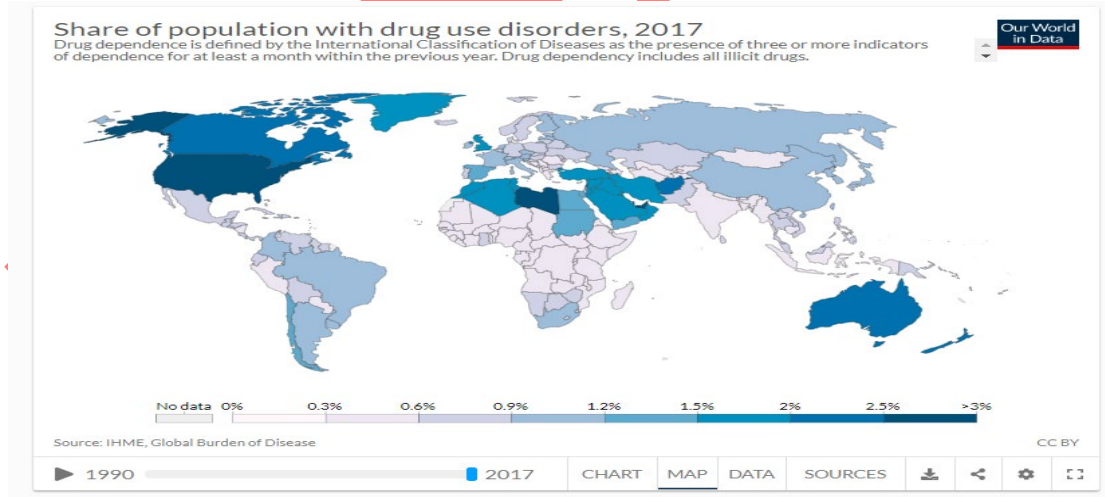
Avrupa'da 2017 yılında, veya en son yılda, uyuşturucu kaynaklı raporlanan ölümlerin dağılımı, 10 yaş bandına göre



Şekil 4.22 Avrupa'da 2017 yılında, veya en son yılda, uyuşturucu kaynaklı raporlanan ölümlerin dağılımı

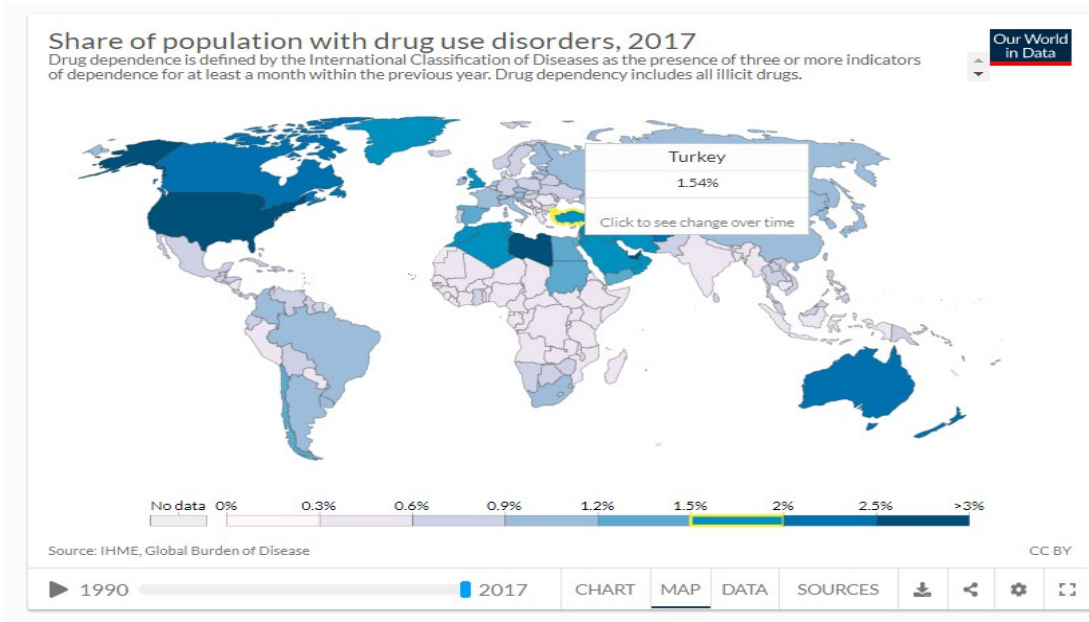
http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001TRN_PDF_1.pdf, Erişim Tarihi: 24.06.2019

2017 yılında madde kullanım bozuklarına göre popülasyon dağılımı aşağıdaki grafikte görülmektedir.

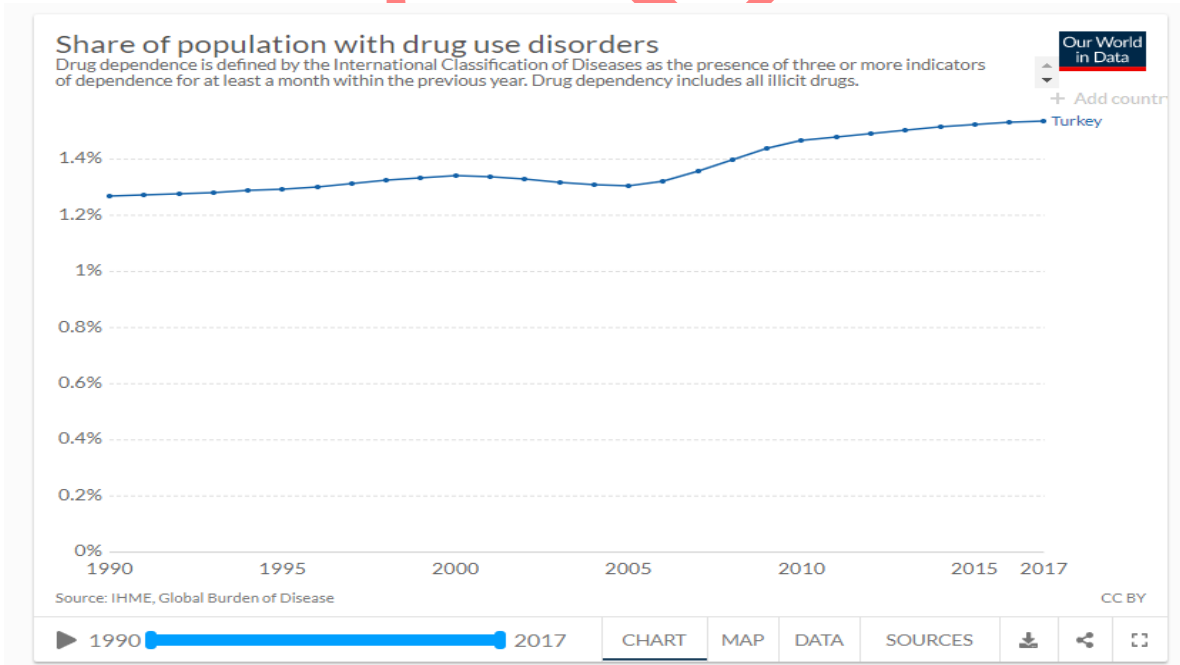


Şekil 4.23 Uyuşturucu madde kullanım bozuklarına göre popülasyon dağılımı

<https://ourworldindata.org/grapher/share-with-drug-use-disorders>, Erişim Tarihi: 03.06.2019



