

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

**YEREL SOSYAL POLİTİKALAR ÇERÇEVESİNDE
MADDE BAĞIMLISI GENÇLERİN SOSYAL
REHABİLİTASYONU
(Karapürçek İlçesi Sosyal Rehabilitasyon Merkezi Projesi)**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Soner KARATAŞOĞLU

**Enstitü Anabilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Enstitü Bilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Sosyal Siyaset**

Tez Danışmanı: Yrd.Doç.Dr. Osman SARI

HAZİRAN - 2009

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

YEREL SOSYAL POLİTİKALAR ÇERÇEVESİNDE
MADDE BAĞIMLISI GENÇLERİN SOSYAL
REHABİLİTASYONU
(Karapürçek İlçesi Sosyal Rehabilitasyon Merkezi Projesi)

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Soner KARATAŞOĞLU

Enstitü Anabilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Endüstri İlişkileri
Enstitü Bilim Dalı : Çalışma Ekonomisi ve Sosyal Siyaset

Bu tez 24/06/2009 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından oybirliği ile kabul edilmiştir.

Prof.Dr. Ali SEYYAR Doç.Dr. Rana ÖZEN KUTANİS Yrd.Doç.Dr. Osman SARI

Jüri Başkanı

☒ Kabul
☐ Red
☐ Düzeltme

Jüri Üyesi

☒ Kabul
☐ Red
☐ Düzeltme

Jüri Üyesi

☒ Kabul
☐ Red
☐ Düzeltme

BEYAN

Bu tezin yazılmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğunu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğunu, kullanılan verilerde herhangi bir tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez çalışması olarak sunulmadığını beyan ederim.

Soner KARATAŞOĞLU

06.05.2009

ÖNSÖZ

Değişen ve her geçen gün gelişen dünyamızda özellikle gençlerimizin bu değişim ve dönüşüm sürecinde madde bağımlılığı sorunuyla karşı karşıya kalmaları ve içine sürüklendikleri bağımlılık sürecinde klasik tedavi yöntemleri ile kendilerine bir çıkış yolu bulamadıkları gerçeğinden ve tespitinden yola çıkarak, madde bağımlılığı tedavisinde yeni bir yaklaşım modeli olan sosyal rehabilitasyon uygulamalarının yerel düzeyde ele alınarak, bağımlılık mücadelesinin daha etkin olarak uygulanacak olması, üzerinde önemle durulması gereken bir konu olarak görülmüştür. Bu çalışmanın hazırlanmasında yardımlarını esirgemeyen danışman hocam Yrd. Doç. Dr. Osman SARI ve Prof. Dr. Ali SEYYAR'a, Sakarya Üniversitesinin değerli bilim adamlarına teşekkürlerimi bir borç bilirim. Çalışmamın hazırlanmasında ve tamamlanmasında yardımı olan tüm çalışma arkadaşlarıma, bugünlere ulaşmamda emeklerini esirgemeyen aileme ve yoğun çalışma tempoma rağmen bana desteğini her zaman gösteren eşime minnettar olduğumu ifade etmek isterim.

Soner KARATAŞOĞLU

06.05.2009

İÇİNDEKİLER

KISALTMALAR.....	v
TABLolar LİSTESİ.....	vi
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	vii
ÖZET.....	viii
SUMMARY.....	ix

GİRİŞ.....	1
------------	---

BÖLÜM 1: MADDE VE MADDE BAĞIMLILIĞI.....	5
--	---

1.1. Madde.....	5
1.1.1. Tanımı.....	5
1.1.2. Sınıflandırılması.....	5
1.1.2.1.Kokain.....	5
1.1.2.2. Amfetamin Türü Uyarıcılar.....	5
1.1.2.3.Alkol.....	6
1.1.2.4.Barbitüratlar.....	6
1.1.2.5.Benzodiazepinler.....	6
1.1.2.6.Opioidler.....	7
1.1.2.7.Nikotin.....	7
1.1.2.8.Kannabinoidler.....	8
1.1.2.9.Halusinojenler.....	8
1.1.2.10. Uçucu Maddeler.....	8
1.2. Maddenin Kötüye Kullanımı ve Madde Bağımlılığı.....	9
1.2.1. Rol Oynayan Faktörler(Madde Bağımlılık Etiyolojisi).....	10
1.2.2. Madde Kullanım Sorununun Dünyada ve Türkiye de ki Durumu.....	12

BÖLÜM 2: MADDE BAĞIMLILIĞI İLE MÜCADELE YOLLARI VE	
--	--

AMATEM.....	17
2.1. Madde Kullanım Sorununun Sosyal Boyutu ve Mücadele Yolları.....	17
2.1.1. Önleme.....	19

2.1.2. Zarar Azaltımı.....	20
2.1.3. Tedavi.....	21
2.1.3.1. Detoksifikasyon.....	22
2.1.3.2. İlaç Destekli Tedavi.....	22
2.1.3.3. Psikososyal (ilaçsız) Tedavi.....	23
2.1.3.4. Tedavinin Etkinliği.....	26
2.1.4. Rehabilitasyon.....	27
2.1.4.1. Tıbbi Rehabilitasyon.....	28
2.1.4.2. Sosyal Rehabilitasyon.....	28
2.1.4.2.1. Kapsamı.....	29
2.1.4.2.2. Kullanıldığı Alanlar.....	30
2.1.4.2.3. Gerekliliği.....	30
2.1.4.2.4. Sunulan Hizmetler.....	31
2.1.4.2.5. Engeller.....	32
2.1.4.2.6. Yararları.....	32
2.2. Klinik Tedavi Merkezi Olarak AMATEM	33
2.2.1. Teşhis ve Tedavi Yöntemleri.....	38
2.2.2. Diğer Faaliyetler ve Reorganizasyon Çalışmaları.....	40
2.2.2.1. Bağımlılığı Önleme Çalışmaları.....	40
2.2.2.2. Eğitim Birimi Olarak AMATEM.....	40
2.2.2.3. Araştırma Merkezi Olarak AMATEM.....	40
2.2.2.4. Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık Eğitim Paketi.....	40
2.2.2.5. Pratisyen Hekimlerin Eğitimi.....	41
2.2.2.6. Reorganizasyon Çalışmaları.....	41
BÖLÜM 3: YEREL YÖNETİMLER VE SOSYAL POLİTİKA.....	42
3.1. Genel Olarak yerel Yönetimler.....	42
3.2. Türkiye’de Yerel Yönetimler.....	48
3.2.1. Genel Tanım.....	48
3.2.2. Belediye.....	50
3.2.3. İl Özel İdaresi.....	50
3.2.4. Köy.....	51

3.3. Sosyal Politika.....	52
3.3.1. Dünya’da Sosyal politika.....	52
3.3.1.1. AB Sosyal Politikası.....	52
3.3.1.2. ABD Sosyal Politikası.....	54
3.3.2. Türkiye’de Sosyal Politika.....	56
3.3.2.1. Türkiye’de Yerel Yönetimlerin (Özellikle Belediyelerin) Sosyal Politika Alanındaki Rolü.....	57
3.3.2.2. Türkiye’de Yerel Sosyal Politika Uygulamaları.....	61
3.3.2.3. Türkiye’de Dezavantajlı Gruplara Yönelik Yerel Sosyal Politikalar.....	63
3.3.2.3.1. Özürlülere Yönelik Yerel Sosyal Politikalar.....	63
3.3.2.3.2. Sokak Çocuklarına Yönelik Yerel Sosyal Politikalar	66
3.3.2.3.3. Yaşlılara Yönelik Yerel Sosyal Politikalar	69

BÖLÜM 4: MADDE BAĞIMLILIĞIYLA MÜCADELEDE MERKEZİ VE YEREL SOSYAL POLİTİKALAR.....

4.1. Dünyada Madde Kullanım Problemine Yönelik Sosyal Politikalar.....	71
4.1.1. AB Ülkelerinde Madde Kullanım problemine Yönelik Sosyal Politikalar.....	71
4.1.1.1. Almanya.....	74
4.1.1.2. Fransa.....	77
4.1.1.3. Birleşik Krallık.....	79
4.1.2. ABD de Madde Kullanım Problemine Yönelik Sosyal Politikalar.....	80
4.1.3. LONDRA Örneği.....	82
4.2. Türkiye’de Madde Bağımlılığının Önlenmesine yönelik Sosyal Politikalar...84	
4.2.1. Yasal Yapılanma.....	84
4.2.2. Kurumsal Yapılanma.....	86
4.2.2.1. Talep Azaltımı Alanında Kurumsal Yapılanma.....	86
4.2.2.2. Arz İle Mücadele Alanında Kurumsal Yapılanma.....	87
4.2.2.3. Tedavi ve Rehabilitasyon Alanında Kurumsal Yapılanma.....	87
4.2.3. TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi).....	89

BÖLÜM 5: MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARINA YÖNELİK SOSYAL REHABİLİTASYON UYGULAMALARI VE ÖRNEK PROJE.....	93
5.1. Uygulamalar, Alternatif Çözümler ve Terapiler.....	93
5.1.1. Meşguliyet Terapileri (Ergoterapi).....	96
5.1.2. Sanat Terapileri.....	96
5.1.3. Müzik terapi.....	96
5.1.4. Sosyal Terapiler.....	100
5.1.5. Resim Terapisi.....	100
5.2. ANKARA Büyükşehir Belediyesi Örneği.....	102
5.3. ÖRNEK PROJE: Karapürçek İlçesi Klinik Tedavi Sonrası Sosyal Rehabilitasyon Merkezi Projesi.....	104
5.3.1. Sakarya ilinde ve Karapürçek İlçesinde Sorunun Niteliği ve Kapsamı.....	104
5.3.2. Proje Stratejisi ve Genel Tanıtım.....	105
5.3.3. Sosyal Rehabilitasyonun Uygulama Boyutu.....	109
5.3.3.1. Proje Süreci.....	109
5.3.3.2. Projenin Genel ve Özel Amacı.....	111
5.3.3.3. Hedef Gruplar.....	111
5.3.3.4. Hedef Gruplara Yönelik Hizmetler.....	111
5.3.3.5. Merkezin Fiziki ve Sosyal Ortamı.....	115
SONUÇ VE ÖNERİLER.....	117
KAYNAKÇA.....	127
EKLER.....	139
ÖZGEÇMİŞ.....	145

KISALTMALAR

AA	: Adsız Alkolikler
AKDENİZBAM	: Akdeniz Üniversitesi Çocuk ve Ergen Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi
AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi
AN	: Adsız Narkotikler
ANAKOM	: Adsız Alkolikler Ankara Bölge Komitesi
ATR	: Tedaviye Erişim Programı(ABD)
ATU	: Amfetamin Türü Uyarıcılar
ÇEMATEM	: Çocuk ve Ergen Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi
DARE	: Madde Kötüye Kullanımına Direnç programı(ABD)
DAT	: Şehir Madde Bağımlılığı Takımı(Londra)
DFC	: Uyuşturucudan Arındırılmış Topluluklar Programı(ABD)
DSM 4	: Mental Hastalıkların Standart Sınıflandırılması
EGEBAM	: Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi
EGEKOM	: Adsız Alkolikler Ege Bölge Komitesi
EGM	: Emniyet Genel Müdürlüğü
EMCDDA	: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
KOM	: Kaçakçılıkla Mücadele Daire Başkanlığı
MARMARAKOM	: Adsız Alkolikler Marmara Bölge Komitesi
MİLDT	: Bakanlıklar Arası Madde ve Madde Bağımlılığı İle Mücadele Heyeti (Fransa)
MSS	: Merkezi Sinir Sistemi
SECİ	: Güneydoğu Avrupa İşbirliği İnisiyatifi
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
STK	: Sivil Toplum Kuruluşu
TADOC	: Türkiye Uluslararası Uyuşturucu ve Organize Suçlarla Mücadele Akademisi
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
TÜSİAD	: Türkiye Sanayici ve İşadamları Derneği
UMATEM	: Uçucu Madde Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi
UNDCP	: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu Kontrol Programı
UNODC	: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi
WHO(DSÖ)	: Dünya Sağlık Örgütü

TABLÖLAR LİSTESİ

Tablo-1: Türkiye’de Kurulu bulunan AMATEM ler ve yatak kapasiteleri.....	36
Tablo-2: Bazı Avrupa ülkelerinde madde ile ilgili hizmet türleri ve ulaşılabilirlik düzeyi.....	72
Tablo-3: Bazı Avrupa ülkelerinde ilaç ve bağımlılık hizmetlerinin diğer hizmetlere entegrasyonu.....	73
Tablo-4: Almanya’da madde tedavi ağı	75
Tablo-5: Türkiye’de Uyuşturucu talebinin azaltımı konusunda faaliyet gösteren kurumlar.....	86
Tablo-6: Türkiye’de Uyuşturucu Arzı ile mücadele konusunda faaliyet gösteren kurumlar.....	87
Tablo-7: Yıllara göre uyuşturucu suçundan dolayı hükümlü, tutuklu, hükmen tutuklu ve toplam sayı(2005-2008).....	88

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil-1: Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Haritası (2007).....	37
---	----

Tezin Başlığı: Yerel Sosyal Politikalar Çerçevesinde Madde Bağımlısı Gençlerin Sosyal Rehabilitasyonu (Karapürçek İlçesi Sosyal Rehabilitasyon Merkezi Projesi)	
Tezin Yazarı: Soner KARATAŞOĞLU	Danışman: Yrd. Doç. Dr. Osman SARI
Kabul Tarihi: 24 Haziran 2009	Sayfa Sayısı: ix (ön kısım) + 145 (tez)
Anabilimdalı: Çalışma Ekon. ve End. İlş.	Bilimdalı: Çalışma Ekon. ve Sosyal Siyaset
Madde bağımlılığı, kendine özgü tedavi ve rehabilitasyon uygulamaları ile sağlık bilimleri ve sosyal bilimlerde her zaman farklı bir öneme sahip olmuştur. Toplumlar çağın gereği olarak modern bir hayat tarzı sürerken, modernleşmenin beraberinde taşıdığı bazı sorunlarla da yüzleşmek durumunda kalmıştır. Bu sorunların en önemlilerinden birisi hiç şüphesiz ki madde bağımlılığıdır. Madde bağımlılığı ile mücadele yöntemlerine her geçen gün yenileri eklenirken, diğer bir taraftan da akıl almaz bir hızla artan madde arz ve talebine engel olabilmek için ülkemizde ve uluslararası sahada çok ciddi bir mücadele yapılmaktadır. Gösterilen bunca gayrete rağmen ülkemizde ve diğer ülkelerde maddenin zararlı kullanımı ile bağımlı hale gelen milyonlarca insan vardır. Ülkemizde madde bağımlısı bireylerin sayısı her geçen gün hızla artmaktadır. Bu durum bağımlılıkla etkin mücadele edemediğimizi göstermektedir. Klasik klinik tedavisinden yararlanan bireylerin neredeyse yarısı aynı yıl madde bağımlılığı tedavisi için tekrardan aynı tedavi sürecine dâhil olmaktadır. Bu noktada klinik tedavi sonrası elde edilen kazanımlara ilave ve destekleyici mahiyette sunulacak olan, “klinik tedavi sonrası sosyal rehabilitasyon” uygulamaları ile madde bağımlısı gençlerin ve çocukların tekrardan madde bağımlısı olmaları engellenecektir. Sosyal rehabilitasyon uygulamaları olan, iş-uğraş, sanat, resim, müzik ve sosyal terapilerle yeniden kendi kişilikleri buldurulan bireylere, mesleki rehabilitasyon ile yeni bir sosyal statü ve uğraş alanı sunulmak kaydıyla, madde bağımlılığı tedavisinde yeni bir açılım sunulmuş olacaktır. Madde bağımlıları için sunulan bu yeni açılım, yerel yönetimlerin bu önemli soruna çözüm bulmak arayışları ile birleşerek ortaya yeni projelerin çıkması sağlanacaktır. Madde bağımlılarının ve ailelerinin tedavi sürecinde motivasyon kaybına uğramamaları için, kendilerine en yakın bir yerde bu tedaviden yararlanabilmeleri sağlanmalıdır. Yerel yönetimler kendi yörelerindeki sorunlara merkezi yönetimden daha hızlı ve kalıcı çözüm üretebilmektedirler. Yerel sosyal politikaların aktif bir şekilde uygulamaya konulması ile ortaya çıkan örnek projelerden birisi olan “Karapürçek İlçesi Sosyal Rehabilitasyon Projesi” ile doğayla iç içe bir ortamda yaşlılar, bedensel özürlü bireyler ve madde bağımlısı gençler(klinik tedavi sonrası) aynı ortamda, farklı terapiler ve uğraşlar ile kalıcı olarak madde bağımlılığından kurtulabileceklerdir. Bu çalışmanın amacı; 1- Madde bağımlılığı tedavisinde yaşanan sorunları tespit etmek 2- Sosyal rehabilitasyonun önemini ortaya çıkartmak 3- Madde bağımlılarının beklentilerini karşılamaktır	
Anahtar kelimeler: Madde bağımlılığı, sosyal rehabilitasyon, AMATEM, yerel sosyal politikalar.	