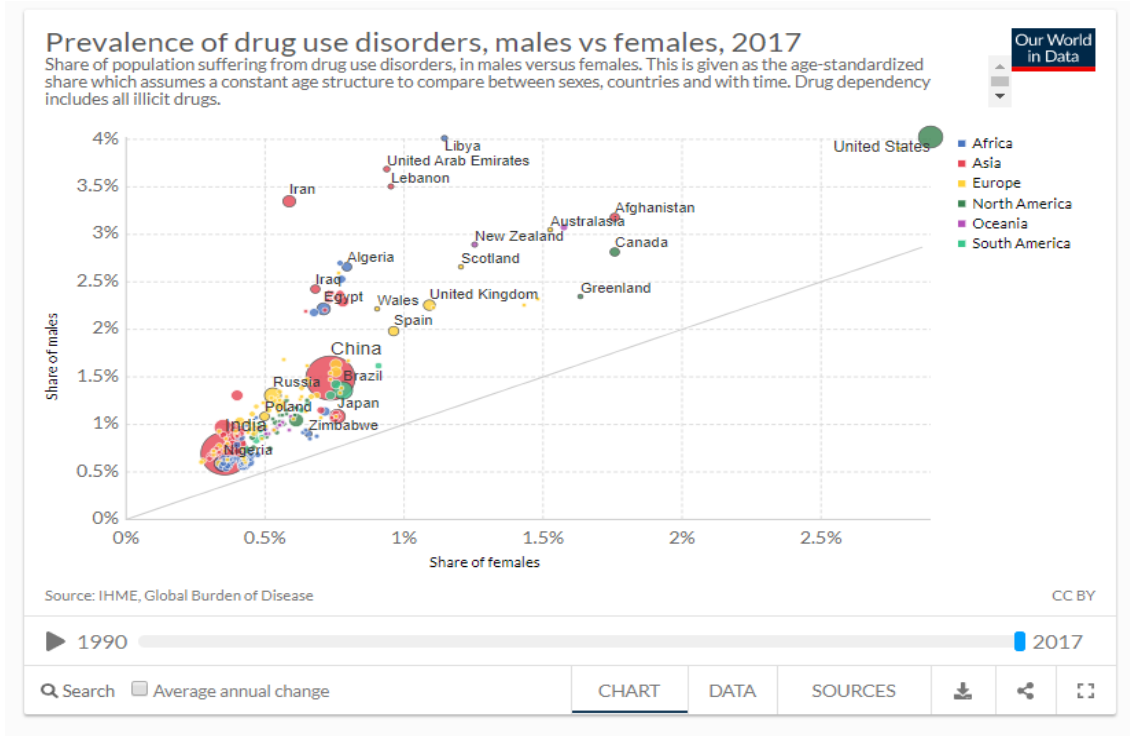
Şekil 4.24 Türkiye’de uyuşturucu madde kullanım bozukluklarına göre popülasyon dağılımı
<https://ourworldindata.org/substance-use#drug-use-disorders>, Erişim Tarihi: 03.06.2019
Türkiye’de 2017 verileri incelendiğinde madde kullanım bozukluğu % 1,54 olarak tespit edilmiştir.



Şekil 4.25 Türkiye’de uyuşturucu madde kullanım bozukluğunun yıllara göre popülasyon dağılımı

<https://ourworldindata.org/substance-use#drug-use-disorders>, Erişim Tarihi: 03.06.2019

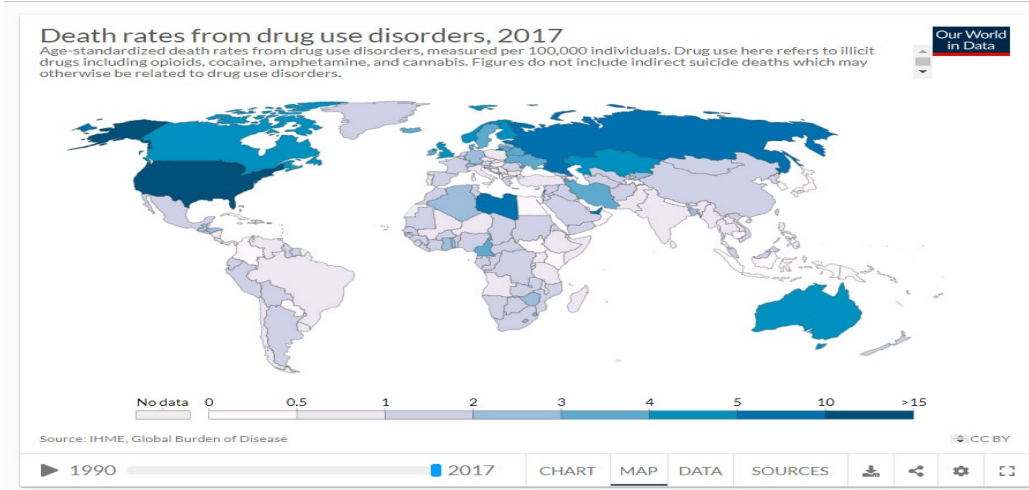
Yıllar baz alınarak madde kullanım bozuklukları incelendiğinde oranın genel olarak arttığı grafikten görülmektedir.



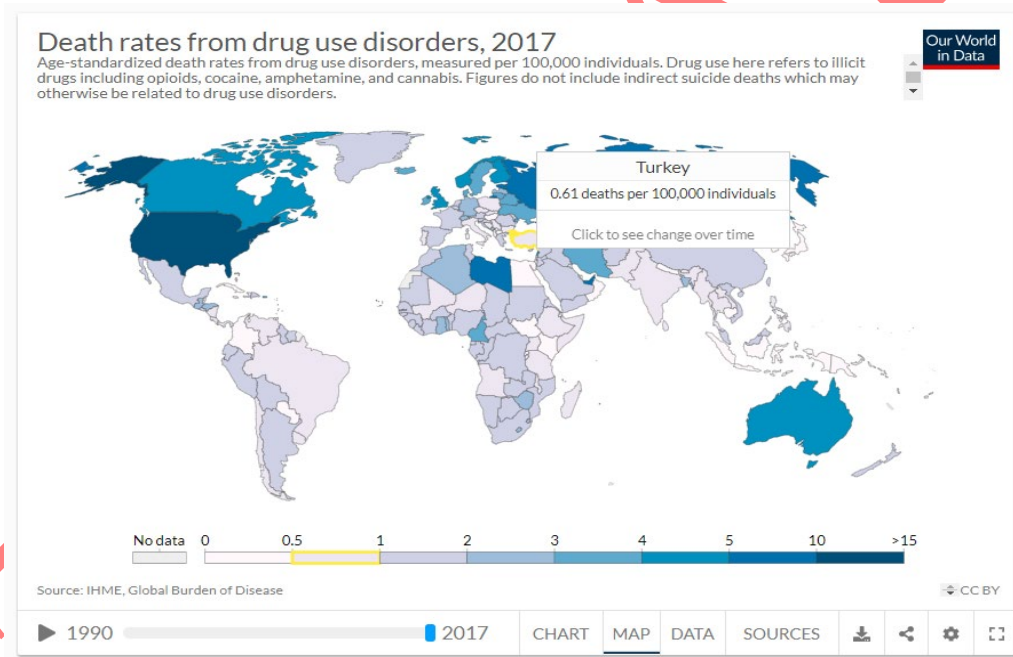
Şekil 4.26 Uyuşturucu madde kullanım bozukluğu prevalansı

<https://ourworldindata.org/grapher/prevalence-of-drug-use-disorders-males-vs-females>,
Erişim Tarihi: 03.06.2019

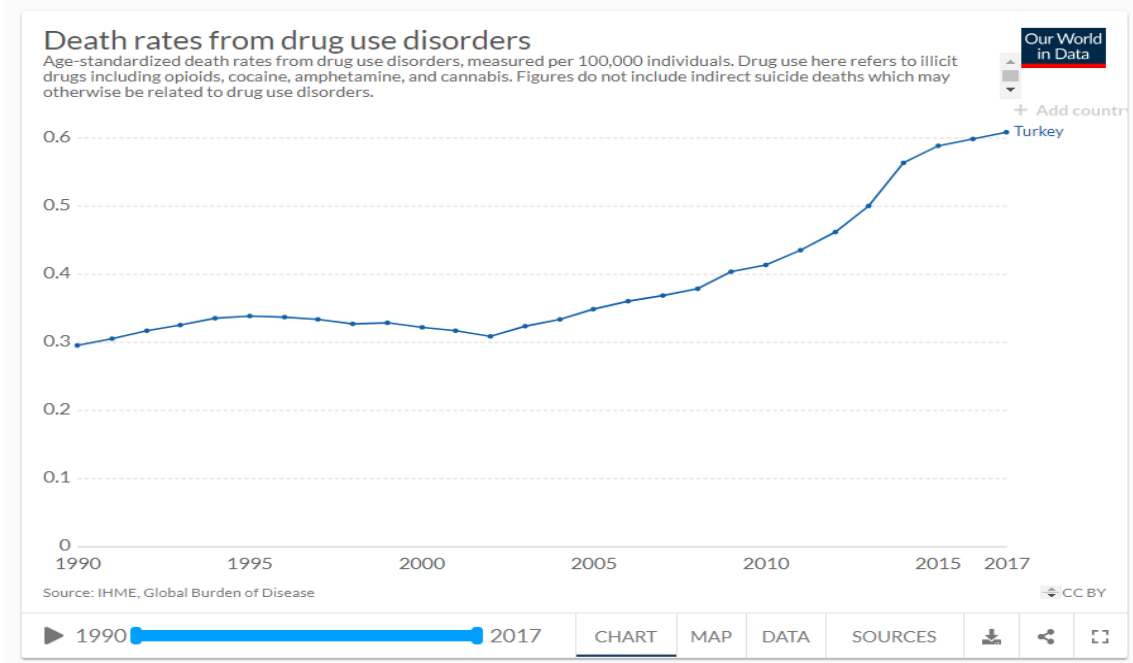
Küresel olarak, 2017'de uyuşturucu kullanım bozukluklarından kaynaklanan yaklaşık 166.000 doğrudan ölüm olduğu tahmin edilmektedir. Aşağıdaki grafik, belirli bir popülasyondaki 100.000 kişi başına doğrudan ölüm sayısı olarak ölçülen, dünyadaki ölüm oranlarını göstermektedir. Amerika Birleşik Devletleri, 100.000'de 20 ölümle en yüksek ölüm oranına sahiptir.



Şekil 4.27 Uyuşturucu madde kullanım bozukluğundan kaynaklanan ölüm oranları
<https://ourworldindata.org/substance-use#drug-use-disorders>, Erişim Tarihi: 03.06.2019



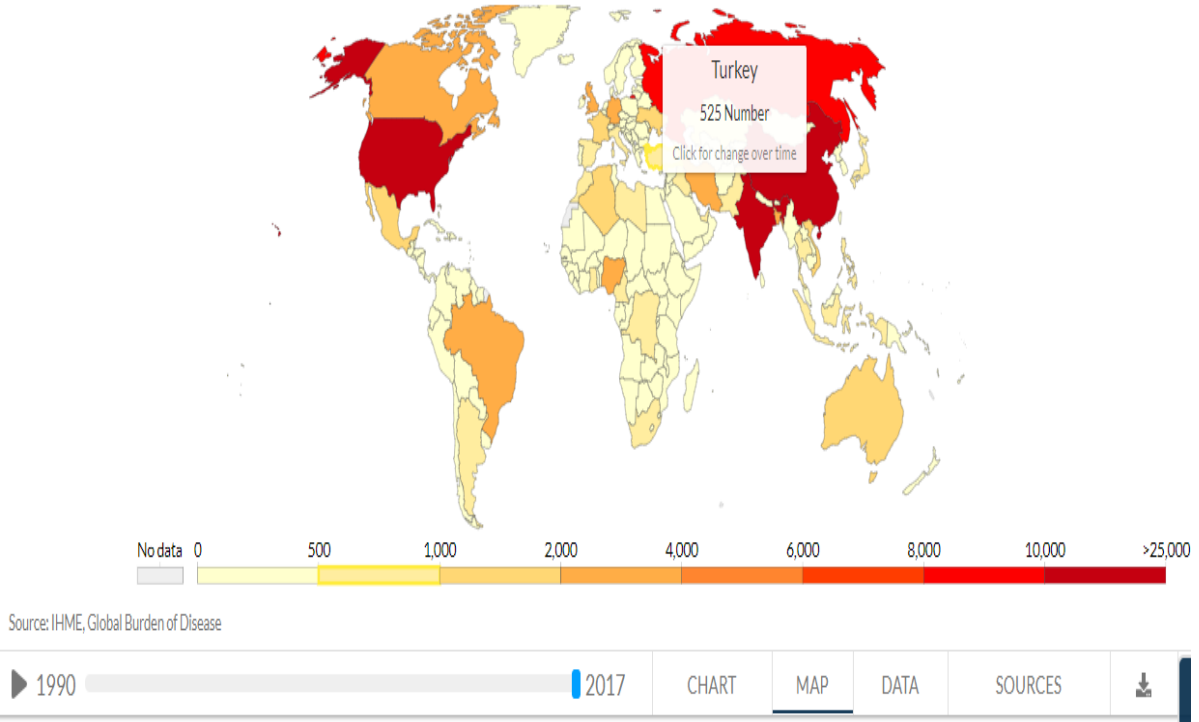
Şekil 4.28 Türkiye’de uyuşturucu madde kullanım bozukluğundan kaynaklanan ölüm oranları
<https://ourworldindata.org/substance-use#drug-use-disorders>, Erişim Tarihi: 03.06.2019



Şekil 4.29 Türkiye’de madde kullanım bozukluğundan kaynaklanan yıllara göre ölüm oranları
<https://ourworldindata.org/substance-use#drug-use-disorders>, Erişim Tarihi: 03.06.2019
2017 yılında uyuşturucu madde kullanım bozukluğundan dolayı 525 kişi hayatını yitirmiştir.