Title of the Thesis: In the Framework Of Local Social Politics Social Rehabilitation of Substance Addicted Youngs (Karapürçek Districh Social Rehabilitation Center Project)	
Author: Soner KARATAŞOĞLU	Supervisor: Asist.Assoc.Dr.Osman SARI
Date: 24 June 2009	Nu.of pages: ix (pre text) + 145(main body)
Department: Scienses of Working Econ. and Ind. Subfield: Social Politics	
Substance addiction, with its idiosyncratic treatment and rehabilitation practices, always has a distinctive importance in medical and social sciences. Societies, while living a modern life pattern as a need of this era, had to face with some problems that modernization entailed. Undoubtedly, one of the most important of these problems is substance addiction. As new ones are added to methods of struggle with each passing day, on the other hand, a very serious struggle is done in our country and international area for preventing the rapidly increasing -in an inconceivable manner- supply and demand of substances. Despite all these efforts in our country and other countries, there are millions of people, who have become addictive by using harmful materials. In our country, the number of harmful substance addicted individuals is increasing rapidly every day. This situation shows that we can not fight with substance addiction effectively Almost half of individual people who benefit classic clinical treatment, include matter dependence treatment in the same year. This situation after clinical treatment action addition and support situation after clinical treatment social rehabilitation practice and matter dependence young with children prevented to be a matter dependence. Providing individuals who regain their personalities through social rehabilitation practices such as occupation, art, music and social therapies, with vocational rehabilitation and new social status and occupation opportunities shall offer an insight into substance addiction treatment. Leaguig together with the efforts of local authorities to find a solution to this very important matter, this new insight offered into substance addicts shall allow generating new projects. In order to keep their and their families' motivation intact, substance addicts should be able to receive this treatment in places not far from their region. Local authorities can provide faster and more permanent solutions to problems within their reach than central authorities. With “Karapürçek District Social Rehabilitation Project” which comes into being by practising local social politics actively as one of model projects, in an environment which is in the nature, the aged, the disablet individuals, and the substance addicted youngs (after clinical treatment) will be permanently able to saved from substance addiction in the same environment by having different theraphies and hobbies. The aim of this study is; 1- To fix the problems of substance addiction that is being continuing 2- To achieve the importance of social rehabilitation 3- To meet the expectitions of substance addicts	
Keywords: Substance addiction, social rehabilitation, AMATEM, Local Social Politics	

GİRİŞ

Alkol ve alkol dışı madde kullanımı ve bağımlılığı yüzyılımızın en önemli ve ciddi sorunlarından biridir. Günümüzde bağımlılığa karşı verilen savaşta birincil, ikincil ve üçüncül koruma önlemleri gittikçe önem kazanmaktadır. Birincil koruma önlemleri; okul, aile, 15-24 yaşa odaklı eğitim programları, yerel, bölgesel ve ulusal örgütlenmeleri içermektedir. Alkol ve madde bağımlılığı tedavi ve rehabilitasyonu ise ikincil koruma önlemleri içine alınmaktadır. Detoksifikasyon (arınma) sonrası bireysel ve grup terapi programları, aile tedavileri, sosyal danışmanlık, iş bulma, kendi kendine yardım grupları gibi çok sayıda tedavi seçenekleri bu önlemler kapsamında ele alınmaktadır. Madde bağımlısı olup da tedaviyi kabul etmeyenleri ve onların çevresindekilerle toplumu olası zararlardan korumaya yönelik programlar da üçüncül önlemler kapsamındadır.

Yasadışı madde üretimi, ticareti, tüketimi ve bununla ilintili problemler, tüm dünyada günden güne artmaktadır. Bunun yanında reçeteli ilaçların ve yasal maddelerin de kullanımı giderek artmakta ve kullanıcıların yaş ortalaması düşmektedir.

Madde kullanımı çoğu zaman sadece merak ya da arkadaş özentisi nedeniyle başlamakta, ancak kısa sürede kişi bağımlı hale gelmektedir. İlk başlarda kişiyi gerçeklerden uzaklaştırarak rahatlatır da ilerleyen dönemlerde hem fizyolojik hem de psikolojik yönden oldukça ciddi ve tedavisi uzun ve zorlu bir süreçte tamamlanan problemlere yol açmaktadır. Giderek artan dozlarda madde alımı ise pek çok insanın hayatına mal olmaktadır.

Madde ile ilgili problemler sadece bireyin kendi sağlığını değil; genel olarak tüm toplumu etkilemektedir. Trafik kazaları, şiddet ve çeşitli suçlar, okul ve iş hayatları etkilenen bireyler bu problemin toplumsal boyutunu sergiler niteliktedir.

Üretim ve ticaret boyutu uluslararası nitelikte olduğu için, tüm dünya ülkeleri madde ile mücadele konusunda kendi politikalarını geliştirdikleri gibi, uluslararası işbirliği ile çeşitli ortak çalışmalar da gerçekleştirmektedirler.

Madde ile mücadele; arz ve talep azaltımı, toplumu bilinçlendirme, yasal düzenlemeler, tedavi ve rehabilitasyonuda içine alan çok boyutlu bir süreçtir. Madde bağımlılarının tedavisi ise farklı işlevi olan pek çok kurumun koordinasyonunu gerektirmektedir.

Türkiye, yasa dışı madde kaçakçılığındaki önemli transit yollar üzerinde bulunmaktadır. Mevcut verilere bakıldığında uyuşturucu ile mücadele eden diğer ülkelere göre madde kullanımı ve buna bağlı problemlerin Ülkemizde çok daha az oranda görüldüğü belirlenmiştir. Ancak, başta Afganistan olmak üzere yasa dışı madde üretiminin merkezi sayılabilecek bazı ülkelere yakın konumda olan Türkiye'nin, yakın gelecekte büyük risk altında olduğu görülmektedir. Bu nedenle gerek dünyada gerekse ülkemizde madde ile mücadele ciddi biçimde ele alınmakta ve bu bağlamda pek çok ulusal ve uluslararası düzeyde çalışmalar yapılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde, madde ile mücadele kapsamında yapılan ulusal düzeydeki tüm çalışmalarda yerel yönetimlerin giderek daha etkin bir rol oynadığı görülmektedir.

Gelişmiş batılı ülkelerde uygulanan yöntemler ülkemizde uygulanan yöntemlerden çok farklıdır. Sadece arınma için üç aydan fazla süren bir tedavi uygulanmaktadır. Ayrıca kişilere tedavi sırasında ve sonrasında sosyal rehabilitasyon çerçevesinde sosyal ilişkilerde yeni bir boyut katacak olan, onlara bulundukları sosyal statünün dışında bir yaşam çerçevesi sunmak maksadıyla; iş uğraş terapileri, mesleki kurslar ve bağımlı kişilere yaşama alternatif bakış açıları sunmak için bir çok sosyal ve kültürel içerikli eğitimler verilmektedir. Ayrıca eğitimi yarım kalan veya tamamen eğitim sürecinin dışında kalan kişilere eğitim olanakları sağlanmakta, sosyal güvence kapsamına alınan bu kişilere maddi destekler ile yeni bir yaşam kurulmaya çalışılmaktadır.

Türkiye'de ilaç tedavisi ve arındırma süreciyle sınırlandırılan tedavi sürecinin yeni yeni bazı yerel yönetim birimlerinin sosyal rehabilitasyon kapsamında yaptıkları yatırımlar ve açılımlar ile boyut değiştirmeye başlamasına rağmen, halen uluslararası normlara yaklaştığının ifade edilmesi imkansızdır. Henüz madde bağımlılığı konusunda gerekli politikaları oluşturmamızı sağlayacak istatistiksel verilerin olmayışı bu konunun tam olarak gün yüzüne çıkmasını engellemektedir.

Türkiye de madde bağımlılığı ile mücadele stratejilerini belirlemek üzere kurulan TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) 'in Emniyet

Genel Müdürlüğü (EGM) bünyesinde, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (KOM) altında bir şube müdürlüğü olarak faaliyet göstermesi bile, ülke olarak madde bağımlılığına hangi açıdan yaklaştığımızı göstermeye yetmektedir.

Madde bağımlılığı dezavantajlı bir grup olmakla beraber tedavi haricinde dezavantajlı grupların yararlandığı hakların birçoğundan yararlanamadıklarını söylemek yanlış olmayacaktır.

Merkezi idarenin tekelinde bulunan madde bağımlılığı ile mücadele konusu, gelişmiş ve bu sorunla yüzleşen batılı ülkelerdeki yerel yönetimlere yetki ve kaynak aktarılacak sorunları sorunun çıktığı yerde çözme eğilimine karşılık, Türkiye de klinik tedaviye endeksli ve İstanbul ve Ankara merkezli olarak yürütülmektedir(Toplam yatak kapasitesinin yaklaşık %60'ı bu iki ildir). Sayı olarak ve yatak kapasitesi açısından yetersiz olan (Sağlık Bakanlığı koordinasyonunda 469 yatak kapasiteli 19 adet AMATEM mevcuttur, 2009) ve ayrıca özellikle İstanbul ve Ankara merkezli olarak sunulan hizmetlerin, o hizmetlerden 1. derecede yararlanacak olan kişiler ve onların aileleri için çok ciddi maddi ve manevi sıkıntıları içinde barındırdığı bir gerçektir. Klinik tedaviye tabi tutulan bireylerin kısa bir süre sonra tekrardan geriye dönüş yapmaları ise yeni bir yaklaşımın ne kadar önemli olduğunu ortaya çıkartmaktadır.

Türkiye de madde bağımlılığı ve tedavisi konusunda uygulanan klasik yöntem ile çözüm bulmanın imkansızlığı madde bağımlılığının tedavi ve önlenmesinde yeni yaklaşımlar, yeni tedavi ve tedavi sonrası rehabilitasyon hizmetleri ile yeni bir kimlik ve nitelik kazanmak zorundadır. Burada öne çıkan en önemli yaklaşım ise klinik tedavinin tek başına meseleyle yüzleşmenin ötesine geçemeyeceği, klinik tedavi sonrası kişilere alternatif yaşam olanakları gösterecek olan ve yerel yönetimlerce-Sivil Toplum Kuruluşlarınca desteklenen ve her yöreye has o yörenin kendi sosyo-kültürel dinamiklerini içeren sosyal rehabilitasyon mekanları ve o mekanlarda sunulacak aktiviteler ile yaşama olan bağlılığın artırılması mümkün olacaktır. Fakat sosyal rehabilitasyon henüz kavram olarak bile yerleşmediğinden şekillenmiş değildir.

Tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin gönüllü olarak bu hizmetlerden yararlanmak isteyenler için bulundukları yerde verilmesi büyük önem arz etmektedir. Yerel yönetimlerin madde bağımlılığı konusunda yetkilendirilmesi veya verilen yetkilerin cesurca kullanılması için teşvik edilmesi büyük öneme sahiptir. Yerel yönetimlerden

kastedilen ise tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini ona ihtiyaç duyanlara en yakın bir yerde sunan idaredir.

Araştırmanın Amacı

Türkiye de madde bağımlılığı sorununun güncel olarak tespitini sağlamak, madde bağımlılarının tedavi süreçleri ve bu tedavi süreçlerinde yaşanan sorunları tespit etmektir. Ayrıca mevcut haliyle merkezi idarenin yetkisinde bulunan detoksifikasyon (arınma) ve ilaç tedavisi (yerine koyma) yöntemleri ile madde bağımlılarının hayata yeniden dönmelerinin mümkün olmadığını ortaya çıkartmak ve bu sayede yerel yönetimlerin yerel sosyal politikaların en güncel ve en önemli konularından biri olan madde bağımlılarının klinik tedavi sonrası sosyal rehabilitasyonu konusuna dikkatini çekmek ve açılacak yeni merkezler ile dünyayı saran bu sorunun çözümüne katkı sağlamaktır.

Araştırmanın Yöntemi

Öncelikli olarak güncel resmi ve gayri resmi tüm verilere ulaşılarak sorunla yüzleşmek ve ardından bu konu ile alakalı yapılan anketleri değerlendirmek, röportajlardan var olan sıkıntılara ulaşmak ve sonuçta da raporlara yansıyan veriler neticesinde sorunun çözümü için önerilerde bulunmaktır.

Araştırmanın Önemi

Klinik uygulamalarla sınırlandırılmış bir tedavi sürecinin tek başına yetersiz olduğunu tespit etmenin ötesinde, madde bağımlılığının tedavi ve rehabilitasyonunda uluslararası kabul gören yeni bir açılım için önerilerde bulunmaktır. Bu konuda mevcut olan herhangi bir çalışmanın olmayışını, tedavi sürecindeki yetersizliğin tespitini ve sosyal rehabilitasyon merkezlerinin önemini ortaya çıkartmaktır.

BÖLÜM 1: MADDE VE MADDE BAĞIMLILIĞI

1.1. Madde

1.1.1. Tanımı

Madde kelimesi, tıbbi endikasyon dışında kullanılan ilaçları ve diğer birçok kimyasal maddeyi tanımlamak için kullanılmaktadır. Alkol, sigara, opioidler, esrar, halusinojenler (LSD), amfetaminler, solunum yoluyla alınan uçucular (benzen, toluen) bu kapsama giren maddelere örnek olarak verilebilir (Uzun, 2008; Polat, 2004:1-10).

1.1.2. Sınıflandırılması

1.1.2.1. Kokain

Güney Amerika’da yetişen koka bitkisinden elde edilir. Genelde saf haliyle; yani beyaz ve suda eriyebilen bir toz halinde piyasada bulunur. Şeker ve başka maddelerle “kesilerek” %30-50 arasında bir saflıkta satılır. Genellikle burundan ya da sigara şeklinde alınır. Ağızdan alınması durumunda sindirim sistemi tarafından etkisiz hale getirilir. Etkisini arttırmak amacıyla eroin ya da alkolle birlikte kullanılır. MSS’ni (Merkezi Sinir Sistemi) uyarıcı (stimulant) etkiye sahiptir (Polat, 2004:1-10; WHO, 2008; Uzun, 2008).

Kısa dönemde kendine aşırı güven, mutluluk, yorulmama, bulantı-kusma; uzun dönemde ise konsantrasyon ve sosyal ilişkilerde bozulma, depresyon, sebepsiz korkular görülmesine neden olmaktadır (Uzun, 2008; Polat, 2004:1-10).

1.1.2.2. Amfetamin Türü Uyarıcılar (ATU)

ATU’ların iki ana üyesi; amfetamin ve metamfetamindir. Ancak pek çok madde, ATU’lara dahildir: metkatinon, efedrin, psödoefedrin, metilfenidat, ritalin, benzerdin ve MDMA, yani bilinen adıyla “ekstasi” bu gruba dahildir. Ekstasi, halusinojenik maddelerle karıştırılmış bir amfetamindir. ATU’lar, “Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu”nun tedavisinde kullanıldığı için sıklıkla reçete edilmektedir (WHO, 2008; Polat, 2004:1-10).

ATU’lar, genellikle sigara, hap şeklinde ya da burundan çekilerek alınır. 2006/2007 raporlarına göre dünya üzerindeki toplam ATU kullanıcı sayısı 33.7 milyondur. Bunun

9 milyonunu ekstasi kullanıcıları oluşturmaktadır. Ülkemizde de ekstasi kullanımı, özellikle son yıllarda endişe verici boyutlara ulaşmıştır (WHO, 2008; Polat, 2004:1-10; Drug Report, 2008).

Kısa ve uzun dönem etkileri kokaine benzemektedir. Enjeksiyon yoluyla kullanımda enjektörle bulaşan tüm hastalıklar (AIDS, Hepatit vb.) görülebilir (WHO, 2008).

Son 10 yılda ATU'lar birçok ülkenin kültürel akımına karışmıştır. Özellikle genç bireylerde, bu maddelerin güvenli, zararsız olduğuna dair bir inanç vardır. Pek çok ülke için ATU yeni bir problemdir ve hızla yayılmaya devam etmektedir (WHO, 2008).

1.1.2.3. Alkol

Genellikle içki yoluyla alınır. Merkezi Sinir Sistemi'ni(MSS) baskılar (depresan etki).

Kısa dönemde rahatlama, denge bozukluğu, bozuk konuşma, dikkat ve hafızada eksiklik, kafa karışıklığı, karar vermede zorluk; uzun dönemde ise, karaciğer ve beyin rahatsızlıkları, kalp kası bozuklukları görülmektedir (Polat, 2004:1-10; Djousse ve Gaziano, 2008).

1.1.2.4. Barbitüratlar

Genellikle ağız yoluyla, hap şeklinde alınır. Enjektörle de kullanılabilir. Tıpta epilepsi tedavisinde ve kaygıyı azaltmak, uyku getirmek amacıyla kullanılmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde uyku problemi ve kaygı artış gösterdiği için bu tür ilaçların tüketimi de artmaktadır (Polat, 2004:1-10; WHO, 2008).

Rahatlama, uykusuzluğun geçmesi gibi etkileri vardır. Yüksek dozda kullanılması durumunda, dikkat bozukluğu, hatırlamada sorunlar, kabul edilemez cinsel veya saldırgan davranışlar, ruh halinde değişiklik görülür.

1.1.2.5. Benzodiazepinler

Valium, Tranxene, Xanax, Ativan ve Librium en bilinenleridir. Etki mekanizmaları barbitüratlara benzer. Doz aşımı ve zehirlenme gibi durumlarda barbitüratlara göre çok daha güvenlidirler (Polat, 2004:1-10).

1.1.2.6. Opioidler

Eroin, kodein, metadon, morfin ve meperidin bu sınıfa dahildir. Tıbbi olarak ağrı giderici ve rahatlatıcı olarak kullanılmaktadır. Burundan çekerek, sigara şeklinde içerek, damar yoluyla ya da deri altına zerk ederek alınır(Uzun, 2008; Polat, 2004:1-10).