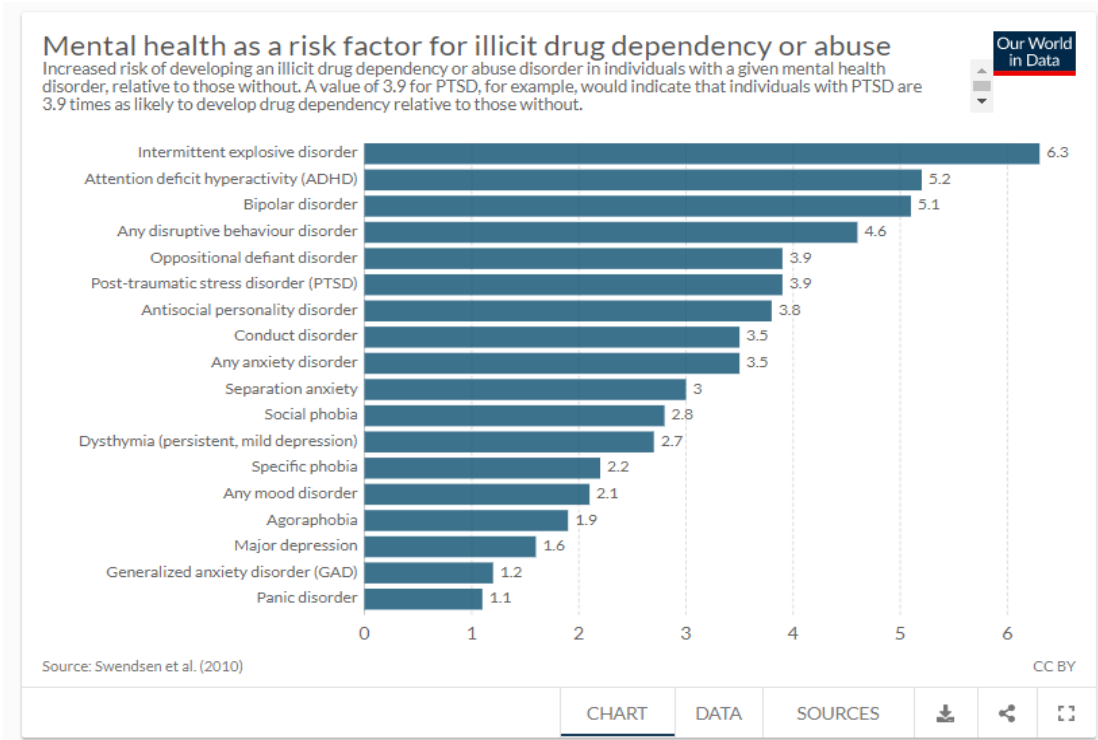
Number of deaths from drug use disorders, 2017

Total annual deaths from drug use disorders, measured across both sexes and all ages. Drug use here includes all illicit drugs, including opioids, cocaine, amphetamine, and cannabis. Figures do not include suicide deaths which may otherwise be related to drug use disorders.



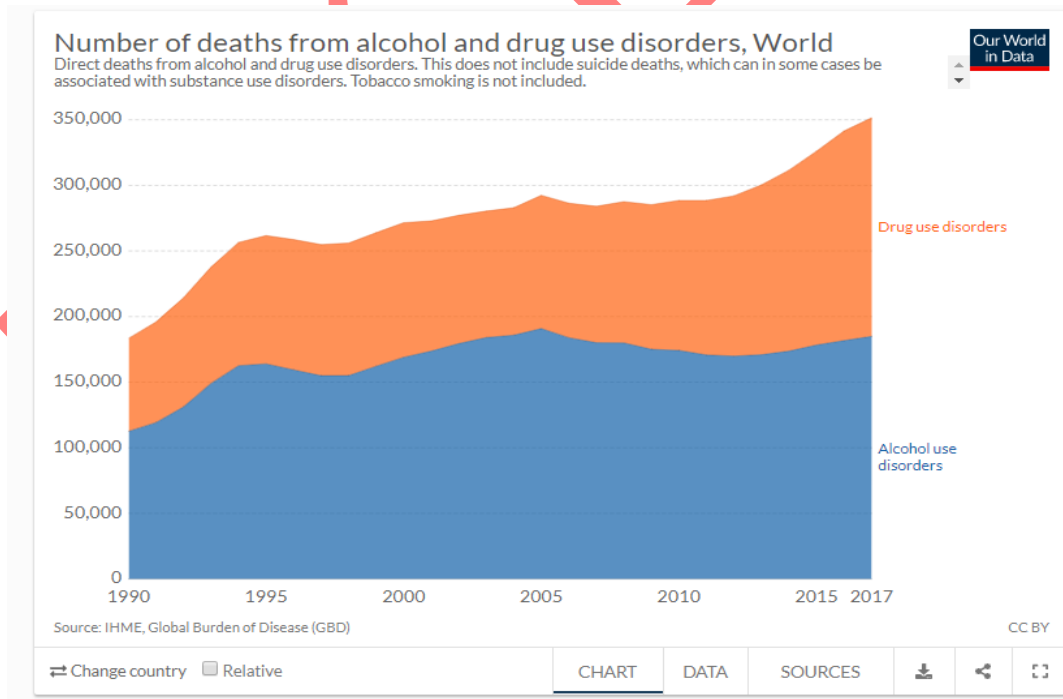
Şekil 4.31 Madde kullanım bozukluklarından kaynaklı ölüm sayısı

<https://ourworldindata.org/grapher/deaths-from-drug-use-disorders>, Erişim Tarihi: 03.06.2019