Uzun dönemde beslenme bozuklukları, vücut direncinde düşme görülmektedir. Ağrıyı bastırması nedeniyle –varsa- diğer hastalıkların anlaşılmasını engelleyebilir. Özellikle eroin damar içine enjeksiyon yoluyla kullanıldığı için yine enfeksiyon hastalığı bulaşma riski vardır (Polat, 2004:1-10; WHO, 2008).

UNDCP raporlarına göre, başta eroin olmak üzere tüm opiatların üretim, kaçakçılık ve kullanımında belirgin bir artış görülmektedir. Dünya Sağlık Örgütü raporlarında, küresel anlamda yaklaşık 13.5 milyon kişinin opiat kullandığı, bunun içinde 9.2. milyon kişinin eroin kullanıcısı olduğu bildirilmektedir (WHO, 2008; Drug Report, 2008).

1.1.2.7. Nikotin

Tütünün kullanıldığı tüm maddelerde bulunmaktadır. Nikotin, hem MSS uyarıcı hem de baskılayıcıdır (Polat, 2004). Dünyada ve ülkemizdeki en yaygın bağımlılık türü nikotin bağımlılığıdır. Yüncü ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmaya göre EGEBAM'a başvuran hastaların %94.4'ünün sigara kullandığı; verilerin AMATEM verileriyle uyumlu olduğu belirlenmiştir. Yine aynı çalışmada, sigara kullanımının diğer maddelerden daha önce başladığı belirlenmiştir. Ergenlik döneminde sigara kullanımının ileriki yaşlarda alkol ve madde kullanım bozukluğuna yakalanma olasılığını arttırdığı, yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır. Tüm bu veriler ışığında, sigara, maddelere geçişte basamak olarak kabul edilebilir (Ögel ve Erol, 2005; Uzun, 2008; Bursa Sağlık Md., 2002; Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401).

Uzun süre kullanımda çeşitli kalp hastalıkları, damar hastalıkları, ülserler, her türlü kanser, astım, kronik bronşite yol açtığı bilinmektedir (Polat, 2004:1-10).

1.1.2.8. Kannabinoidler

Esrar ve haşhaş türevleri bu gruba girer. Başlıca etken maddesi tetrahidrokannibol (THC)'dur. Kannabinoidler, tıbbi tedavi amacıyla da kullanılmaktadır (WHO, 2008; Polat, 2004:1-10; Uzun, 2008).

Dünya üzerinde en çok ekilen, tüketilen ve yasadışı ticareti yapılan madde kannabistir. Dünya Sağlık rgt verilerine göre 165.6 milyon insanda kannabis kötüye kullanımı mevcuttur. Bu sayı diğer madde kullanıcılarının toplamının dahi çok üzerindedir (yaklaşık 88.2 milyon) (Drug Report, 2008; Uzun, 2008; Polat, 2004:1-10).

Kannabinoidler, hem kısa hem de uzun dönem kullanımda dikkat dağınıklığı ve motor koordinasyon bozukluğuna yol açtıkları için kaza riskini arttırmaktadırlar (WHO, 2008; Polat, 2004:1-10). Kannabinoidlerin hamilelikte kullanımı, düşük doğum ağırlıklı bebek ve anne karnındaki bebekte gelişim geriliğine yol açmaktadır (WHO; 2008).

1.1.2.9. Halusinojenler (Halsinasyona Yol Açan Maddeler)

LSD, Meskalin, Psilosibin ve türetilmiş amfetaminler (MDMA, MMDA, vb.) bu gruba giren maddelerdendir. Yenerek, emilerek veya sigara şeklinde kullanılmaktadırlar. Halusinojenler, zaman kavramında bozulma, halüsinasyon, aşırı korku, denge bozukluğu ve çeşitli algı bozukluklarına neden olmaktadır (Polat, 2004:1-10; Uzun, 2008).

1.1.2.10. Uçucu Maddeler

Solunum yoluyla kullanılırlar. Eter, aseton, benzen, vernik, yapıştırıcılar ve tiner (toluen) bu gruba girmektedir (Polat, 2004). Günlük yaşamda ve endüstriyel ortamlarda sıklıkla kullanılan bu maddelerin kolayca elde edilmesi, yasal ve ucuz olmaları gibi pek çok etken uçucu madde bağımlılığında rol oynamaktadır. Madde kullanmaya başlama yaşının düştüğü bilinen bir gerçektir. Ancak, yapılan çalışmalara göre, uçucu madde kullanımı çok daha erken yaşlarda (7-8 yaş) başlamaktadır. Bazı çalışmalarda, 4-6 yaşlarında uçucu madde kullanan çocuklar tespit edilmiştir (WHO,2008; Evren ve ark,2004; Yüncü ve ark.2006:31-32)

1.2. Maddenin Kötüye Kullanımı(ABUSE) ve Madde Bağımlılığı

Maddenin kötüye kullanımı bir süreçtir. Bu sürecin dört aşaması bulunmaktadır;

1. Deneme,
2. Kontrollü kullanım,
3. Kötüye kullanım ve
4. Bağımlılık (Leifer, 2003).

Deneme, madde kullanımında ilk aşamadır. Özellikle ergenlik döneminde, arkadaş-akran çevresinin madde kullanmaya başlamada etkin rol oynadığı bilinmektedir (Köknel, 1999; Ögel ve Erol, 2005:169-186).

Kontrollü kullanım ve kötüye kullanım arasında “kullanım sıklığı” yönünden belirgin farklılık bulunmaktadır. Örneğin; kişinin bir hafta sonu partisinde “dağıtması” ile okula alkollü gitmesi aynı şey değildir (Leifer, 2003).

Bağımlılık, madde kötüye kullanımının son aşamasıdır. Bağımlılık, iki alt başlıkta ele alınmaktadır

- Fizyolojik bağımlılık
- Psikolojik bağımlılık.

Fizyolojik bağımlılık; Alınan maddeye karşı direnç (tolerans) gelişmesi nedeniyle maddenin giderek artan dozlarda alınması durumudur. Sinir sisteminin işlevini sürdürebilmesi için maddenin sürekli ve artan dozlarda alınması gerekir. Madde kullanımına ara verilmesi ya da dozun azaltılması durumunda “yoksunluk belirtileri” ortaya çıkar (Ekşi, 1999:187-194; Leifer, 2003; Öz, 2000:82-100; Uzun, 2008).

Psikolojik bağımlılık; Maddeye karşı aşırı istek ve kullanım gereksinimi hissetme durumudur. (Leifer, 2003; Öz, 2000:82-100).

Adölesan(ergenlik çağı) döneminde madde kullanım bozuklukları sıklıkla “zararlı kullanım” ve “kötüye kullanım”dır. Ancak “bağımlılık”, geç adölesan dönemine kadar nadiren görülmektedir (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401).

Bugüne kadar yapılan çalışmalar madde bağımlılığının oluşumu için kesin bir neden ortaya koyabilmiş değildir. Dolayısıyla bağımlılık; biyolojik, ruhsal ve sosyal etkenlerin rol oynadığı bir bozukluk olarak kabul edilmektedir. Bu etkenleri anlaşılma kolaylığı açısından şu şekilde sıralayabiliriz

- **Kişisel Özellikler:** Yapılan araştırmalar madde bağımlılığı için belirgin bir kişilik özelliği ortaya koymamıştır. Ancak, yapılan ileriye yönelik bazı çalışmalar bağımlıların bazılarının tutarsız, amaç ve değerlere fazla duyarlı olmayan, güvensizlik ve güçsüzlüklerini kapatmaya çalışan, yasaları çiğneme eğilimli, bunalı, panik, yılgınlık ve çöökkünlük duygularını sık yaşayan kişiler olduğuna yönelik bulgular vermektedir.
- **Çevresel Özellikler:** Madde kullanımının ortaya çıktığı koşullar çok önemlidir. Bir maddenin kolay ve ucuz elde edilebilir olması o maddenin tüketimini arttıracak için olası bağımlılığı da daha fazla olacaktır. Sosyal öğrenmenin madde kullanım davranışını hem uyardığı, hem de biçimlendirdiği ileri sürülmektedir. Özellikle ergenlik döneminde bir grup içinde olmak, kendini o gruba ait hissetmek oldukça önem taşır. Ergen bu grup içinde yer edinmek için o grubun kurallarını değer yargılarını yaşam biçimini benimser. Eğer grubun üyesi olmanın yolu madde kullanımından geçiyorsa yada madde kullanmak grup içinde prestij, güç kazanmanın yolu gibi görülüyorsa o zaman kişi madde kullanabilir. Ancak grubun bütün bireylerine bu durum genellenemez.

Madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı tanıları, Amerikan Psikiyatri Birliği tarafından hazırlanan ve tüm dünyada kullanılan mental hastalıkların standart sınıflandırması olan DSM 4 (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)'de “madde kullanım bozuklukları” başlığı altında ele alınmıştır (**Bkz.EK 1**)

1.2.1. Rol Oynayan Faktörler(Madde Bağımlılık Etiyolojisi)

Madde kullanmaya başlamada pek çok biyolojik, psikolojik, sosyal ve kültürel faktörün rol oynadığı yapılan çeşitli araştırmalar ve çalışmalarla kanıtlanmıştır (Köknel, 1999; Ögel ve Erol, 2005; Ksir ve Ray, 1996).

Merak, arkadaş çevresi, özentî, kendini ispat etme, eğlenme, sıkıntılardan uzaklaşma ve rahatlama isteği çocukluk ve erken ergenlik döneminde madde kullanımını tetikleyici unsurlardandır (Ögel ve Erol, 2005; Türk, 1999; Köknel, 1998; Basut, 2006:31-36).

Bu faktörlerin en önemlileri ise “arkadaş çevresi” ve “merak” olarak tespit edilmiştir. Yapılan çeşitli çalışmalardan elde edilen bulgular, bu görüşü destekler niteliktedir (Eker, 2007:73-83; Ögel ve ark., 2004).

Ebeveynlerde madde kullanım öyküsünün bulunması, ilgisiz ebeveynler ve aile içi şiddet gibi ailevi unsurların gençleri madde kullanımına ittiği bilinmektedir (EMCDDA, 2007; Köknel, 1998; Türk, 1999).

Duygusal yönden gelişmemiş (immatür), benlik saygısı düşük, sorunlarla baş etme becerileri zayıf, hatalı ebeveyn yaklaşımına bağlı olarak anne-babaya bağımlı kişilik geliştiren bireylerin de madde kullanımına daha yatkın oldukları genel olarak kabul edilen bir görüştür (Köknel, 1998; Ögel, 2001; EMCDDA, 2007; Öz, 2000:82-100).

Maddenin erişilebilirliği, gençlerin maddeyi temin edebilecekleri mekanlara (kulüp, disko, bar, vs.) kolayca girebilmeleri ve bu ortamların yeterli ölçüde denetlenmemesi, toplum içinde alkol, sigara gibi maddelerin kullanımının kabul görmesi, hatta çeşitli davet, kokteyl, parti gibi toplu aktivitelerde teşvik edilmesi, geleneklerden uzak bir yaşam tarzı ve yazılı - görsel basında özendirici yayın ve tanıtımlara yer verilmesi, toplumda madde kullanımını tetikleyici diğer unsurlardandır (Ögel ve Erol, 2002; Zastrow, 1996; Türk, 1999; Ögel ve ark., 2007:18-23; Şenol, 2006).

Suç eğilim, anti sosyal kişilik bozukluğu, depresyon, şizofreni, kaygı bozuklukları gibi bireyin ruh sağlığı ile ilgili problemler ile madde kullanımı arasında ilişki olduğu görüşü, pek çok çalışma ile desteklenmektedir (Algül ve ark, 2007:141-150; Toprak, 2001:4; Zastrow, 1996; Maner ve ark, 2004:12-15; Sayal ve ark, 2005:14-17; Ögel ve Aksoy, 2007:11-17).

Madde kullanım ile açıkladığımız etmenler arasındaki ilişki tek ya da çift yönlü olabilmektedir ve bazı ilişkiler tam olarak çözülememiştir. Madde kullanımı fonksiyon bozukluğuna mı yol açmaktadır? Yoksa fonksiyon bozukluğu olan birey madde kullanımına mı yönelmektedir? Örneğin; depresyonla madde kullanımı arasındaki

ilişkide depresyon mu madde kullanımını tetiklemektedir, yoksa madde kullanımına bağlı yan etkiler ve maddeyi bırakamama sonucu mu depresyon gelişmektedir? Madde kullanımı ile etiyolojik faktörler arasındaki bu ilişkiyi çözebilmek ve daha etkili tedavi yolları geliştirebilmek için daha ayrıntılı çalışmalara gereksinim duyulmaktadır (Ray ve Ksir, 1996).

1.2.2. Madde Kullanım Sorununun Dünyada ve Türkiye de ki Durumu

Madde; üretim, yasa dışı kaçakçılık ve tüketim boyutlarıyla giderek büyüyen ve tüm insanlığı özellikle çocuk ve gençleri tehdit eden küresel boyutta bir problemdir.

UNODC(Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi) tarafından hazırlanan Dünya İlaç Raporu'na göre (2008), tüm dünyada yasadışı madde üretimi, kaçakçılığı ve kullanımı hızla artmaktadır. Rapora göre, “15-64 yaş nüfusunun yaklaşık %4,9'u (208 milyon kişi) 1 yıl içinde en az bir kez madde kullanmıştır. Bu yaş grubundaki problemli madde kullanım oranı %0,6'dır. Uyuşturucu madde üretiminde görülen artış (%43) piyasa fiyatını düşürmektedir. Bu durumun, özellikle gençlerde, madde kullanımını körüklediği düşünülmektedir”.

EMCDDA(Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) tarafından yapılan açıklamaya göre (2008), Avrupa'da madde kullanım ve buna bağlı suç oranları 2000-2005 yılları arasında belirgin olarak artış göstermiştir.

EMCDDA'in okul araştırmaları ve tedavi merkezlerinden alınan verile dayanarak hazırladığı rapora göre (2007), Avrupa Birliği ülkeleri ve Türkiye'de 15 yaşından küçük çocuklarda madde kullanımı ve bağımlılığı yaygın değildir, ancak dikkatle izlenmesi gerekmektedir. Çünkü yapılan araştırmalar, bu yaşlarda deneme amacıyla madde kullanan çocukların ileriki yaşlarda problemli madde kullanımına daha yatkın olduklarını göstermektedir.

Türkiye, Asya'dan Avrupa'ya yasadışı madde kaçakçılığındaki önemli geçiş yolları üzerindedir. ABD Dışişleri Bakanlığı tarafından hazırlanan Uluslararası Narkotik Kontrol Strateji Raporu (2007) na göre,

- 2005 yılında yapılan operasyonlarda;10.283 Kg Eroin, 529 kg bazmorfin, 23.884 kg kannabis, yaklaşık 20 milyon tablet Captagon ve yaklaşık 2,5 milyon tablet ekstasi” ele geçirilmiştir.

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin (UNODC) 2008 yılı dünya uyuşturucu raporuna göre,

- 2007 yılında Türkiye'de gerçekleştirilen 10 bin 588 operasyonda, 23 bin 460 şahıs, 13 ton 439 kilo esrar, 9 ton 78 kilo eroin, 519 kilo afyon, 114 kilo kokain, 7 milyon 453 bin 720 adet captagon ve 1 milyon 7 bin 557 adet extacy maddesiyle birlikte yakalandı.
- 2008 yılında ise gerçekleştirilen 12 bin 151 operasyonda, 26 bin 878 şahıs, 20 ton 501 kilo esrar, 10 ton 332 kilo eroin, 202 kilo afyon, 85 kilo kokain, 2 milyon 742 bin 561 adet captagon ve 894 bin 891 adet extacy maddesiyle birlikte yakalandı”.

Uluslararası alanda faaliyet gösteren uyuşturucu madde kaçakçılığı organizasyonlarına yönelik olarak da uluslararası işbirliği çerçevesinde; 2007 ve 2008 yıllarında 20 farklı ülke ve Güneydoğu Avrupa İşbirliği İnisiyatifi (SECI) ile yurtiçinde ve yurtdışında toplam 68 operasyon gerçekleştirilmiş bulunmaktadır.

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin (UNODC) 2008 yılı Dünya Uyuşturucu Raporuna göre Türkiye, aynı güzergâh üzerinde bulunan diğer ülkelere oranla daha fazla eroin maddesi ele geçirmiştir.

Son 2 yılda Türkiye’de AB ülkelerinin toplamından daha fazla eroin maddesi ele geçirildi. 2006 yılında dünya genelinde ele geçirilen eroinin yüzde 18'ini tek başına ele geçirme de Türk polisinin başarısıdır.

Meclis Uyuşturucu ve Kaçakçılığı Araştırma Komisyonu’nun taslak raporunda (2008) yer alan verilere göre, 2002-2008 yılları arasında uyuşturucu kaçakçılığı ile mücadele kapsamında 61 bin 761 operasyon yapılmıştır. Emniyet, Jandarma, Gümrükler Muhafaza Genel Müdürlüğü ve Sahil Güvenlik Komutanlığı tarafından gerçekleştirilen bu operasyonlarda ele geçirilen maddeler ve miktarları korkutucu boyutlardadır;

- 48 ton Eroin
- 112 ton Esrar
- 6,4 ton Bazmorfin ve 8,7 ton Morfin
- 48.198.719 adet Sentetik tablet
- 413 kg Kokain
- 2,2 ton Afyon sakızı
- 22,5 ton Kimyasal madde

Prof. Dr. Necdet ÜNÜVAR' a göre “elde kesin bir veri olmamakla birlikte, ülkemizdeki 14-25 yaş arası gençlerin yaklaşık % 1 - %4'ünün (yaklaşık 150 bin kişi) madde bağımlısı olduğunun tahmin edildiğini ifade etmiştir” (Zaman Gazetesi, 23.11.2008, Röportaj). Devlet Bakanı Kürşat TÜZMEN ise Türkiye’de ki madde bağımlısı sayısının 200 bin olduğunu ifade etmektedir (Sabah Gazetesi, 01 Kasım 2004, “200 Bin Kişi Bağımlı”, <http://arsiv.sabah.com.tr/2004/01/11/gny102.html> , 27/11/2008.)