Şekil 4.30 Madde bağımlılığı açısından akıl sağlığı risk faktörü

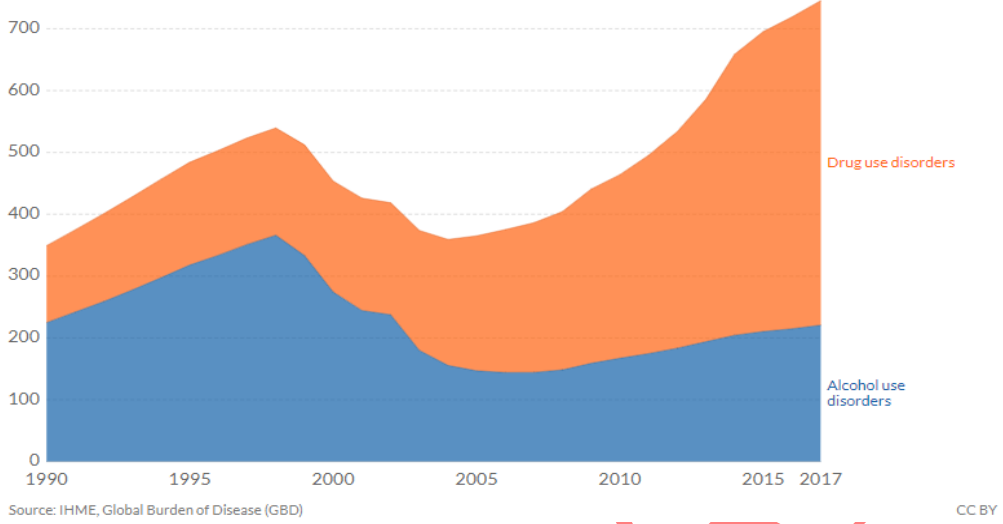
<https://ourworldindata.org/substance-use#drug-use-disorders>, Erişim Tarihi: 03.06.2019



Şekil 4.31 Dünya’da madde kullanım bozukluklarından kaynaklı ölüm sayısı

<https://ourworldindata.org/substance-use#drug-use-disorders>, Erişim Tarihi: 03.06.2019

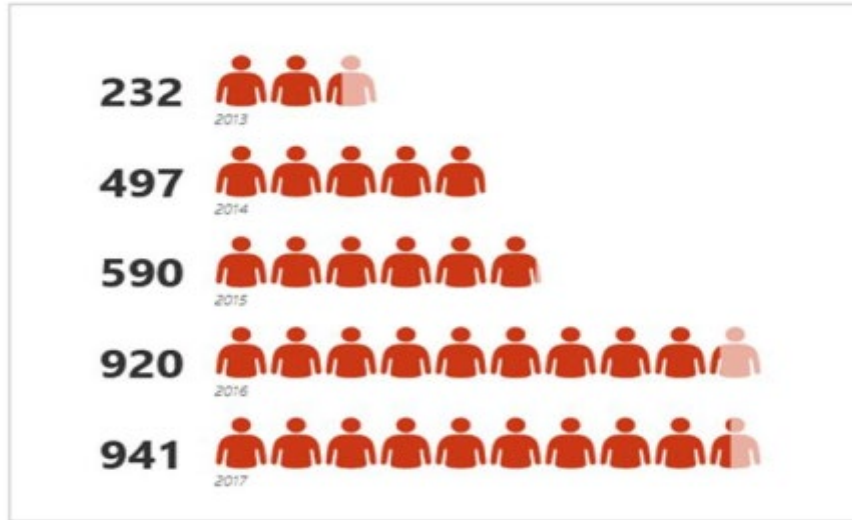
Number of deaths from alcohol and drug use disorders, Turkey
Direct deaths from alcohol and drug use disorders. This does not include suicide deaths, which can in some cases be associated with substance use disorders. Tobacco smoking is not included.



Şekil 4.32 Türkiye’de madde kullanım bozukluklarından kaynaklı ölüm sayısı

<https://ourworldindata.org/substance-use#drug-use-disorders>, Erişim Tarihi: 03.06.2019

2018 Türkiye Uyuşturucu raporuna göre 2017 yılında meydana gelen 941 doğrudan narkotik madde bağlantılı ölümün 36’sı uçucu madde kullanımı sebebiyledir.



Şekil 4.33 Yıllara göre madde bağlantılı ölümlerin dağılımı,

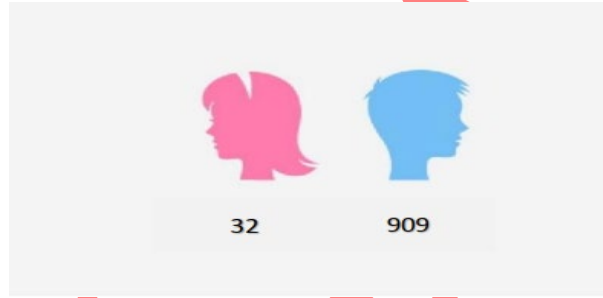
Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 2018

2017 yılında;

- Ölenlerin 20 farklı ülke uyruğunda olduğu görülmektedir.
- Ölenlerin 886'sı (%94,2) TC uyrukludur.

-2013 yılında 232 olan doğrudan MBÖ; 2014 yılında %114 artışla 497, 2015 yılında %19 artışla 590, 2016 yılında %56 artışla 920 olmuştur. Madde bağımlı ölümlerin yükselişi Avrupa Raporlarına, 'Türkiye'nin veri toplama ve raporlama alanındaki gelişmelerden kaynaklanmaktadır.' şeklinde yansımıştır.

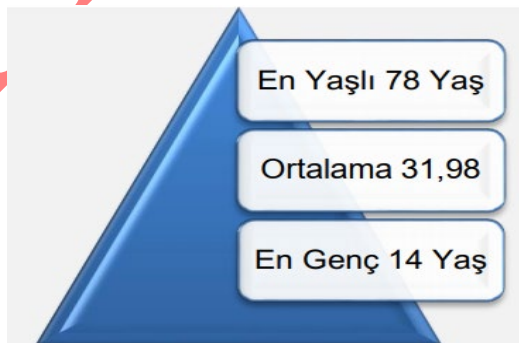
-2017 yılında ise MBÖ %2,3'lük artışla 941 olmuştur. Son 5 yılın en düşük artış yüzdesi 2017 yılında gerçekleşmiştir. Düşüşe neden olan faktörlerden biri de arzla mücadele çalışmalarının yoğunluğu ve etkinliğidir. Alandaki uygulama ve operasyonların ölüm sayılarına düşüş yönünde yansıdığı değerlendirilmektedir.



Şekil 4.34 2017 yılı madde bağlantılı ölümlerin cinsiyete göre dağılımı

Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 2018

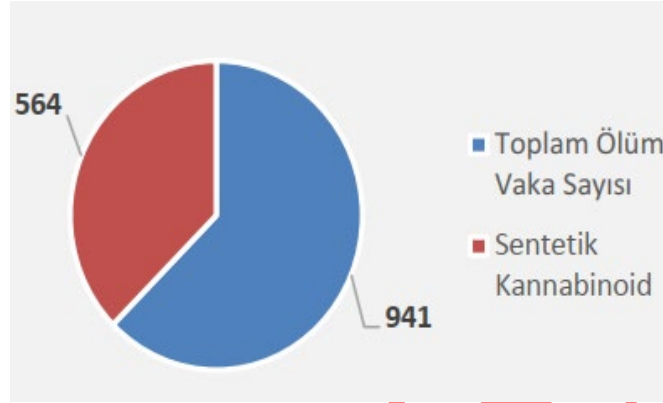
Uyuşturucu madde kullanımından ölenlerin %96,6'sı (909) erkek, %3,4'ü (32) kadındır.