Türkiye’de madde bağımlılığı tedavileri ile ilgili veriler Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından sağlanmaktadır.

2006 yılında toplanan veriler 17 kayıtlı merkezin 15’inden toplanmıştır.

AMATEM verilerine göre;

- 2005 yılında AMATEM’e yaklaşık 17 bin başvuru olmuştur
- 2006 yılının ilk 9 ayında, yani yıl daha tamamlanmadan, aynı başvuru sayısına ulaşılmıştır.
- 2008 yılında 33.346 kişi tedavi için müracaat etmiştir.
- 2009 Nisan ayına kadar(ilk 4 ay) ise,17.176 kişi tedavi için müracaat etmiştir.

TUBİM verilerine göre;

- 2004 yılında 1427 kişi
- 2005 yılında 2078 kişi
- 2006 yılında 2853 kişi
- 2007 yılında ise 2492 kişi yatarak tedavi olmuştur.

Yatarak tedavi olanağı bulan hasta sayısında 2007 yılında bir önceki yıla göre % 12,6 lık bir azalma olmuştur. Bu azalma, büyük oranda İstanbul Bakırköy Prof Dr Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM biriminin tamirat çalışmaları nedeniyle daha küçük bir binada hizmet vermesi ve Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi'nde çıkan yangından dolayı hizmet verilememesine bağlıdır.

Tedavi için başvurular cinsiyete göre incelendiğinde,

2007 yılında tedavi olan hastaların % 95'inin erkek, % 5'inin kadın olduğu görülmektedir.

2007 yılında yatarak tedavi gören hastaların, % 56'sı ilk kez tedavi olmak için tedavi merkezinde bulunduğunu ifade ederken, % 42,4'ü daha önce bağımlılık tedavisi gördüğünü belirtmiştir.

Denetimli serbestlik uygulamaları ve tedaviye yönlendirmede bilinç artışından dolayı, önceki yıllara göre 2006 ve 2007 yıllarında ilk kez tedaviye gelenlerin sayısı önceden tedavi görenlerin sayısından daha fazla olmuştur.

Tedavi gören hastalardan, % 27,3'ü aile/arkadaş vasıtasıyla, % 1,6'sı sosyal kurumlar tarafından tedaviye yönlendirilirken, % 52,1'i kendiliğinden tedavi olmak için müracaatta bulunmuştur. Tedavi gereksinimi duymadığı ya da imkân bulamadığı için AMATEM'e başvurmayan kaç kişi olduğu ise belirsizdir.

Denetimli Serbestlik öncesi 2006 yılına kadar hastaların yaklaşık olarak % 18'i denetimli serbestlik/mahkeme kararı/polis vasıtasıyla/sebebiyle tedaviye

başvurmuşlardır. 2008 ve sonrasında bu oran hızlı bir artış seyri izlemektedir(2008 yılında bu oran %70 seviyesindedir)

2008 yılında gerçekleştirilen “Denetimli Serbestlik Hizmetlerinde Madde Bağımlılığı” konferansına konuşmacı olarak katılan Ceza ve Tevkif Evleri Genel Müdürü Nizamettin KALAMAN’a göre “mahkemelerce uyuşturucu kullanmaları nedeniyle

- 2006 yılında 10358 kişi
- 2007 yılında 13720 kişi
- 2008 yılında 24.197 kişi hakkında,

Denetimli serbestlik tedavi tedbiri kararı verildiğini belirtmiştir”. (www.cte-seslenis.adalet.gov.tr/guncels/ ds_konferans.htm, 2008).

Bunun yanında, 2006 yılında denetimli serbestlik uygulamalarına başlanması ve mahkemelerce madde kullanıcılarının cezaevi yerine tedavi merkezlerine yönlendirilmeleri merkezlerde yoğunluğa sebebiyet vermiş ve merkezler tarafından ayakta tedavi usulleri daha fazla tercih edilir ve uygulanır olmuştur.

Yatan hasta sayısındaki azalma veya ayakta tedavi başvurularının artması, Türkiye’deki bağımlı sayısındaki değişiklikler hakkında kesin yorum yapmayı engellemektedir. Yatak kapasitesi sebebiyle ortaya çıkan yatan hasta sayısındaki azalmaya bakarak bağımlı sayısının veya madde kullanım eğiliminin azaldığını söylemek veya denetimli serbestlik uygulaması sonrası zorunlu olarak kullanıcıların mahkemelerce tedaviye yönlendirilmesi sebebiyle artan başvurulara bakarak, bağımlı sayısının veya madde kullanım eğiliminin arttığını ya da azaldığını söylemek pek doğru gözükmemektedir. Sağlıklı bir değerlendirme için daha kapsamlı veri toplama sistematiğine ihtiyaç duyulmaktadır.

Verilerdeki artış; madde ile mücadelenin daha etkili bir şekilde yapıldığını göstermekle birlikte, problemin giderek büyüdüğüne de işaret etmektedir. Bu da, madde kullanım sorununun boyutunu, gerek ulusal gerekse uluslararası işbirliği ile mücadele etmenin önemini ve yeni tedavi metotlarının uygulamaya geçilmesi gerektiğini açıkça ortaya koymaktadır.

BÖLÜM 2: MADDE BAĞIMLILIĞI İLE MÜCADELE YOLLARI VE AMATEM

2.1. Madde Kullanım Sorununun Sosyal Boyutu ve Mücadele Yolları

Madde kullanımı, özellikle 15 yaş altı gençler arasında hızla yayılmakta, hem bireysel hem de toplumsal bağlamda çok ciddi; bazen geri dönüşü de mümkün olmayan zararlara yol açmaktadır (EMCDDA,2007; WHO,2008; Polat, 2004:1-10).

Çocuklarda ve ergenlerde madde ve alkol kullanımı, davranış, vücut ve bu dönemlerde beyin gelişimi henüz tamamlanmadığı için beyin gelişimlerini olumsuz yönde etkilemektedir. Madde kullanımı; çocuk ve ergenlerin okul başarılarını etkilemekte, sosyal yönden en aktif olmaları gereken çağda, arkadaşlarından, ailelerinden ve zevk aldıkları tüm faaliyetlerden uzaklaşmalarına neden olmaktadır (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401; Suçin, 2008).

Hamilelikte alkol kullanımının, anne karnındaki bebeğin MSS'ne zarar vererek, ileri düzeyde büyüme ve gelişme geriliği ile seyreden “fetal alkol sendromu”na yol açtığı ve bu çocuklarda sıklıkla hiperaktivite bozukluğu geliştiği bilinmektedir. Yapılan araştırmalarda, uyuşturucu madde kullanımının da anne karnındaki bebeğin gelişimini etkilediği belirlenmiştir (Zitelli ve Davis, 2002; Köknel,1999; Binder ve Vavrinkova, 2008:80-86).

Alkol ve uyuşturucu ilaç kullanımı pek çok ülkede trafik kazalarına neden olmakta, çok sayıda insan yaralanmakta ya da hayatını kaybetmektedir. Gelişmiş ülkelerde 15-29 yaş arası erkek ölümlerinin % 31.5'i, sadece zararlı alkol kullanımı sonucu meydana gelmektedir (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401).

Yine aynı nedenle çok sayıda intihar, cinayet, zehirlenme, yaralanma vakaları görülmektedir. Madde kullanımı aile içi şiddete yol açmakta, bu nedenle çok sayıda aile dağılmaktadır. Maddenin etkisi altındayken suç işleme potansiyeli artan birey, hem kendisi hem de içinde bulunduğu toplum için tehdit oluşturmaktadır.

Kullanılan maddelerin; alınan doz, kullanım süresi ve maddenin yan etkilerine bağlı olarak başta beyin, akciğer, kalp, karaciğer, deri gibi pek çok organ ve sisteme zarar

verdiği bilinmektedir (Djousse ve Gaziano, 2008; Rubinstein, 2008; Metin ve ark., 2001:61-67; Ray ve Ksir,1996; Westover ve ark, 2007:495-502).

Özellikle enjeksiyon yoluyla madde kullananlarda, enjektör paylaşımı nedeniyle, kan yoluyla bulaşan enfeksiyon hastalıkları (AIDS, Hepatit C vb.) hızla yayılmaktadır. Buna ek olarak, madde bağımlılarının genellikle birden çok cinsel eşlerinin olması ve para ya da madde temin edebilmek için cinsel ilişkiye girebilmeleri de bu grupta özellikle AIDS ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların sık görülmesine yol açmaktadır (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401; Topçuoğlu ve Bez, 2005:89-96).

Madde kullanımı ile ilintili tüm bu problemler, ulusal ve küresel boyutta büyük miktarda harcamalara neden olmaktadır. Ülkemizde konuyla ilgili net bir veri bulunmamakla birlikte, EMCDDA (2008) verilerine göre Avrupa’da uyuşturucu arz ve talebini azaltmaya yönelik harcamalar, 13-36 milyar euro arasında değişmektedir. Ayrıca, Avrupa Birliği’nin, üçüncü dünya ülkelerindeki talep ve arzı azaltma tedbirleri için en az 750 milyon euro finansman sağladığı ileri sürülmektedir.

Madde kullanımı ve bağımlılığı, toplumları sosyal, psikolojik ve ekonomik yönden yıkıma uğratan, kullanım yaşı giderek düşen ve tüm dünyada hızla yayılan bir problemdir (Polat,2004:1-10; Drug Report, 2008; Toumbourou ve ark,2007:1391-1401).

Yukarıda değinilen tüm bu bulgular, çocukluk ve ergenlik döneminde madde kullanımını engellemeye, başlangıcını geciktirmeye ve ebeveynsel madde kullanımını önlemeye yönelik girişimlerde bulunulmasına yol açmıştır(Toumbourou ve ark,2007: 1391-1401).

Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı ile mücadele girişimleri dört ayrı başlıkta ele alınabilir;

- Önleme
- Zarar azaltımı
- Tedavi
- Rehabilitasyon.

2.1.1. Önleme

Uzun ve çok aşamalı tedavi süreci için tahsis edilen tam donanımlı merkezler ve uzman kadroya ek olarak, tedavi esnasında kullanılan malzemeler (ilaçlar, tek kullanımlık tıbbi sarf malzemeleri, vb.) nedeniyle, tedavi maliyeti oldukça yüksektir. Hâlbuki çok daha düşük maliyetli girişimlerle madde bağımlılığını önlemek mümkündür. Tüm bu nedenlerle, madde kullanımı ile mücadelede esas olan, önlemektir.

Önleyici girişimlerin ilki riskli grupların belirlenmesidir. Yapılacak girişimleri öncelikli kitleye ulaştırmak, yani sorunun kaynağına inmek; hedefe ulaşmada önemli bir adımdır (Polat,2004:1-10).

Dünya Sağlık Örgütü'nün(WHO) yapmış olduğu çalışmaların yanı sıra, ülke bazında faaliyet gösteren pek çok araştırma kurumu bulunmaktadır. ABD’de NIDA (National Institute on Drug Abuse) ve CEWG (Community of Epidemiologic Work Group), ülkemizde ise TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) bunlara örnek olarak verilebilir (Suçin, 2008; www.kom.gov.tr, 2008).

TUBİM, madde ve madde kullanımına yönelik araştırma yapmanın yanı sıra, uluslararası kuruluşlarla (EMCDDA gibi) ortak çalışmalar yürüten, profesyonellere ve risk gruplarına yönelik eğitim programları, panel ve seminer gibi pek çok aktiviteye imza atan bir kurumdur (www.kom.gov.tr, 2008).

Önleyici girişimlerden bir diğeri, eğitimidir. Amaç, belirlenen riskli gruplar başta olmak üzere genel topluma yönelik eğitim programları ve aktiviteler düzenleyerek, toplumsal bir “bilinç” ve “farkındalık” yaratmaktır. Toplumu bilgilendirme noktasında, görsel ve yazılı yayın kuruluşlarına da önemli sorumluluklar düşmektedir (Balseven ve ark,2002).

Erken okul yıllarında, çocukların eğitim çevrelerini geliştirmeye ve sosyal dışlanmayı azaltmaya yönelik girişimlerin de, hem madde kullanımını önleme hem de azaltmada etkili olduğu belirlenmiştir. ABD’de yapılan bir çalışmada, erken okul döneminde yapılan etkin girişimlerin sosyal ve sağlık yönünden ülkeye geri dönüşünün öğrenci başına 9837 dolar olduğu bulunmuştur (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401).

Madde kullanımı yönünden riskli ailelerle ev ziyareti yoluyla yapılan görüşmelerin, erken gelişimsel bozukluklara ilişkin risk faktörlerini azalttığı ve çocuğun gelişimini olumlu yönde etkilediği belirlenmiştir. Çocuğun hayatının ilk onbeş yılında devam eden bu girişimlerin, alkol ve madde kullanımını azalttığı belirlenmiştir. ABD’de yapılan araştırmalarla, bu gibi girişimler için yapılan her bir dolarlık yatırımın, ülkeye 5 dolar olarak geri döndüğü sonucuna ulaşılmıştır (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401).

Kişinin maddeye ulaşamamasını sağlamak da, önleyici girişimler arasındadır. Uyuşturucu maddelerin elde edilebilirliğini azaltmak için ülkemiz de dahil dünyanın pek çok ülkesinde öncelikli olarak, yasal düzenlemelere gidilmiştir. Madde bulundurma, satma ve üretmeye yönelik çeşitli seviyelerde yaptırımlar düzenlenmiştir (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401; REITOX Raporu,2007; Ray ve Ksir,1996).

Yine, maddenin ulaşılabilirliğini azaltmak için, emniyet güçlerince düzenlenen operasyonlarla tonlarca yasadışı madde, ham madde ele geçirilmekte ve bu işlerle ilişkili pek çok örgüt çökertilmektedir (www.kom.gov.tr ,2008).

2.1.2. Zarar Azaltımı

Önleyici girişimlerin madde kullanımı ile mücadelede esas teşkil etmesine karşın, günümüzde özellikle madde kullanımının yaygın görüldüğü pek çok ülkede, “zarar azaltıcı” yaklaşım, alternatif bir çözüm yolu olarak kabul görmektedir (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401).

Bu yaklaşım, pek çok ergenin madde kullanımı ile karşı karşıya geleceğini kabul etmekte ve bunun olası zararlarını azaltmak üzere geliştirilmiş stratejileri sunmaktadır. Örneğin; sigara ve alkol gibi maddelerin vergilendirilmesi ve fiyat kontrolünün özellikle genç bireylerde kullanım ve zararı azaltmada en etkili yol olduğu belirlenmiştir.

Sık sık alkollü araç kullananları trafikten men etme, alkollü içki ve sigara satışı yapan mağazaların sayıca kısıtlanması, satış gün ve saatlerinin kısıtlanması, daha önce intoksikasyona girmiş müşterilere satış yasağı getirme gibi girişimlerin de etkili olduğu bilinmektedir.

Pasif içiciliğe ilişkin yasal düzenlemeler de sigara içme ve zarar azaltımı üzerinde oldukça etkilidir.

Etkili olduğuna dair sağlam kanıtlar bulunan bir diğer girişim de, yasal olarak alkollü içki alabilme yaşını yükseltmektir.

Uçucu maddelerin kokusunu değiştirmeye yönelik çalışmalar da oldukça etkilidir.

Son yıllarda, benzer yasal düzenlemeleri benimseyen ülkelerde yapılan kontrollü çalışmalarda, yasal düzenlemelerin alkole bağlı şiddet ve yol kazalarını azalttığı tespit edilmiştir (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401).

Enjeksiyon yoluyla madde kullanan bireylere “enjektör değişimi” bilincini kazandırmak, başta AIDS ve Hepatit olmak üzere, kan yoluyla bulaşan pek çok enfeksiyon hastalığının yayılmasını önlemede etkilidir. Ayrıca Hepatit B aşılama da, koruyucu bir önlem olarak etkilidir (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401; WHO,2004).

2.1.3. Tedavi

Her yıl, milyonlarca kişi madde kullanım bozukluklarının tedavisi için çeşitli merkezlere başvurmakta ya da mahkemeler yoluyla gönderilmektedir ve bu sayı her geçen gün artmaktadır.

Uyuşturucu bağımlılığının tedavisinde önemli iki nokta vardır; Bağımlının kendisinin tedavi olmaya ve bağımlılıktan kurtulmaya istekli olması, bağımlılığın erken teşhis edilerek tedaviye başlanmasıdır. Uyuşturucu madde bağımlısı istekli ise tedavi şansı son derece yükselmektedir. Aksi halde zorlamayla kişileri bağımlılıktan kurtarmak mümkün değildir. Bağımlının kalıcı organ hasarları, ağır ruhsal problemler oluşmadan teşhis edilmesi tedaviyi kolaylaştırmaktadır. Erken teşhis edilemeyen vakalarda tedavi uzamakta ve iyileşme süreci gecikmektedir.

Uyuşturucu madde bağımlılığının tedavisi; Tedavi ve rehabilitasyon olmak üzere iki aşamada gerçekleştirilir. Tedavi aşmasında kişi bağımlı olduğu maddeden uzaklaştırılarak yoksunluk belirtileri ile savaşırlar. Vücut organlarında meydana gelmiş hasarlar tedavi edilir. Bu safhada bağımlı hastanede gözlem altında tutulmalıdır. Yoksunluğa bağlı geçirdiği krizler son derece tehlikeli olabilir. Bu yüzden ölüme ve

intihar girişimlerine sık rastlanır. Vücuttan toksit madde uzaklaştırılıp yoksunluk belirtileri kaybolduktan sonra ikinci aşamaya geçilir.

Rehabilitasyon aşamasında, kişilerin ruhsal problemleri çözümlenmeye çalışılır. Tekrar iş gücü kazandırılarak çalışabilecek ve topluma yararlı olacak hale getirilir. Sağlığa zararlı bu alışkanlıklar yerine olumlu hobiler kazanması sağlanır. Kötü arkadaş çevresinden uzaklaşmasına ve kendine destek olacak kişilerle bir arada olmasına çalışılır. Sağlığa zararlı alışkanlıklardan korunmak, bu zararlı alışkanlıkların tedavisinden çok daha kolaydır.

Tedavi sürecinde ilk aşama “detoksifikasyon”dur. Onu takiben ilaç destekli ve psikososyal (ilaçsız) tedavi yöntemleri birlikte ya da bağımsız olarak uygulanmaktadır.

2.1.3.1. Detoksifikasyon

Terim olarak, maddeyi (toksin) vücuttan uzaklaştırma girişimidir. Bu işlem, vücudun kendi kendine maddeyi uzaklaştırmasına izin vererek ya da, özellikle hayatı tehdit eden boyuttaysa, dışarıdan müdahale yoluyla gerçekleştirilebilir (mide yıkama, diüretikler verme, vb.) (Ray ve Ksir, 1996).

Detoksifikasyona her zaman gerek olmayabilir. Kişi, tedavi programına katılmadan günler, haftalar önce madde alımını kesmiş olabilir ya da kişinin kullandığı miktar az veya sabit olduğu için doz aşımı ya da fiziksel bağımlılık gelişmemiştir. Bu durumda detoks aşaması geçilir (Ray ve Ksir, 1996).

2.1.3.2. İlaç Destekli Tedavi

Özellikle ayaktan tedavide sıkça başvuru alan ve olumlu sonuçlar alınan tedavi yöntemidir. İlaçla tedavi yönteminde üç temel yaklaşım bulunmaktadır;

1. Antagonizm: Bu yöntemde, kötüye kullanılan maddenin etkilerini bloke etmek üzere, maddenin “antagonisti” verilir.

2. Yerine Koyma (Substitution): Madde ile benzer etki gösteren bir ilacın, uzman denetiminde kullanılmasıdır. En sık kullanılanı, nikotin yerine koyma tedavisidir (nikotin bantları, sakızı vb.). Ancak, bu tedavi yönteminde hedef alınan esas grup “yasadışı madde” kullanıcılarıdır ve opiat bağımlılarına öncelik verilmektedir (Ray ve

Ksir,1996). Opiat yerine koyma tedavisinde en çok tercih edilen ilaçlar, “metadon” ve “buprenorfin” dir. Son yıllarda, metadonun olumsuz etkileri nedeniyle, buprenorfin üzerinde daha çok durulmaktadır. Örneğin; Binder ve Vavrinkova(2008) nın yaptıkları çalışmada, gebelik süresince uygulanan metadon yerine koyma tedavisinin, yenidoğan bebekte yüksek seviyede “yoksunluk sendromu”na yol açtığı belirlenmiştir.

Genellikle ayaktan tedavide tercih edilen bu yöntemde ilaçla tedavi süresi, altı ayı geçmektedir (WHO/HIV, 2004; Ray ve Ksir, 1996).

3. Antabuse tedavisi: Alkol bağımlılarının tedavisinde kullanılan bu yöntemde, bağımlı bireye madde kötüye kullanımı önleyici “antabuse” isimli bir ilaç verilmektedir. İlacın etki mekanizması, bireyin alkol aldığı anda rahatsızlanmasına neden olur. Böylelikle birey alkol almamaya zorlanır (Ray ve Ksir,1996).

İlaç destekli tedavi yöntemleri, genellikle psikososyal tedavi yaklaşımlarıyla birlikte uygulanmaktadır (Ray ve Ksir,1996).

2.1.3.3. Psikososyal (İlaçsız) Tedavi

Psikososyal tedavi, madde kötüye kullanımının etkili ve küresel boyutta yönetimi için yapılan, ilaçsız tüm girişimleri kapsayan genel bir terimdir.

Bu tedavide ilaç kullanılmaması, Psikososyal tedavinin hiçbir şekilde ilaç destekli tedavi ile ilişkisi olmadığı anlamına gelmemektedir. Her tedavi yaklaşımı, bir şekilde diğerini desteklemektedir. Özellikle Psikososyal tedavi, ilaç destekli tedaviye uyumu arttırarak ve tedaviye devamı sağlayarak ilaç destekli tedaviyi güçlendirmektedir (Malhotra ve ark, 2005:1-13).

Psikososyal tedavinin kısa dönem amacı, ilaç destekli tedaviyi güçlendirmek; uzun dönem amacı ise, maddeden uzak durulmasını sağlamaktır. Bu uzun dönem amacına ulaşabilmek için bireyin “yaşam tarzında değişiklik yapması” ve daha ”üretken bir yaşam tarzını benimsemesi gerekmektedir. Bu iki gereklilik, aynı zamanda, Psikososyal tedavinin temel amaçlarındandır (Malhotra ve ark, 2005:1-13),

Yapılan çalışmalarda, Psikososyal tedavi yöntemleri ile madde kullanımında %40-60 oranında azalma, alkol kullanımında azalma, risk alma ve suça yatkın davranışlarda

azalma, istihdam edilmede artış gibi olumlu sonuçlar elde edildiği bildirilmiştir (Malhotra ve ark, 2005:1-13; Ray ve Ksir,1996; Türkcan ve ark, 2001).

Bununla birlikte, başarıya ulaşmada hastanın problemlerini ifade etme biçimi, tedavinin süresi, tedavi yönteminin uygunluğu, eşlik eden hastalıklar ve hastanın tedavi sürecine aktif katılım seviyesi gibi pek çok faktörün etkisi bulunmaktadır. Özellikle Psikososyal tedavinin etkinliğinde tedavi süresinin önemli rol oynadığı bilinmekte ve bu sürenin mümkün olduğunca uzun tutulması önerilmektedir(Malhotra ve ark, 2005:1-13; Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401; Gruber ve ark, 2008:199-206; Suçin, 2008).

Psikososyal tedavi yöntemleri terapistli ya da terapistiz yapılabilmektedir.

I-Terapistli Yöntem: Bu yöntemle yapılan uygulamalar, terapist katılımıyla gerçekleştirilmektedir. Bu tedavi yöntemi de kendi içinde iki alt gruba ayrılmaktadır;

- Kısa süreli girişimler
- Genişletilmiş girişimler dir.

Kısa süreli girişimler; Genellikle 1-4 seans süren görüşmelerdir. Daha çok, henüz bağımlı olmayan bireylere yöneliktir. Kişinin kendi kendini yönlendirmesini ve içinde bulunduğu durumu ifade ederek görmesini sağlar ve alışkanlıklarını değiştirmeye motive eder (Örnek: İyi bir öğrenci olmak istiyorum, ama hep akşamdan kalmayım ve akşam saatlerimi sarhoş olarak geçiriyorum) (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401; Malhotra ve ark, 2005:1-13).

Genişletilmiş girişimler; Ortalama 5-12 seans süren terapilerdir. Grupla ya da bire bir yapılabilmektedir. Terapinin türü, tedavinin amacı ve kişinin gereksinimine göre değişebilir. Bilişsel-davranışsal terapi, davranışsal girişimler, sosyal beceri eğitimi, nüks önleme programları, destekleyici-ifade edici psikoterapi, aile terapisi, genişletilmiş girişimlere örnek olarak verilebilir (Carroll ve Onken,2005; Malhotra ve ark,2005:1-13).

Tedavi merkezlerinde her ne kadar bireye odaklı tedaviler düzenlense de, özellikle ergenlerde ailenin de tedavi sürecine katılması çok önemlidir. Yapılan çalışmalar, erken ergenlik döneminde ailenin, madde kullanmaya başlamada olduğu kadar, tedavi

sürecinde de etkin bir rol üstlendiğini gösterir niteliktedir (Yüncü ve ark, 2005:129-135; Kılıçarslan, 2007:42-45).

II-Terapistler Yöntem: Adsız alkolikler, adsız narkotikler gibi “kendi kendine yardım grupları” bu kapsama girmektedir. Kendi kendine yardım grupları, benzer problemleri yaşamış ve gönüllü olarak birbirine yardım etmek isteyen bireylerden oluşmaktadır (Malhotra ve ark , 2005:1-13).

Adsız alkolikler (AA), gönüllü ve destekleyici bir kardeşliktir. 1935 yılında iki alkolik tarafından (Bill Wilson ve Dr. Robert Smith) kurulmuştur. Şu anda, toplam 134 ülkede, yaklaşık 9000 AA grubu bulunmaktadır. Ülkemizde merkezi Ankara’da bulunan AA’n; ANAKOM, EGEKOM ve MARMARAKOM olmak üzere, üç bölge komitesi bulunmaktadır (www.AdsizAlkolikler.com; Malhotra ve ark, 2005: 1-13; Ray ve Ksir, 1996;).

Ana unsurları:

- Alkoliklerin birbirlerine ayık kalmada yardım etmesi
- Haftalık toplantılar yapılması (bu toplantılarda sözel olarak deneyimler ve duygular paylaşılır)
- 24 saat destek
- Empatik yaklaşım
- Alkolden uzak durmaya kendini adanmaktır (Ray ve Ksir,1996; Malhotra ve ark, 2007:1-13).

Bu unsurların hepsi “12 Adım Modeli”ne dayanmaktadır (**Bkz. EK 2**).

Adsız Narkotikler (AN) de, AA ile benzer aktivitelerle, uyuşturucu madde bağımlısı bireyleri bu maddelerden uzak tutmayı amaçlayan gönüllü bir kuruluştur ve madde kullanmayı bırakmak isteyen herkese açıktır (Malhotra ve ark, 2005:1-13).

Yataklı ya da ayaktan tedavi hizmeti sunan pek çok kuruluş, AA ve AN benzeri kendi kendine yardım grupları ile birlikte çalışmakta ve tedavi programlarında yer vermektedirler. Yapılan çalışmalar, bu tür destek grupları ile kısa ve uzun vadede

olumlu sonuçlar elde edildiği görüşünü destekler niteliktedir (Ray ve Ksir,1996; Laffaye ve ark,2008:671-680).

2.1.3.4. Tedavinin Etkinliği

Madde kullanım bozukluklarının tedavisine yönelik genel görüş; tedavinin yeterince etkili olmadığı ve bu konuda yapılan yatırımlara değmediği yönündedir. Tedavi yöntemleri, her birey için elbette işe yaramamaktadır. Tedavinin etkinliğinde bireyin yaşı, sosyal destek sistemleri, yaşam tarzı, tedavinin içerik olarak uygunluğu, tedavinin süresi gibi pek çok faktör rol oynamaktadır. Örneğin; psikososyal tedavi ile ilaç destekli tedavinin birbirini tamamlar nitelikte bir arada kullanılması ile çok daha iyi sonuçlar alındığı bilinmektedir. Tedavinin etkin olabilmesi için en az 90 gün sürmesi gerekmektedir. Sadece 25-40 günlük tedavi ile kalıcı bir iyileşme sağlamanın mümkün olmayacağı yapılan çalışmalarla ortaya konmuştur. Ayrıca, ailenin de tedavi sürecine katılarak, bireyin sosyal destek sistemlerinin güçlendirilmesinin, kalıcı iyileşmede önemli rol oynadığı bilinmektedir (Toumbourou ve ark,2007:1391-1401; Malhotra ve ark,2007:1-13; Garner ve ark,2008:55-65; Gruber ve ark,2008:199-206; Saatçioğlu ve ark, 2007:133-137).

Bağımlılık tedavisine başvuranların karşı karşıya kaldıkları tedavi için ileri bir tarihe randevu verilmesi ve tedavi merkezinin yaşanılan bölgelere uzak olması gibi sorunlar tedavi isteğini ve tedavinin etkinliğini azaltmaktadır(TUBİM 2008).

Ayrıca, tedavi merkezlerinin hastaların yaşadıkları bölgelerden uzakta olması da tedaviye başvuruyu, tedaviye devamı ve tedavinin bir parçası olan sosyal ve psikolojik destekleri (eğitim, aile görüşmesi, işe yerleştirme, danışmanlık vs) olumsuz etkilemektedir. Çocuklar ve kadınlar gibi özel gruplara hizmet veren, madde türüne göre ve tedavi usulüne göre uzmanlaşmış merkezler yetersizdir.

Türkiye’de madde bağımlılığı tedavisinin bu amaçla açılacak yataklı tedavi kurumlarında yapılması ve madde bağımlılığına temel yaklaşım olarak yataklı tedavi öngörülmesine rağmen son yıllarda merkezlerde ağırlıklı olarak ayakta tedavi ile birlikte Psikososyal teknikler yoğun olarak uygulanmaya başlanmıştır. Tedavi sonrası remisyona(hastalık belirtilerinin sönmesi) girenlerin tekrar madde bağımlısı/kullanıcısı konumuna geçmemeleri için sosyal destek programlarının da

devreye sokulması anlayışı, kamuoyunda büyük anlamda kabul görmektedir. Devam eden süreçte bağımlılık tedavisi sonrası eğitim, iş edindirme gibi alanlarda projelerin artması beklenmektedir (Türkiye Ulusal Raporu, 2007:46).

Tedavinin etkinliğinde rol oynayan bu faktörleri göz önünde bulundurarak, daha anlamlı bir soru sorulabilir; “Bu tedavi programları sonuç olarak işe yaramakta mıdır? Eğer cevap “evet” ise, elde edilenler, maliyeti karşılamakta mıdır?” California İlaç ve Alkol Programları Departmanı’nca hazırlanan 1994 yılına ait bir raporda, tedavi programları ile harcanan her 1 ABD dolarına karşılık 7 dolar kar elde edildiği bildirilmiştir. Tedavi gören bireylerin istihdam edilmesi, nüks, bulaşıcı hastalıklar ve buna bağlı harcamalarda azalma, ülke ekonomisine zarar veren olaylarda azalma (trafik kazaları, şiddet vb.) gibi etmenler, yatırımları kara dönüştüren faktörlerden bazılarıdır (Toumbourou ve ark, 2007:1391-1401).

Görülmektedir ki, uygun tedavi ile olumlu sonuçlar elde edilmektedir. Bu durumda yukarıdaki sorunun cevabı, “evet, tedavi etkilidir” ve yine “evet, harcamalar maliyeti karşılamaktadır”, hem de fazlasıyla.

Prof.Dr. Mansur BEYAZYÜREK’e göre; “Tedavinin etkinliği hiç şüphesiz uygulanan uluslararası yöntemlere, süre ve içeriğine bağlı olduğu kadar, özellikle ilaç tedavisinin etkinliği ve bu yöntemde kullanılan ilaçlarla da yakından alakalıdır. Dünyada uyuşturucu tedavisinde kullanılan hiçbir ilaç Türkiye’de kullanılmıyor. Biri uyuşturucudan öldüğünde sağlık merkezleri suçlanıyor ve iyi tedavi edilmediği belirtiliyor. Uyuşturucu tedavisi için bazı ilaçlar Türkiye’ye getirilmelidir.” (www.mynet.com.tr , Prof. Dr. Mansur Beyazyürek ile söyleşi, “mynetözel”,)

2.1.4. Rehabilitasyon

Rehabilitasyon kavramı ile ilgili en çok kabul gören tanım; “bireyin toplum içindeki bağımsız işlevsellik seviyesini optimum düzeye getirmeye yardım etme sürecidir” şeklindedir. Dolayısıyla rehabilitasyon, madde bağımlılarının tedavi aşamaları arasında sayılan “Psikososyal(ilajsız) tedaviden” farklıdır. (Crosse ve Hocking,2004).

Rehabilitasyon kavramının anlamı “yeniden mümkün kılmak” olup, Latince “habitas” kelimesi, iktidar, maharet, “habitasyon” ise muktedir, elverişli anlamına gelmektedir(Özürlüler İdaresi Başkanlığı, 2000:315).

Madde kullanım bozukluğu tedavisini takiben belli bir süre, ziyaret ya da telefon görüşmesi yoluyla takibe alınan bireyin madde kullanmayı bırakıp-bırakmadığı değerlendirilir. “İyileşme” olarak da anılan bu sürece girebilen birey; yeni bir sosyal ağ kurma gereksinimi olan, eskiye göre daha az madde alma isteği duyan, ilaçsız bir yaşam tarzını benimseyen ve nükslerle başa çıkma becerisi geliştirebilen bireydir (Malhotra ve ark, 2007:1-13).

Başarılı geçen iyileşme süreciyle birlikte rehabilitasyona başlanır.