Şekil 4.35 2017 yılı madde bağlantılı ölümlerin en yüksek ve en düşük yaş dağılımı

Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 2018

2017 yılında madde bağlantılı ölümlerin yaşları incelendiğinde, en yaşlı ölümün 78 yaşında ve 1 kişi olduğu görülmektedir. En genç ölüm vakasının 14 yaşında 3 kişide gerçekleştiği ve bu 3 ölüm vakasının uçucu madde kaynaklı olduğu görülmüştür. Ölümlerin yaş ortalaması ise 31,98'dir. En yoğun ölüm gerçekleşen yaş grubu 25-34 yaş aralığıdır (%36,5).

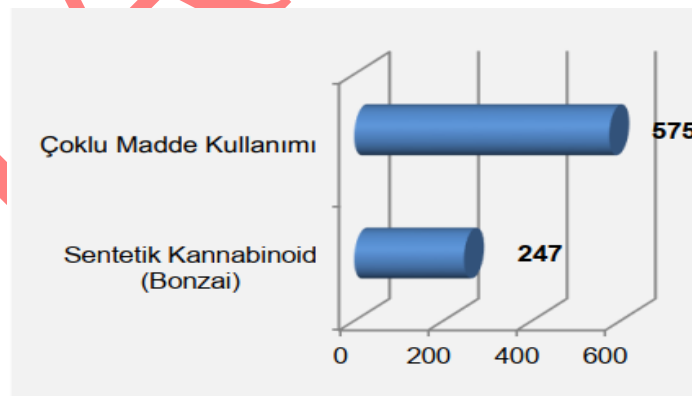


Şekil 4.36 2017 yılı madde bağlantılı ölümlerin sentetik kannabinoid (bonzai sokak adıyla bilinen madde) sayısı dağılımı

Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 2018

-2017 yılında 941 madde bağlantılı ölüm olayının %60'ında (564) sentetik kannabinoid mevcuttur.

-Sentetik kannabinoid (bonzai) görülen 564 ölümün 247'sinde (%49) ölüm tek başına bu maddeden kaynaklanmıştır.



Şekil 4.37 2017 yılı madde bağlantılı ölümlerin çoklu madde ve sentetik kannabinoid (bonzai sokak adıyla bilinen madde) sayısı dağılımı

Adalet Bakanlığı, Adli Tıp Kurumu Başkanlığı 2018

-Madde bağlantılı ölüm vakalarının çoğunluğunda ölüm nedeni çoklu (=karışık) madde kullanımıdır. Karışık madde kullanımı ölüm riskini daha da arttırmaktadır.

- 2017 yılında meydana gelen madde bağlantılı ölüm vakalarının %61,1'i (575) çoklu madde, bir başka ifadeyle aynı anda farklı uyuşturucu veya uyarıcı maddelerin kullanımından kaynaklanmıştır. 2016 yılında ise bu oranın %46,3 (426) olduğu görülmektedir.

- Yeni nesil uyuşturucular kategorisinde olan sentetik kannabinoid maddesi, uyuşturucu ve hayal gösterici etkileri olan, tamamen sentetik narkotik bir maddedir. 200'e yakın kimyasal çeşidi bilinmektedir. Ülkemize yasadışı yollarla başta Çin'den getirilen ham maddenin çözülmesi oldukça kolaydır. Çoğaltılması için profesyonel laboratuvar gerekmemektedir. İçine haşere ve tarım ilacı gibi zehir katkıları eklenmektedir. Çoğu kullanıcı zehirlenme etkisini, narkotik madde etkisi sanmaktadır. Ada çayı, damiana çayı, yavşan otu, kekik, kalitesiz esrar, kına, hint kınası, kimyon gibi bitkisel ürünlere spreyleme yoluyla emdirildiği gibi, kağıt üzerine de spreylenecek şekilde ele geçirilmiş örnekleri mevcuttur. Bitkisel ürünler ve bazen de esrar üzerine spreylenecek şekilde, kullanıcılarda sentetik (kimyasal) olmadığı yönünde güçlü kanaat oluşturmaktadır. Tüm bunlar kullanıcılar için ölüm riskini artırmaktadır.

5. BULGULARIN YORUMLANMASI

Uyuşturucu ile mücadele alanında yapılan kamu harcama verileri ilk kez 2010 yılında TUBİM tarafından raporlanmış olup 2017 yılı kamu harcamaları bir önceki yıla oranla artış göstermiş olup 936,194 milyon Türk Lirası olarak gerçekleşmiştir. Ülkemizde ve dünyada gün geçtilçe uyuşturucu madde arzının ve kullanımının artması nedeniyle uyuşturucu imalatını ve satımını önleme amaçlı kamu amaçlı harcamalar yapılmaktadır.

Avrupa’da tüm yaş gruplarında esrar en çok kullanılan yasa dışı uyuşturucudur. Erkeklerin esrar kullanım yüzdesi kadınlara oranla daha fazladır. AB üye devletleri düşük THC içeriğine sahip ürünleri cezai yaptırımlara esrar özütleri olarak kabul ederken, bazılarıysa bunları izinsiz satışı yasak ilaçlar olarak kabul eder. Bu ülkelerden bir kısmı ise bu ürünleri, kamu sağlığına tehdit oluşturmayan ve bu sebeple ticareti için bir onay gerekmeyen ürünler olarak sınıflandırmıştır. Bu gelişme, hem AB düzeyinde hem de ulusal düzeyde, mevzuat sorunlarına yol açmaktadır. Geçen on yıl boyunca yapılan ele geçirme verileri, metamfetamin bulunabilirliğinin coğrafi olarak yavaş yavaş arttığını ve yayıldığını, ancak amfetamininkinden halen çok daha düşük olduğunu göstermektedir. Avrupa’da hem ele geçirme sayısı hem de ele geçirilen hacimler kokainin tüm zamanların en yüksek seviyesinde olduğunu ortaya koymaktadır. En yüksek seviyede olması nedeniyle sağlık masraflarında ve danışan sayısında artış meydana gelmiştir. Tüm uyuşturucuların kullanımı, erkekler arasında genellikle daha yüksektir. Avrupa Uyuşturucu Raporu’na göre Avrupa’da sentetik uyuşturucu üretiminin arttığı, çeşitlendiği ve daha yenilikçi hale geldiği belirtilmektedir. Üretimin arttığı da ele geçirilen ara kimyasallardan anlaşılabilmektedir. 2019 yılı sonlarında yayınlanacak EMCDDA-Europol Avrupa Uyuşturucu Pazarları Raporu, bu gelişmeler hakkında kapsamlı bir analize yer verecektir. 2018 yılında, AB Erken Uyarı Sistemine, haftada bir yaklaşık bir yeni psikoaktif madde bildiriminde bulunulmuştur. 2017 yılında belirtilen sayı 2018 yılındaki sayıya yakın olsa da 2013 ve 2014 yıllarıyla karşılaştırıldığında önemli ölçüde azalmıştır. Asetik anhidrit gibi ara kimyasallar, Avrupa uyuşturucu pazarına yakın yerlerde bulunmakta bu veriler ise sevkiyat ile değil de pazara yakın yerlerde üretimin varlığını işaret etmektedir. Bununla birlikte, Afganistan en büyük yasa dışı Afyon üreticisi olma durumunu devam ettirmektedir. 2018 sonu itibariyle EMCDDA 730’un üzerinde yeni psikoaktif maddeyi izlemekte ve bunların 55’i Avrupa’da ilk kez 2018 yılında tespit edilmiştir.