Rehabilitasyon kavramı genel olarak iki grupta incelenir.

- Tıbbi rehabilitasyon
- Sosyal rehabilitasyon.

2.1.4.1. Tıbbi Rehabilitasyon

Rehabilitasyon denildiğinde akla ilk gelen, “tıbbi rehabilitasyon” kavramıdır. Oysa tıbbi rehabilitasyon, sadece fiziksel yönden işlevselliği arttırmak üzere yapılan girişimleri ifade etmektedir. Özellikle fiziksel özürlü bulunan bireylere yönelik uygulanan tüm iyileştirmeler bu çerçevede incelenir. Madde bağımlılığında fiziksel işlev kaybı sadece o maddenin kullanım anı ile sınırlı olduğu için, tıbbi rehabilitasyon kavramsal düzeyde ele alınmıştır.

2.1.4.2. Sosyal Rehabilitasyon

İnsan sosyal bir varlıktır ve zaman zaman sosyal yönden işlev kaybı yaşayabilmektedir. Bu durumda, bireyin sosyal yönden rehabilite edilmesi gerekmektedir.

Sosyal rehabilitasyon, bilişsel ve fonksiyonel kazanımların yanı sıra bireylerin sosyal becerilerini geliştirmelerini sağlayıcı sosyal rehabilitasyon anlamında kullanılan ve evrensel olarak kabul gören bir terimdir.

Dünya Sağlık Örgütü tarafından psiko-sosyal rehabilitasyon, “ruhsal bozukluk nedeniyle bireydeki işlev kaybı, yetersizlik ve engellerin azaltılması ya da ortadan kaldırılması ve bireyin yaşam kalitesini mümkün olduğunca yükseltilmesi amacıyla planlanan müdahale ve eylemler” şeklinde tanımlanmıştır(Demirel,2001:38)

Rehabilitasyonla birlikte anılan diğ er bir ifade, “  z rl l k” tür (disability). Bu kelimeyi duyan insanların aklına her zaman “fiziksel   z rl l k” gelmektedir. Oysa   z rl l k, “bireyin kendisini çevreleyen dünya ile bağlantılarının kopmasına neden olan herhangi bir fiziksel ya da ruhsal hastalık veya bozukluk sonucu ortaya çıkabilmektedir” (Crosse ve Hocking,2004).

Psikiyatrik bozukluklardan “madde kötüye kullanımı” da bireyin günlük iletişim, karar alma, planlama, konsantrasyon, bilgiyi işleme, sosyal ilişkileri yürütme ve özbakımı sürdürme gibi gündelik yaşam için gerekli becerileri kullandığı maddenin etkilerine bağlı olarak  rselenmektedir. Mevcut probleme “sosyal yoksunluk” un eşlik etmesi mevcut durumu şiddetlendirir.

Psikososyal yönden “  z rl ” bu bireylerin, aile ve toplum tarafından kendilerinden beklenen rolleri yerine getirmeleri; psikolojik, sosyal, ekonomik sorunlarının çözümlenmesi, iş ve meslek edindirilmesi, tıbbi, sosyal ve psikolojik açıdan durumlarının değerlendirilerek tekrar toplumsal yaşamda yer alabilmeleri yönünde gerçekleştirilen çalışmaların tümü sosyal rehabilitasyon kapsamındadır (www.who.org; Crosse ve Hocking,2004).

Sosyal rehabilitasyon oldukça uzun ve zorlu bir yoldur. Çünkü psikolojik kırılganlığı tedavi etmek, fiziksel bir rahatsızlığı tedavi etmekten çok daha zordur (Crosse ve Hocking,2004).

2.1.4.2.1. Kapsamı

Sosyal rehabilitasyon hizmetleri şunları içermektedir:

- Bireyi aile yaşamına hazırlamaya yönelik hizmetler
- Bireyi sosyal ve toplumsal yaşama hazırlamaya yönelik hizmetler
- Bireyin ruhsal sorunlarını çözmeye yönelik hizmetler
- Bireyin rehabilitasyon hizmetlerinden yararlanabilmesi ve daha sonraki yaşamı için gerekli ekonomik desteğin sağlanması yönelik hizmetler
- Bireylere ve sorunlarına karşı toplumsal bilincin ve duyarlılığın geliştirilmesine yönelik hizmetler (Demirel, 2001:14)

2.1.4.2.2. Kullanıldığı Alanlar

Sosyal rehabilitasyon programları disiplinler arası ekip çalışmasına ve anlayışına dayalı olarak yürütülen çalışmalardır. Sadece tıbbi açıdan ele alınması mümkün olmayan insanın her yönüyle tam bir iyilik haline kavuşturulması tıbbi, sosyal, mesleki, psikolojik, çevresel ve ekonomik v.b yönlerden bir bütün olarak ele alınması ile mümkündür.

Sosyal rehabilitasyon programlarından kimler yararlanabilir sorusunun yanıtı oldukça geniş bir kitleyi kapsamaktadır. Sosyal rehabilitasyon programları aracılığıyla sosyal sağlıklarının korunabileceği, geliştirilebileceği ve yaşam kalitelerinin artırılabilceği gruplar şunlardır;

- Ruh sağlığı alanında sosyal rehabilitasyon
- Suçluluk alanında sosyal rehabilitasyon
- Terör ve toplumsal olayların sonuçlarından etkilenenlere yönelik sosyal rehabilitasyon
- Yaşlılara yönelik sosyal rehabilitasyon
- Sokak çocukları ve sokakta çalışan çocuklar alanında sosyal rehabilitasyon
- Kronik hastalıklar alanında sosyal rehabilitasyon
- Doğal afetler ve olağan üstü durumlara maruz kalan kişilerin sosyal rehabilitasyonu
- Korunmaya muhtaç kişilerin sosyal rehabilitasyonu
- Özürlülerin sosyal rehabilitasyonu
- Madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonu

2.1.4.2.3. Gerekliliği

Bireyin normal sosyal yaşamına geri dönebilmek ve geleceğe dair hedefler belirlemek için özgüven kazanmasına ve çeşitli beceriler geliştirmesine yardım etmek, sosyal

rehabilitasyonun kilit faktörleridir. Kişinin bu basamakları tek tek çıkabileceği yargısız ve güvenli bir toplumsal ortamda bulunma gereksinimi vardır.

Gün içerisinde bireyin iyi karşılanacağı, yargılanmadan sosyal faaliyetlerde bulunabileceği, yeni bir şeyler öğreneceği ve belki de sadece bir topluluğun ferdi olarak hareket edebileceği bir yerin varlığı önemlidir (Crosse ve Hocking,2004).

Gün içerisinde gidilebilecek bir yerin olmasının çoğu zaman unutulmuş, ama çok önemli bir diğer yanı da, “günü doldurmak, zaman geçirmektir” (Crosse ve Hocking, 2004). Özellikle, madde kullanım bozukluğu olan bireyin gidecek bir yerinin olmaması, onu yeniden madde kullanımına itebilir.

2.1.4.2.4. Sunulan Hizmetler

Sosyal rehabilitasyon hizmetleri dışarıdan ya da yatılı olarak verilebilmektedir. Özellikle gelişmiş ülkelerde çok çeşitli alternatifler sunulduğu görülmektedir. Bireyin dışarıdan katılabileceği pek çok “gün programları” vardır (kulüp evi, beceri temelli programlar ve uğrak programları gibi.). Bu programlar; yemek yapma, kreatif yazı yazma, sanat faaliyetleri, marangozluk, tarımsal faaliyetlerle uğraşma ve bilgisayar kullanma gibi pratik beceriler kazanmaya yönelik aktiviteleri içerir (Crosse ve Hocking,2004).

Gün programlarının hizmet sunumunda çok değişik yaklaşımlar vardır. Beceriler, bir seri kurs ile öğrenilebilir ya da kulüp evi yaklaşımında olduğu gibi, belli konularda bilgi ve becerileri olan katılımcılar aracılığıyla gerçekleştirilebilir (Crosse ve Hocking,2004).

Otobüs gezileri, çeşitli sportif aktiviteler, bu programların sunduğu eğlence alternatiflerinden bazılarıdır.

Grup toplantıları, pek çok rehabilitasyon programında uygulanmaktadır. Bu toplantıların amacı; Kişilik tahlili, özgüven geliştirme, iletişim becerileri kazandırma, rahatlama teknikleri, ilişki yönetimi, öfke yönetimi ve hedef belirleme tekniklerini öğretmek ve geliştirmektir (Crosse ve Hocking,2004).

Dışarıdan verilen bir diğer hizmet türü olan “uğrak programları”, sosyal rehabilitasyon sürecinin önemli bir bölümüdür.

Bazı insanlar, sadece diğer insanlarla birlikte olabilecekleri, ancak, uzun süreli ve kapsamlı aktivitelere katılmak zorunda kalmayacakları bir yerlere gitme ihtiyacı duyabilirler. Bu durumdaki bireylerin genellikle tercih ettikleri program “uğrak programları”dır.

Uğrak programlarının, diğer programlara geçiş için bir basamak olduğu görüşü yaygındır. Bu gibi programların riski; güvenli ve dostane çevrenin kişileri bunun ötesine geçmeye teşvik etmemesidir. Kişi, bu ortamı içinde bulunduğu psikolojik tatminden dolayı bırakmak istemeyebilir (Crosse ve Hocking,2004).

2.1.4.2.5. Engeller

Bireyin problemini inkâr etmesi ya da öfke göstermesi birincil engeldir. Kişinin problemi hakkında bilgi sahibi olmaması, rehabilitasyon gereksinimi olduğu bilincine varmasını engelleyebilir.

Bazen bireyler “daha iyi olma” ile ilgili kaygı yaşayabilirler. Çünkü bu, daha fazla sorumluluk alma ve yeni deneyimler yaşamaya başlama anlamına gelmektedir. Bu da, bireyin çevresindekilerin eskiye göre daha az sabır ve anlayış göstermeleri ya da beklentilerinin artmasına neden olabilir (Crosse ve Hocking,2004).

Bazı bireyler ise, problemleri olduğunu kabul etmekle birlikte, bu durumun yaşamlarını olumsuz yönde etkilediğini ya da tedavi ve destek gereksinimleri olduğunu düşünmek istemeyebilirler. Tüm bu faktörler, bireyin sosyal rehabilitasyonu kabulü ve devamı önündeki başlıca engellerdir.

2.1.4.2.6. Yararları

Rehabilitasyon programına katılan bireyler, bu programların başlıca yararlarının diğer insanlarla tanışma ve kaynaşma, sosyal bir şeyler yapma fırsatı yakalama, dışlanma ve yalnızlık duygusunun üstesinden gelme ve geçicide olsa sorunlarını unutma olarak ifade etmişlerdir (Crosse ve Hocking,2004).

Sosyal rehabilitasyonun başlıca yararları;

- Beceri geliştirme (Özbakım, iletişim, mesleki beceriler)

- Genel sağlığı yükseltme (Madde kötüye kullanımının azalması ya da sonlandırılması, egzersizlerle ve iyi bir diyetle beden sağlığının geliştirilmesi)
- Özgüven kazandırma ve yükseltme(Yeni beceriler öğrenme ya da mevcut becerileri hatırlama yoluyla sosyal yeterliliği yeniden kazanarak
- Sosyal ağlar kurma (Yeni arkadaşlıklar ve grup terapileri yoluyla)
- Çalışma ya da öğrenim hayatına dönebilme imknlarının artması (zgven, sosyal becerileri ve ilişki kurma becerilerini kazanma sonucunda) (Crosse ve Hocking,2004).

2.2. Klinik Tedavi Merkezi Olarak AMATEM

Uyuşturucuyla mücadeleden bahsederken ele alınması gereken en önemli konulardan biride AMATEM’in varlığı, kuruluş gerekçesi ve bugünkü durumudur.

Bağımlılığ, fiziksel, ruhsal ve sosyal bir hastalıktır ve bunun tedavisi multidisipliner olmalıdır. Tedavi ekibinin özellikle başlangıçta bağımlılığla uğraşan ve bu konuda eğitim almış deneyim kazanmış bir lider ekip tarafından eğitilmesi ve hizmet sırasında da bu hizmet içi eğitimin devamı sağlanmalıdır. Tüm bu özellikleri bünyesinde barındıran bir merkezin hizmete sunulması için AMATEM kurulmuştur.

Alkol-Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezleri 1983 yılından itibaren alkol ve madde bağımlılarına yönelik tedavi hizmeti veren ve bu konuda araştırmalar yapan merkezlerdir. AMATEM, ilk olarak Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi’nin içinde ayrı binada bulunan bir servis olarak faaliyete geçmiştir. AMATEM’e sadece alkol veya madde kullanım sorunları olanlar kabul edilmektedir. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi bünyesinde hizmet veren AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Tedavi Merkezi) alanındaki en büyük resmi kurumdur.

İstanbul Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi bünyesinde faaliyet gösteren Alkol ve Madde Bağımlıları Araştırma ve Tedavi Merkezi’ne (AMATEM) ilave olarak 1997 yılında, Elazığ, Samsun, Manisa Ruh Sağlığı Hastalıkları Hastaneleri bünyelerinde 30’ar yataklı AMATEM Merkezi hizmete açılmıştır. Adana ve Denizli

AMATEM Merkezleri de 2000 yılı başlarında hizmete başlamıştır. Ardından 2005 yılında Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde AMATEM, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi bünyesinde ÇEMATEM ve Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi bünyesinde AMATEM açılmıştır. 2006 yılında İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde AMATEM ve Kamu-Üniversite ortaklığı olan AKDENİZBAM açılmıştır. Ve son olarak 2007 yılında Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi bünyesinde AMATEM ve Diyarbakır Devlet Hastanesi bünyesinde ÇEMATEM açılarak toplam tedavi merkezi sayısı 19 olmuştur. 2009 yılında İstanbul Maltepe Üniversitesi bünyesinde de bağımlılık tedavi merkezi açılması düşünülmektedir.

2008 yılında; 33.346 kişi AMATEM de tedavi altına alınmıştır. Bu gruptaki 9.149 kişi kendi isteği ile tedaviye tabi tutulurken, 24.197 kişi Denetimli Serbestlikten dolayı (zorunlu olarak) tedaviye alınmıştır. 2009 Nisan ayı itibariyle; Alkol bağımlılığından kurtulmak için 1.958 kişi, madde kullanım bozukluğu nedeniyle ise 15.118 kişi kuruma müracaat etmiştir (www.zaman.com.tr/ropörtaj/08.06.2009/Uyusturucu_ile_Bağlarını_Koparıp_Hayata_Tutundular)

İstanbul Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi bünyesindeki AMATEM' e bağlı olarak hizmet veren UMATEM'in en önemli özelliği uçucu madde kullanan 18 yaş altındaki bireylere hizmet vermesidir. Türkiye'de uyuşturucu bağımlılığının özellikle gençlerde olması merkezi daha da önemli kılmaktadır. UMATEM'in İki türlü misyonu var. Hem evde yaşayan ve uyuşturucu kullanan gençleri hem de sokakta yaşayan gençleri bağımlılıktan kurtarmayı hedefliyor.

UMATEM'de yılda 200'den fazla kişi tedavi edilmektedir. Burada gençlere sorumluluk verilmekte ve kurallara uyarak yaşamak öğretilmektedir. Ruhsal hastalıkları varsa bu konularda destek de verilmektedir. En çok ağırlık verilen konulardan biri ise aile terapisi. 2008 yılı itibariyle 15 yataklı olan UMATEM de 32 yataklı yeni bir servis ise kısa bir süre içinde hizmete girecek. (www.saglik.gov.tr; www.radikal.com.tr/ Ulaş YILDIZ)

AMATEM' de esas olan kendi iradesiyle kurtulmak isteyen gönüllü bireylere yardımcı olmaktır. Bu nedenle polikliniklere başvuru sırasında kişilerin alkol veya madde

kullanmamış olması veya alkol-madde etkisinde olmaması ve kendi isteğiyle tedaviye karar verdiğini bildirmesi önemlidir.

Madde bağımlıları veya yakınları Cumartesi-Pazar günleri hariç her gün mesai saatleri içinde AMATEM polikliniğinde muayene olabilir ve danışmanlık istenebilmektedirler. Sosyal güvencesi olanlar (Emekli Sandığı, Bağ-Kur, Yeşil Kart, SSK) ücretsiz olarak tedavi edilmektedir.

Bağımlılığın bir hastalık olduğu yaklaşımından hareketle, madde bağımlılığına yönelik yapılan tetkik ve tedavi için yapılan harcamalar ilgililerin bağlı oldukları sosyal güvenlik kurumlarınca karşılanmakta, mahkeme kararı ile gelen ve sosyal güvencesi olmayanların tetkik ve tedavi giderleri ise Sağlık Bakanlığı'nca karşılanmaktadır (Türkiye Ulusal Raporu, 2007:45).

Sosyal güvenceye tabi olanlar veya mahkeme kararıyla AMATEM'e sevk edilenlerin yol parası, ihtiyaçları, ilaçların yüzdeleri ve gerekli olan diğer tüm masraflar ise kişinin kendisine yüklenmektedir. Bu durum ise çoğu zaman tedaviyi imkânsız kılmaktadır.

İlk muayeneden sonra hastanın durumuna göre tedavi; ayaktan veya yatarak tedavi olarak planlanır. Acil yatış kararı verilen hastalar sıra beklemezsizin muayene sonrası hemen yatarak tedaviye alınırlar. Acil olmayan ancak tedavi için uygun görülen hastaların ayrıca yatışı için randevu verilmektedir.