T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı 2018 Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre Türkiye genelinde 2016 yılı ile 2017 yılı karşılaştırıldığında uyuşturucu olayları % 45,87 oranında artış meydana gelmiştir. Türkiye, uyuşturucu pazarında transit bir noktadır.

Uyuşturucu kullanımında ise ülkemizde hayatında en az bir kere madde kullananların çoğu erkek bireylerdir. Hayatında en az bir kere madde kullananların yaş gruplarına göre dağılımı incelendiğinde madde kullanımında en yoğun yaş grubu 15-34 (genç) yaş grubudur. Esrar sorunları konusunda ilk defa danışanların toplam sayısı 2006 ve 2016 arasında % 76 artmış olup, ülkelerin büyük çoğunluğu da bu dönemde artış bildirmiştir. Türkiye'de gerçekleşen uyuşturucu olaylarının %42,7'si esrar olayıdır. 2017 yılında bir önceki yıla oranla %26,8'lik bir artış yaşanmıştır. Yapılan araştırmalarda uyuşturucu madde ile tedaviye giren kişilerin sayıları belli olmakla beraber yüzde kaçının tamamen bağımlılıktan kurtulduğunu ve yüzde kaçının tekrar kullanıma başladığını belirten istatiki veriler bulunmamaktadır. Sadece yayınlanan makalelerin çok az bir kısmında çalışmaya özgü olarak başarı yüzdesi verilmektedir.

Küresel olarak, 2017'de uyuşturucu kullanım bozukluklarından kaynaklanan yaklaşık 166.000 doğrudan ölüm olduğu tahmin edilmektedir. Türkiye'de ise ölüm oranı ise yıllar geçtikçe artarak % 0,6 olarak belirlenmiştir. Ölümlerin yüzde kaçının kadınlara ve erkeklere ait olduğu belirlenmemiştir. Ülkemizde bu oran bölgelere göre araştırılmamıştır. Bununla birlikte, ölümle sonuçlanan vakaların yüzde kaçının tedaviye başladığı, tedaviye devam etmediği ya da tedaviyi reddettiği belirtilmemiştir. Ülkemizde uyuşturucu kullanımının yasak olması, küresel olarak değerlendirildiğinde uyuşturucu kullanım oranının ve kullanım sonucu ölüm oranlarının düşük olmasını sağlamıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Uyuşturucu madde kullanımı kişilerde riskli ve etrafına olumsuz etkiler doğuracak davranışları beraberinde getirmektedir. Tüm bu olumsuzlukları yok edecek uygulamaların planlanması ve hayata geçirilmesi her zaman başarı ile sonuçlanmayabilir. Böyle durumlarda çocukların, ergen ve yetişkin bireylerin sağlıklarını korumaya, ruhsal gelişimlerini desteklemeye yönelik hizmetlerin geliştirilmesi gerekmektedir. Bununla birlikte, bireylerin geleceğinin garanti altına almak ve korumak için çeşitli politikaların oluşturulması gerekmektedir.

Çocuk ve gençlerin bulundukları ortamlarda erken dönemde tanı sistemleri oluşturulmalıdır. Uyuşturucu bağımlılığı ile öncelikle aile, eğitim kısmında eğitimciler ve tüm toplumun farkındalık düzeyi artırılmalıdır. Bununla birlikte, aileler çocuklarını her aşamada destekleyici pozisyonda olmaları gerektiğini ve bağımlılıkta mücadelede yılmamaları gerektiğini bilmeleri konusunda cesaretlendirilmelidirler.

Çocukların erken dönemde farkındalığı artırılarak uyuşturucu ve diğer zararlı maddelere karşı uzak kalacak şekilde davranış geliştirmeleri sağlanmalıdır.

Uyuşturucu ve diğer zararlı maddeler hususunda adli kolluğun ilgili birimleri her açıdan (teknik ve personel) güçlendirilmelidir.

Kurumlar her yıl düzenli olarak istatistiki çalışmalar yaparak bunları uluslararası formatta hazırlayarak ilgili birimlerle paylaşmalıdır.

YEŞİLAY gibi uyuşturucu ve zararlı maddelerle mücadele etkin bir şekilde çalışan STK sayısı artırılmalıdır. STK'ların önemini ve yaptığı çalışmaları bildiren yayınlar hazırlanmalı, toplumun desteği alınmalıdır. Konu ile ilgili STK'Ların işbirliği sağlanmalıdır. Yeşilay'ın sürdürdüğü TBM ve OBM gibi yararlı programlar geliştirilmeli ve sürdürülebilirliği sağlanmalıdır.

Dünya çapında çoklu uyuşturucu kullanımının tespiti amaçlı şırınga kalıntı analizleri yapılmalı ve atık su analizlerinde uyuşturucu madde analizleri yapılmalıdır. Uyuşturucu madde analizlerin tespiti için geçerli yöntemler için AR-GE çalışmaları uygulanmalı ve tamamlayıcı nitelikte olduğu unutulmamalıdır.

Birçok ülkede her ne kadar zarar azaltma yaklaşımı uygulansa da bu yaklaşımın bağımlının uyuşturucu madde kullanımını diğer maddelerle azaltsa da zararın tamamen yok edilmesini sağlamamaktadır. Dolayısıyla dünyada arz devam ettikçe üretimde devam edeceğinden uyuşturucu kullanımını kısıtlayacak politikalar oluşturulmalıdır. Bu şekilde hem insan

hayatının kalitesi artacak, hem de kimyasal maddelerin üretimi azalacaktır. Dolayısıyla çevreye atıklarla verilen zararlar da yok edilecektir. Bununla birlikte uyuşturucu maddelerin yol açtığı sağlık sorunlarına harcanan giderler azalacaktır.

Devletin STK'lara, rehabilitasyona ve önleme amaçlı programları mali açıdan desteklemesi gerekmektedir. Hastalara yönelik randevu sistemlerinin geliştirilmesi yanında kapasitesi yüksek tedavi merkezleri oluşturulması gerekmektedir. Bununla birlikte tedavi merkezleri herkesin ulaşabileceği yerlere kurulması konusunda hassas davranılması gerekmektedir.