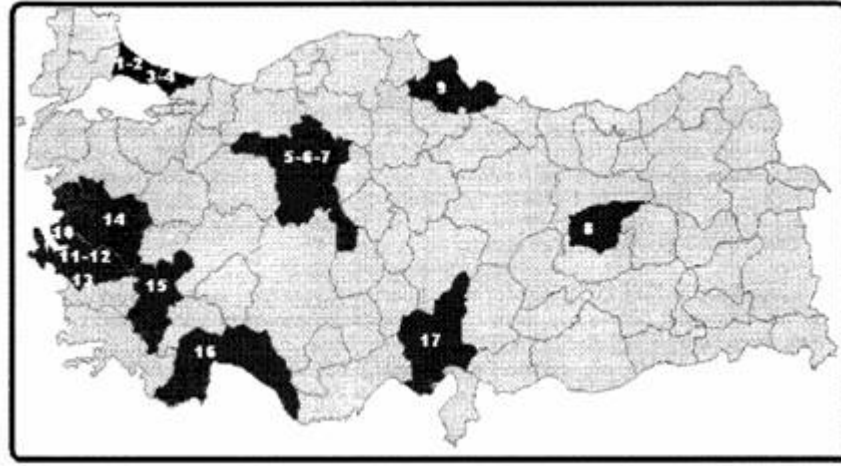
Tablo-1: TUBİM 2008 raporu (AMATEM'ler ve Yatak Kapasiteleri)

NO	KURUM ADI	Yatak Sayısı
1	Adana Dr. Ekrem Tok Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi	27
2	Bakırköy Prf. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Eğt ve Araşt.Hast (AMATEM)	115 (101-tadilat)
3	Elazığ Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi (AMATEM)	24
4	Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast.(AMATEM)	53
5	Samsun Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hast. (AMATEM)	---(tadilatta)
6	Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hast. (AMATEM)	50 (10-ÇEMATEM)
7	İzmir Atatürk Eğitim ve Araştırma Hast. (AMATEM)	-----
8	Denizli Devlet Hastanesi (AMATEM)	18
9	İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi (AMATEM)	5 (ihtiyaca göre)
10	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi (AMATEM)	22
11	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi (AMATEM)	23
12	Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi (AMATEM)	14
13	Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi (AMATEM)	2 (ihtiyaca göre)
14	Akdeniz BAM (Akdeniz Üniversitesi Bağ. Araşt. Merkezi)	22
15	Özel Balıklı Rum Hastanesi (AMATEM)	48
16	Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hast. Hast (ÇEMATEM)	30
17	EGEBAM (Ege Üniv.Çocuk ve ergen alkol,madde bağ. Araşt. Ve uyg. Merkezi)	18
18	Diyarbakır Devlet Hastanesi (ÇEMATEM)	12
19	Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi (AMATEM)	---
	TOPLAM	469

Kaynak: www.tubim.gov.tr, 2009.

Başta İstanbul, Ankara, İzmir olmak üzere toplam 19 adet AMATEM vardır ve toplam yatak kapasitesi 2008 yılı sonu itibariyle dönemde 469 (2007 yılında 517 idi) dır. Bu merkezlerin daha iyi duruma getirilmesi ve sayısının arttırılması 2008 yılında tamamlanan Meclis Uyuşturucu Araştırma Komisyonu raporunun ana hedefleri arasında sayılmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'nın önerisiyle tedavi olan kişilerin kurulacak ilk adım merkezlerinde izlenmesi amaçlanmaktadır.

Şekil-1: Türkiye'deki Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezlerin Hangi İllerde Olduğunu Gösterir Türkiye Haritası



Kaynak: www.tubim.gov.tr, 2009.

Şekil-1 deki işaretlenmiş şehirlere ilave olarak 2009 tarihi itibariyle 1 adet AMATEM İstanbul'da faaliyete geçecektir, 1 adet ÇEMATEM Diyarbakır'da ve 1 adet AMATEM ise Kayseri'de açılmıştır. 2007 yılı itibariyle tedavi sistemine iki yeni merkez eklenmesine rağmen bazı merkezlerde yapılan tadilat ve yeni yatak düzenlemeleri sonucunda toplam yatak sayısında bir azalma meydana gelmiştir (Yatak kapasitesi; 2007 yılında 517, 2008 yılında ise 469 olmuştur)

Ülkemizde yaklaşık 150 bin kişinin madde bağımlısı olduğu tahmin edilmektedir(Meclis Araştırma Komisyon Raporu,2008). Bu rakam karşısında, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitimi Merkezleri'nin (AMATEM) nicelik ve nitelik olarak yetersizliği bu anlamda en büyük engeldir. Diğer bir sorun ise madde bağımlılarına yönelik tedavi hizmeti sunan AMATEM lerin İstanbul ve Ankara merkezli olarak hizmet vermeleridir. Türkiye genelinde hizmet sunan 19 adet AMATEM in 7 tanesi

İstanbul ve Ankara dadır. Bu iki ilimizde kurulu bulunan AMATEM lerin toplam yatak kapasitesi 279 dur. Toplam yatak kapasitesinin 469 olduğu düşünülür ise toplam yatak kapasitesinin %60' ı bu iki ilde toplanmıştır.

Uçucu madde kullanan çocuklara yönelik tedavi hizmeti sunan UMATEM ise bir tek İstanbul da bulunmaktadır ve yatak kapasitesi çok sınırlıdır 15 kişi (yakın bir zaman da 32 ye çıkartılması planlanmaktadır).

Çocuk ve Ergenlerin madde bağımlılığından kurtulmalarına yönelik hizmet sunan ÇEMATEM ise 30 yatak kapasiteli olarak İstanbul da, 10 yatak kapasitesi ile Ankara'da hizmet vermektedir. 2008 yılında Meclis Uyuşturucu Araştırma Komisyonunun hazırladığı rapora göre “esrar ve bally gibi uyuşturucu kullanımının en fazla görüldüğü il Diyarbakır” olmasına rağmen, 12 yatak kapasitesi gibi düşük bir kapasite ile de Diyarbakır da hizmet vermektedir. ÇEMATEM lerin toplam yatak kapasitesi 52 dir.

Doğu ve Güneydoğu Anadolu Bölgesinin Madde bağımlılığının tedavi ve rehabilitasyonu açısından ne kadar ihmal edildiğinin en güzel göstergesini Ankara Numune Hastanesi Psikiyatri ve Alkol ve Madde Bağımlıları Tedavi Eğitim Merkezi (AMATEM) Klinik Şefi Doç. Dr. Nesrin Dilbaz ortaya koymaktadır.

DİLBAZ' a göre “merkezde tedavi gören madde bağımlılarının çoğu, Güneydoğu ve Doğu Anadolu'dan gelmektedir. Listenin başında Gaziantep, Van, Hâkkari ve Kilis illeri vardır. Dilbaz bunun sebebini ise şöyle açıklamaktadır: "Doğu ve Güneydoğu Anadolu'da eroin, esrar, alkol gibi maddelere kolay ulaşılıyor, kullanımı sosyal kabul görüyor ve kaçak geldiği için ucuza satılıyor. Bu da bu bölgelerde bağımlı sayısının yüksek olma nedenini açıklamaya yetiyor"(www.aksiyon.com.tr/detay.php?id=26250).

2.2.1. Teşhis ve Tedavi Yöntemi

AMATEM'de gönüllülük esasına dayalı olarak veya mahkeme kararının infazı sonucunda, yatarak veya ayaktan tedavi olunabilir. Poliklinik doktoru tarafından yatarak tedavisi uygun görülen hastalara randevu verilmektedir. Randevu AMATEM'de yeterli yer kalmamasından kaynaklanan bir zorunluluktur. Yatırılarak tedaviye gerek olmayan hastalar Ayakta Tedavi Ünitesinde izlenmektedir.

AMATEM'de hastalar öncelikle yoğun bakım ve arındırma ünitelerinde tedaviye alınmaktadır. Ardından tedaviye motive olan ve servis kurallarına uyum sağlayan hastalar psikoterapi servislerine alınır ve orada ruhsal tedavi programı uygulanır. Hastanede yatarak tedavisini tamamlayan hastalar, hastaneden çıktıktan sonra da bireysel ve grup tedavilerine devam etmektedir. AMATEM servisi içinde anne babalara yönelik alkol-uyuşturucu maddeler ile ilgili bilgilendirici çalışmalar da yapılmaktadır(Doç. Dr. Durak Çakmak "Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık" kitapçığı, 2001).

Yatırılan hastalar öncelikle, arındırma (detoksifikasyon) aşamasından geçirilmektedir. 7-10 gün süren bu aşamada kişi maddenin etkisinden kurtulmaktadır. Bu dönem içinde gerçekten motive olan, servis kurallarına uyum sağlayan, ruhsal tedaviden yarar görecektir hastalar, Bağımlılık Tedavi Ünitesi'ne alınmaktadır.

Bağımlılık Tedavi Ünitesi'nde 14-28 günlük sosyal ve ruhsal tedavi uygulanmaktadır. AMATEM de geçirilen toplam süre 25-40 gün aralığında dır. Tedavinin bu aşamalarını bitiren hastalar haftalık izleme tedavileri ile kontrol edilmektedir.

AMATEM de uygulanan tedavi yöntemi ve aşamaları;

- Detoksifikasyon (arındırma): Tedavinin ilk aşamasında alkol veya madde kullanımının kesilmesine bağlı olan yoksunluk bulguları tedavi edilmektedir(7-10 gün).
- İlaçlı Tedavi: Bu aşamada maddenin vücuttan arındırılmasından sonra ilaç tedavisi uygulanmaktadır.
- Psikososyal (İlaçsız) Tedavi: Bu aşamada ise alkol veya maddeye tekrar başlamamaya yönelik psikoterapi programı bulunmaktadır. Bu psikoterapi programı hastanede yatarak 14-28 gün sürmektedir. Ayrıca ayaktan da devam edilen psikoterapi programı bulunmaktadır. Genel olarak bilişsel-davranışçı terapi, psikodrama ve etkileşim grupları şeklinde sürdürülen psikoterapi seanslarına ek olarak bilinçlendirme amaçlı toplantılar yapılmakta, ayrıca hastaların yakınlarına yönelik aile toplantıları da düzenlenmektedir. Hastaların hastaneden çıktıktan sonra da ayaktan

tedaviye devam etmeleri önerilmektedir. Yatarak tedavi sırasında, tedavi ortamı oluşturmak için bazı kurallar uygulanmaktadır. Sabah yürüyüşleri, günaydın toplantıları, sosyal aktiviteler, bireysel görüşmeler, gevşeme egzersizleri tedavi programı içinde önemli yer tutmaktadır. Psikoterapi programları süresince de gerekirse ilaç tedavilerine devam edilmektedir.

2.2.2. Diğer Faaliyetler ve Reorganizasyon Çalışmaları

2.2.2.1. Bağımlılığı Önleme Çalışmaları

AMATEM'in alkol ve madde bağımlılığını önleme amacıyla öğrencilere, ailelere ve hekimlere yönelik eğitim programları vardır. Konferanslar ve broşürler ile önleme çalışmaları da sürdürülmektedir.

2.2.2.2. Eğitim Birimi Olarak AMATEM

Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde ve İstanbul'da başka hastanelerde çalışan psikiyatri, nöroloji ve aile hekimliği asistanları, uzmanlık eğitimlerinin bir bölümünü AMATEM'de yaparak bu konuda bilgi ve deneyim kazanır, araştırmalar yapar veya tezler hazırlarlar. Ayrıca ülkemizde başka şehirlerdeki alkol madde bağımlılığı merkezlerinde çalışan doktor, psikolog, sosyal hizmet uzmanı ve hemşireler gerektiğinde AMATEM'de bilgi ve görgülerini artırmak için işbirliği yaparlar.

2.2.2.3. Araştırma Merkezi Olarak AMATEM

AMATEM bağımlılıkla ilgili araştırmalar yapmaktadır. Elde edilen veri ve sonuçlar ulusal veya uluslararası kongre ve dergilerde yayınlanmaktadır. Ayrıca; yurtiçi ve yurtdışında ilgili kurumlarla bağlantı kurmakta, işbirliği sürdürülmektedir.

2.2.2.4. Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık Eğitim Paketi

Okullara yönelik, uyuşturucu maddeler ve bağımlılığı önleme amacı olan bu programda, her okulda konu hakkında bilgili bir eğitici yetiştirerek, öğretmenlerin, öğrencilerin ve ailelerin eğitilmesi, sürekli koordinasyon ve iletişimin sağlanması, AMATEM ile okullar arasında işbirliğinin sağlanması hedeflenmiştir.

2.2.2.5. Pratisyen Hekimlerin Eğitimi

Bu programda, uyuşturucu maddeler ve bağımlılık konusunda pratisyen hekimlerin eğitilmesi ve erken tanıya varabilmesi, danışmanlık yapabilmesi, acil müdahaleler için gerekli bilgi edinmesi ve koruyucu çalışmalara katılması hedeflenmiştir.

2.2.2.6. Reorganizasyon Çalışmaları

1983 yılında bilimsel, çağdaş, modern ve standart yapılanmanın sağlanarak tedavi ve önleme programının hayata geçirilmesi amaçlanmıştır.

Bu amaç doğrultusunda 1983-2008 yılları arasında;

- Psikososyal tedavi programı
- Ayaktan tedaviye ağırlık verilerek tedavi edilenlerin sağlık durumlarının izlenmesi
- Hasta izleme programı (follow-up)
- Detoksifikasyon ünitesindeki tedavi programının gözden geçirilmesi
- Yoğun bakım ünitesinin yeni araç ve gereçler ile güçlendirilmesi
- Genel tıbbi bakım için kadronun desteklenmesi
- Toksikoloji laboratuvarının ayrı bir ünite olarak modernize edilmesi

Faaliyetleri icra edilmiştir.

BÖLÜM 3: YEREL YÖNETİMLER VE SOSYAL POLİTİKA

3.1. Genel Olarak Yerel Yönetimler

Kamu hizmetlerinin ve kamu gücünün düzenlenmesinde ve işleyişinde iki farklı ilke vardır. Bunlar merkeziyet ve yerinden yönetim ilkeleridir. Kamu hizmetlerinin ve kamu gücünün merkezde toplanması merkeziyet prensibini, kamu hizmetlerinin ve kamu gücünün farklı parçalar arasında dağılması da yerinden yönetim prensibini oluşturur.

TUSİAD' ın tanımına göre, “yerel yönetimler, belirli bir coğrafi alanda (kent, köy, kasaba, il, v.b) yaşayan yerel topluluğun bireylerine, bir arada yaşamak nedeniyle kendilerini en çok ilgilendiren konularda hizmet üretmek amacıyla kurulan, karar organları (kimi durumlarda yürütme organları) yerel toplulukça seçilerek göreve getirilen, yasalarla belirlenmiş görevlere ve yetkilere, özel gelirlere, bütçeye ve personele sahip, merkezi yönetimle olan ilişkilerinde yönetsel özellikten yararlanan kamu tüzel kişileridir”. (<http://idari.cu.edu.tr/igunes/yerel/yy-1.htm>) .

Yönetim faaliyetlerinde birlik ve homojenlik sağlanması gereksinimine merkezden yönetim; halkın yerel gereksinimlerini karşılama, isteklerini seslendirme, karar alma sürecine katılma gibi istemlerine de yerinden yönetim cevap verebilir. Bu istemleri gerçekleştirecek olan yerel yönetimin üç anlamı içerdiği söylenebilir. Bunlardan birincisi; yerel yönetimin kendini yöneten topluluk olması, diğer bir deyişle özerk olması, ikincisi; yerel nitelikli gereksinimleri karşılayan bir örgüt olması, üçüncüsü ise; merkezi hükümetin bir alt birimini oluşturmasıdır (Uysal,1987:15).

"Merkezden yönetim" ve "yerinden yönetim" birbirinin zıttı olan ve birbirinin güçsüz yanlarını tamamlamaya çalışan yönetim biçimleridir. Her ikisinin de üstün ve güçsüz yanları vardır (Keleş, 1998:21). Birinin güçsüz yanları diğerinin güçlü yanlarını oluşturur. Yerinden yönetim ve merkezden yönetim politik bir seçim olmakla birlikte, pek çok ülkede iki yönetim şekli birbirleriyle kaynaşmış durumdadır ve karar alma organı olarak merkezi yönetimin ağırlığı daha fazladır (DPT, 2007:5).

Merkezden yönetim katı biçimde uygulandığı takdirde, bütün kararların merkezdeki üst yöneticiler tarafından alınması ve yerel kademedeki memurların her şeyi merkeze danışarak yürütmeleri gerekir. Bu tür katı merkeziyetçiliğin işleri geciktirmesi ve

hizmetlerin maliyetini arttırması gibi önemli sakıncaları vardır. Bu sakıncaları bertaraf etmek veya en aza indirmek amacıyla uygulanan yöntemlerden biri de “yetki genişliği” ilkesidir. Yetki genişliği, merkezde, yüksek düzeydeki yöneticilerin karar alma ve uygulatma yetkilerinin aleyhine, onların hiyerarşileri altındaki ikincil derecedeki yöneticilerin (örneğin valilerin) yetkilerini genişletmektir. Yetki genişliği merkezden yönetimi gerçekleştirmenin bir aracıdır (DPT, 2007:4).