-European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), National Institute on Drug Abuse, International Narcotics Control Board (INCB), Our World in Data, Commission on Narcotics Drugs (CND), ICD-11, TUBİM, Pubmed, Lancet, Science Direct, Scopus gibi veri kaynaklarından yararlanmalıdır.

YÖNETİCİ ÖZETİ

Uyuşturucu madde kullanımı yapılan araştırmalara göre erkekler arasında daha yaygındır ve en yoğun kullanım ise genç yetişkin (15-34) grup arasındadır. Uyuşturucu madde çeşitliliği ve sentezi teknolojinin de gelişmesiyle artmaktadır. Artan uyuşturucu madde çeşitliliği uyuşturucu talebini karşılamakta bu da bağımlı sayısını arttırmaktadır. Bu nedenle, uyuşturucu kullanımının halk sağlığı açısından değerlendirilmesi, uyuşturucu türlerinin tanımlanması, uyuşturucu ticaretinde ulusal ve küresel durum, uyuşturucu kullanım ve sıklığının araştırılması, uyuşturucu kullanımının cinsiyet, yaş, coğrafi bölge gibi değişkenlere göre değerlendirilmesi, morbidite ve mortalite verileri önem taşımaktadır.

Uyuşturucu raporunun hazırlanması ile uyuşturucu maddelerin tanıtılması, sağlığa etkilerinin belirtilmesi, sağlığa etkilerinin azaltılması için alınacak önlemlerin tespiti amaçlanmıştır. Uyuşturucu kullanımına bağlı morbidite ve mortalite verilerinin değerlendirilmesi, birincil, ikincil ve üçüncül koruma girişimlerinin tanıtılması, ulusal politika ve mevzuatın değerlendirilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca, tespit edilen sorunların geniş anlamda analizi ve bu sorunların çözümüne yönelik önerilerin sunulması amaçlanmıştır.

Yapılan çalışmada European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), National Institute on Drug Abuse, International Narcotics Control Board (INCB), Our World in Data, Commission on Narcotics Drug (CND), ICD-11, TUBİM, Pubmed, Lancet, Science Direct, Scopus gibi veri kaynaklarından yararlanılmıştır.

Kadınlarda uyuşturucu kullanımı ve hayatında en az bir kere madde kullanım oranı erkek bireyler ile karşılaştırıldığında daha düşük olup, uyuşturucu madde kullanımına başladıktan sonraki dönemde madde kullanımına bağlı davranış bozukluğunun oluşması daha hızlı gelişmektedir. Uyuşturucu madde kullanımının en yoğun olduğu yaş grubunu genç yetişkinler (15-34) oluşturmaktadır. 2018 Türkiye Uyuşturucu Raporuna göre bir önceki yıla göre uyuşturucu madde olaylarında artış görülürken şüpheli yakalanma vakalarında da buna paralel olarak artış görülmüştür. 2019 Avrupa Uyuşturucu Raporunda 2017 yılında, Türkiye’de Avrupa Birliği Devletlerinin toplamından (6,4 ton) daha fazla amfetamin (6,6 ton) ele geçirildiği belirtilmiştir. Türkiye’de ayrıca 2017 yılında olağanüstü miktarda metamfetamin ele geçirmiştir (658 kg). Bu miktar, Avrupa Birliği için bildirilen tutara yakındır.

Türkiye’de 2017 yılında büyük miktarda MDMA tableti ele geçirilmiştir, ele geçirilen miktar 8,6 milyon tablete karşılık gelmektedir. Ele geçirilen bu miktar, bir önceki yıla ait miktarın iki katından fazla olup Avrupa Birliği’nde ele geçirilen toplam miktarı aşmıştır. Yeni psikoaktif

maddelere ilişkin olarak AB Erken Uyarı Sistemine, 50 civarında yeni sentetik opioid bildirilmiştir. Bununla birlikte, genellikle ilaç olarak kullanılan sentetik opioidlerin Avrupa'nın büyük kısmında uyuşturucu sorununda giderek artan bir rol oynadığı görülmektedir. Bu uyuşturucu maddelere, ikame tedavi ve ağrı giderme amaçlı olarak kullanılan ilaçlar da dâhildir. Kuzey Avrupa ve AB devletleri toksikolojik verilerin bulunabilirliği ve hassasiyetinin iyileştirilmesi amaçlı çalışmalarda bulunmuş ve İsveç'te ölümle sonuçlanan uyuşturucu vakalarında fentanil vakaları ikiye katlanmıştır. Bununla birlikte, referans standartların da bulunabilirliği adli ve toksikolojik analizler açısından oldukça öneme sahiptir. Bu standartların çoğu laboratuvarlarda bulunmamaktadır. Avrupa adli toksikoloji raporunun bulunmaması önemli sorunlar arasında yer almaktadır. Kokain hakkında elimizde mevcut veriler, hem ele geçirme sayısının hem de ele geçirilen hacimlerin, tüm zamanların en yüksek seviyesinde olduğunu ortaya koymaktadır. Kokain pazarlama yöntemlerinde yapılanma görülmektedir. İnternet ve çeşitli küçük çapta faaliyet gösteren yapıların varlığı uyuşturucu ticaretini canlandırmaktadır. Kokain ise 2016 Avrupa Uyuşturucu Raporuna göre yüksek gelir düzeyine sahip bireyler tarafından kullanıldığı belirtilmiştir. Reçetelendirilmiş benzodiyazepinlerin kötüye kullanımı da yaygınlaşmaktadır.

Hayatında en az bir kere madde kullananlar hane gelirine göre incelendiğinde en yüksek oran 2000-3000 TL (%25,2) arasında olduğu görülmektedir. En yoğun kullanımın hane geliri 1500 ile 4000 TL arasındadır (%61). Türkiye Hanehalkı Sağlık Araştırması Bulaşıcı Olmayan Hastalıkların Risk Faktörleri 2017 çalışması baz alındığında 5000 TL'den daha üstü gelirlerde ise uyuşturucu kullanım yüzdesi azalmaktadır. Dolayısıyla her artan gelir düzeyinde bilinç düzeyinin arttığı söylenememektedir.

Uyuşturucu bağımlılığı ile temel mücadele bireylerin hiç başlamadan bilgi sahibi olmasının sağlanmasıdır. Bunun için gerek çocukların gerek gençlerin ailelerini bilgilendirici önlemler alınmalıdır. Bununla birlikte, eğitimcilerin de bu konuda çok hassas davranması gerekmektedir. Yeşilay Cemiyeti'nin uyguladığı TBM ve OBM gibi çalışmaları yaygınlaştırılmalı, bağımlılıkla ilgili tüm kurumlar organize bir şekilde çalışmalıdır. Bağımlılıkla ilgili hastane birimleri ve rehabilitasyon merkezlere ulaşım kolay olmalı ve kolaylaştırılmalıdır. Bağımlılıkla ilgili bilimsel çalışmalar yakından takip edilerek konferans ve seminerler yardımıyla tüm gelişmelerden haberdar olunmalıdır.