Mahalli idarelerin ortaya çıkışını devletin ortaya çıkışıyla birlikte incelemek gerekir. Bugünkü modern devletler feodalitenin yıkılmasını takiben kurulmaya başlamışlardır. Aynı şekilde bugünkü anlamı ile mahalli idareler 19. yüzyılın ortalarına doğru devlet içinde ayrı bir hukuki kişilik kazanmışlardır.

Devlet, örgütlü kamu gücünün bütününe ya da kamu tüzel kişilerinin hepsini içerir. Yerel yönetimler bu kapsam içinde ele alınmalıdır.

Bugünkü hukuki niteliklerine ve etkinliklerine sahip olmasalar da, mahalli idareler, ilk kez merkezi otoritenin yetkilerinden bir kısmını yerel otoritelere devretmesinin ve mahalli bazı topluluklara bazı haklardan yararlanma imkânı tanımış olmasının bir sonucu olarak ortaya çıkmışlardır.

Mahalli idarelerin ilk ortaya çıkış biçimi komündür. Komün, merkezi yönetime karşı halk yönetiminin özerkliğine imkan tanıyan bir yönetim biçimi ve belli bir toprak parçası üzerinde yaşayan insanların sürekli bir topluluk oluşturarak kendi aralarında yardımlaşma, güvenlik ve bir arada yaşamaktan doğan diğer ortak ihtiyaçlarını karşılamaya yönelik örgütlenme şeklidir (Ertürk , 1995:9).

Yakın zamana kadar yönetimde genel eğilim; hizmetlerin merkezi otorite tarafından yürütülmesi yönündeydi. Ancak, günümüzde sürekli değişen ve çeşitliliği artan toplumsal gereksinimleri karşılamada merkezi yönetimler yetersiz kalmıştır. Bu durumda, her şeyi merkezden yürütmek, hizmetlerin sunulmasına ilişkin tüm kararları merkezden almak imkânsızdır, rasyonel değildir. Ancak ulusal düzeydeki kararların merkezden alınması zorunludur.

Gerçek anlamda mahalli idarelere örnek olarak Türkiye’deki belediye ve köy idarelerini, İngiltere’deki kent bölgeleri ile kırsal bölgeleri gösterebiliriz. Bu ilişkilerin temelinde, belli bir insan topluluğunun bir arada yaşamasının ortaya çıkardığı

ihtiyaçların kendileri veya kendilerinin seçtikleri kişi ve organlar aracılığı ile giderilmesi olgusu yatar. Bunlar sınırlı bir coğrafi alana bağlı olarak kurulmuşlardır. Köy, bunun tipik örneğidir (Nadaroğlu, 2001:18).

Yerel yönetimlerin varoluş sürecini toplum açısından bir amaç olarak değil; bir araç olarak kabul etmek mümkündür. Yerel yönetimlerin ortaya çıkışları, ülkenin yönetim yapısı içindeki yerlerini alışları da siyasal ve ekonomik nedenlerden ötürüdür. Siyasal neden özgürlükçü demokrasilerin temelinde yerel özgürlüklerin (Libertes Locales) yer alması gerektiği yolundaki inanç ve buna bağlı olarak "yerel kendi kendini yönetim" (Local Self Government) ilkesidir. Ekonomik neden ise, yetersiz kaynakların optimum etkinlikte kullanılabilmesinin koşullarından biri olan arzın tüketici tercihlerine uydurulması gereğidir (<http://idari.cu.edu.tr/igunes/yerel/yy-1.htm>).

1945 – 1975 döneminde refah devletleri gibi, birçok ülkede, yerel yönetimler de “altın çağ” diye nitelendirilen bir dönem yaşamışlardır. Bu dönemde yerel yönetimler, merkezi idareler tarafından ulusal ölçekte planlanan sosyal programların uygulanmasında temel bir araç haline gelmişlerdir (<http://iibf.kocaeli.edu.tr/ceko/ssk/kitap50/11.pdf/>)

Öyle ki; İngiltere’de yerel yönetimler İkinci Dünya Savaşı’ndan sonra işsizlik, yoksulluk yardımı, eğitim, konut, sağlık gibi sosyal hizmetlerde merkezi idarenin bir ortağı olarak mevcut görevlerini sürdürmüşlerdir. Ayrıca yerel yönetimler, gelişmiş refah toplumunda ortaya çıkan özellikle yeni sosyal ihtiyaçların karşılanmasında da görev almışlardır (<http://iibf.kocaeli.edu.tr/ceko/ssk/kitap50/11.pdf/>).

Bir ülkede kamu yönetimi örgütlenirken iki zorunluluğun göz önünde tutulmasında fayda vardır. Bunlardan birincisi, ülkede yürütölen idari faaliyette asgari bir homojenlik sağlanması, diğeri ise, ülkenin değişik coğrafya alanlarının, beklentilerinin ve farklılıklarının yönetime yansımasıdır.

Göröldüğü gibi yerel yönetimlerin ortaya çıkışlarında siyasal ve ekonomik nedenlerin çok önemli etkisi vardır. Ancak yerel yönetimlerin sayılan istemleri yerine getirebilmesi için, yasal düzenlemelere gereksinimi vardır. Bu ise, yerel yönetimlerin varlık nedenleri incelenirken, ekonomik ve siyasal faktörlerin yanı sıra hukuksal boyutunu da ele almayı gerektirir.

Yerel yönetimlerin varoluş sebepleri;

- Yerel yönetimler, kendi bölgelerindeki ihtiyaçların neler olduklarını ve miktarlarını merkezi idareye oranla daha akılcı bir biçimde saptayabilme olanaklarına sahiptirler.
- Aynı hizmetlerin üretilmesi halinde; yerel yönetim, merkezi idareye oranla daha fazla verim elde eder.
- Kitlelerin ekonomik taleplerini iletmeleri ve bu konuda etkinlikte bulunmaları açısından, yerel yönetimler merkezi idareye oranla daha fazla avantajlı konumdadırlar.

Günümüzde demokrasi anlayışının gelişmesi ve yerleşmesine koşut olarak, yerel yönetimlerin önemi giderek artmış ve toplumsal yaşamın demokratik bir şekilde düzenlenmesinde yerel yönetimler vazgeçilmez siyasal enstrümanlar haline gelmişlerdir. Toplumsal yaşama ilişkin bütün kararları merkezden almak rasyonel değildir. Merkezi idare, o bölgenin yerel koşullarını o bölgede yaşayan insanlar kadar iyi bilemez.

Hangi hizmetlerin yerinden yönetim birimlerine aktarılacağı sorusuna verilecek her yerde ve koşulda geçerli yanıt bulmak zordur. Ancak teoride genel olarak kabul gören yerinden yönetim birimlerinin yerine getirebilecekleri hizmetler için yapılacak sınıflandırmaya göre savunma, sosyal güvenlik, dış işleri gibi hizmetler ulusal düzeyde, yükseköğretim, sağlık, çevre korunması gibi hizmetler ara düzeyde, yangından korunma, cadde aydınlatılması, çöp toplama, şehir planlaması, arsa üretimi, kanalizasyon ve temizlik, kent ulaşımı, kültürel hizmetler, konut, spor ve eğlence tesisleri yapımı vb. hizmetler yerel düzeyde görülebilir.

Ara düzey yönetimler federe devletler için geçerli olan bir kavramdır. Üniter devletlerde görev bölüşümü merkezi ve yerel yönetim arasında yapılır (<http://idari.cu.edu.tr/igunes/yerel/yy-1.htm>).

Yerel yönetim, çeşitli halk beklentilerinin değerlendirilmesinde önemli bir yarar sağlar. Birçok ülkede yerel ve bölgesel kuruluşlar arasında gelir durumu, sosyal ve etkin yapı

yönünden bazı farklılıklar vardır. Bunların en iyi biçimde değerlendirilmesi ve duruma göre önlemler alınması en iyi ve sağlıklı biçimde yerel ve bölgesel kuruluşlar tarafından gerçekleştirilebilir.

Aynı zamanda, hizmetlerin yerine getirilmesi sürecinde, yerel düzeyde karar alınması, bürokratik engelleri azaltırken, uygun hizmetin zamanında, adil ve rasyonel bir şekilde sunulmasını sağlar.

Vatandaşlar yerel yönetimleri kendilerine daha yakın ve sorunlara daha çabuk ve etkili çözümler üretebilecek kuruluşlar olarak görürler ve böylece hizmetlerin maliyetine katlanmaya daha istekli olurlar. Yerel hizmetlerin mahallinde sunulması, hizmetlerin üretim maliyetlerini azaltır ve kıt kamu kaynaklarının daha verimli kullanılmasına yardımcı olur. Yerel yönetimler, yolsuzlukları ve israfı azaltır. Buna ek olarak, yerinden yönetimler yeniliklere ve yaratıcılığa daha açıktır.

Sosyal adalet ve hizmetlerin tarafsızlık ilkelerine göre yürütülmesi olanakları yerel yönetimler sayesinde gerçekleştirilebilmektedir.

Dünyanın yaşamakta olduğu çok yönlü dönüşüm bağlamında yerel yönetimler de önemli değişiklikler geçirmektedir ve geçirmeye devam edecektir. Küreselleşme ve bilgi toplumuna geçen dünya önceki dönemlerden daha farklı bir yerel yönetim yaratmaktadır (Tekeli, 2003:5).

Tarihsel süreç içinde önem kazanan merkeziyetçi devlet anlayışı, 1970'li yıllarda yaşanan küreselleşme ile önemli ölçüde yara almış, hukuki, siyasi ve ekonomik bakımdan temel aktör olma vasfını yitirmiştir. Bu değişim ile birlikte küreselleşmenin ikizi olarak adlandırılan yerelleşme (adem-i merkezileşme) önem kazanmış ve merkezi devletin ülke genelinde bütünlük arz eden kamusal hizmetlerle dış ilişkiler dışında kalan görev ve hizmetleri adem-i merkezi yönetim birimleri tarafından üstlenilmeye başlanılmıştır. Dolayısıyla adem-i merkeziyetçi bir yapı önemini gittikçe arttırmaktadır.

Hizmette halka yakınlığa vurgu yapan ve farklı yönetim düzeyleri arasında yetki paylaşımını esas alan yerellik (subsidiarite) ilkesi, yetkinin görülmesi gereken kamusal ihtiyaca en yakın yönetimce kullanılmasını ifade eder (Acar ve Özgür 2004: 167).

Yönetim, kıt kaynaklarla idare etmek zorunda kalırken, vatandaşların daha fazla hizmet bekler hale gelmeleri, kaynakların en iyi etkiyi doğuracak şekilde dağıtılmasını gerekli kılmaktadır (Kutlu, 2006:192).

Yerel yönetimlerin var olduğu pek çok ülkede halkın ihtiyaçlarının karşılanması için verimli, etkin ve yerel koşullara duyarlı kararlar alınarak, ihtiyaçlara uygun, esnek, verimli hizmet sunulmaktadır. Bu kuruluşlar, hizmet yürütmede etkililik ve verimlilik yönünden merkezi yönetimlere göre daha avantajlı konumdadır (Ulusoy ve Akdemir, 2006: 24).

Klasik yönetim anlayışında, bürokrat yönetici ön plandadır. Yeni anlayış, yönetimi hem bürokratlara hem de halka karşı sorumlu kılmaktadır. Bu noktada halkın sivil toplum kuruluşları aracılığıyla yönetime katılımı söz konusudur. Ancak katılımcı ve çok merkezli yönetimin sınırlarını belirlerken “avamın söylediğine itibar edilmez” noktasından hareketle halkı tamamen dışarıda bırakmak ya da her şeyi sivil toplum kuruluşlarının kontrolüne bırakarak devleti pasifize etmek gibi uçlarda bulunmamaya özen gösterilmelidir. Yönetişim yani “governance” kavramı da bu iki uç görüşün ortasında yer almaktadır (Erbay, 2000:19).

Siyasal sistem tarafından bir yandan yerel yönetim kurumunun demokratik değerlere işlerlik kazandırabilmesi için gerekli tedbirler alınır, öte yandan yeterli idari imkanlar ve kaynaklar sağlanırsa, temsil çoğulculuk, halkın katılımı ve denetimi türündeki demokratik ilke ve değerler, yerel yönetimlerin hizmet etkililiği ve verimi sağlamalarının da güvencesini oluşturmaktadır (Kalabalık, 2005:38).

Kimi Avrupa ülkelerinde tamamen merkezi idari sistem mevcut iken, birçoğunda yerel özerkliğin geliştiği, vesayetin çok sınırlı olduğu ve yerellik veya yerindelik(subsidiarity) ilkesinin geliştiği bir yapı görülmektedir (Seyyar ve Demir, 2008:29).

Toplumsal sorunların çözümünde hem yerel yönetimlerin, hem de STK’ların rol ve işlevlerinin çeşitlenmesi ve artmasına ilişkin beklentiler ön plana çıkmıştır (Acar, 2003:312)

Ülkemizde bazı kamu hizmetlerine ilişkin yetki ve sorumluluğun sivil toplum kuruluşlarına aktarılması kargaşaya ve etkinsizliğe neden olabilir. Çünkü çok sınırlı

sayıda sivil toplum örgütü belli bir organizasyonel yapıya ve yönetim kapasitesine sahiptir. Hatta bu açıdan bir değerlendirme yapıldığında özellikle küçük yerleşim yerlerinde belediyelerin de tam bir yönetim kapasitesine sahip olduğunu söylemek zordur. Bu nedenle en temel kentsel hizmetler bile sağlıklı bir biçimde üretilmemektedir. Dolayısıyla her şeyden önce gerek yerel yönetimlerin ve gerekse sivil toplum örgütlerinin kapasitelerinin geliştirilmesine gereksinim vardır (Uzun ve Özen, 2004:106).

3.2. Türkiye’de Yerel Yönetimler

3.2.1. Genel Tanım

Yerel yönetimler, Osmanlı Devletinde 19. Yüz yılın ikinci yarısından sonra görülmeye başlanmıştır. Devletin yönetsel örgütünde merkezi yönetimin yanı sıra onu hemen takiben mahalli idareler, yönetsel örgütlenmede ‘yerinden yönetim’ ilkesinin etkin olabildiği oranda gelişebilmiştir. Ancak Tanzimat’tan bugüne Fransız yönetim biçimini örnek alan Türkiye’nin yönetsel örgütlenmesi, merkeziyetçilik ilkesini temel almıştır (Seyyar, 2008:39).

Ülkemizde, 1924 tarihli ve 442 sayılı Köy Kanunu ile 1930 tarihli ve 1580 sayılı Belediye Kanunları bu alanda atılmış çok önemli adımlardır. Tüzel kişiliğe sahip köy ve belediye idareleri bu kanunlarla kurulmuştur.

1970’ten sonra mahalli idareler önem kazanmıştır. Bunun çeşitli sebepleri vardır. Köyden kente göçlerin neden olduğu ölçsüz ve dev boyutlardaki kentleşme sonucu bu gibi yerlerdeki belediye hizmetleri geleneksel düzen ve mevcut mali kaynaklarla yerine getirilemeyince toplumda huzursuzluk başlamış, belediyeler giderek önem kazanmıştır (Nadaroğlu, 2001: 168).

1982 Anayasasında esasa ve mevcut sisteme ilişkin köklü değişiklik yapılmamış, iyileştirmelerle yetinilmiştir. Bunun yanında mahalli idareler ile ilgili önemli olumlu bazı değişiklikler yapılmıştır. 1981’de mahalli idarelerin gelir kaynakları yeterli hatta gereğinden fazla hale getirilmiştir. 1983’ten sonra yerinden yönetim anlayışına uygun olarak belediyelerin bazı konulardaki yetkileri arttırılmıştır(Nadaroğlu, 2001:168).

Merkezi idare, bölgesel hizmetlerin yürütülmesinde, ‘bütünlük’ ilkesine uygunluk, kamu görevlerinde birliğin sağlanması, toplum yararının korunması ve yerel ihtiyaçlarının gereği gibi karşılanması için kanunla idari vesayet yetkisini elinde bulundurmaktadır (Seyyar ve Demir, 2008:39).

Merkezi yönetim, coğrafi duruma, ekonomik şartlara ve kamu hizmetinin gereklerine göre, illere; iller de diğer kademeli bölümlere ayrılmaktadır. Yerel yönetimler ise; il, belediye veya köy halkının yerel ortak ihtiyaçlarını karşılamak üzere, kuruluş esasları yasayla belirtilen ve karar organları, yine yasada belirtilen seçmenler tarafından seçilerek oluşturulan kamu tüzel kişileridir.

Yerel Yönetim; devletin temel fonksiyonlarının bir kısmının, hem kaynakların daha verimli ve denetimli kullanılması, hem de halkın idareye katılımının sağlanması amacıyla, kurulan mahalli birimler ve seçimle işbaşına getirilen idarecilerin başkanlığı aracılığı ile yerine getirilmesidir (Seyyar ve Demir, 2008:24).

Ülkemizde yerel yönetimlerin yerine getirdiği hizmetler 5 ana grupta toplanabilir:

1. İmarla ilgili görevler (İmar planı, inşaat ruhsatı, kaçak inşaatlarla mücadele, kamulaştırma vb.)
2. Kent hizmeti ile ilgili görevler (Çöp toplama ve yok etme, toplu taşıma, itfaiye vb.)
3. Ekonomik nitelikli görevler (Hal ve Pazar, toplu konut, ekmek fabrikası, süpermarket vb.)
4. Sosyal ve kültürel hizmetler (Sinema-konser salonu, spor tesisi, kütüphane, kurslar, kreş)
5. Kontrol ve denetim (Fiyat kontrolü, inşaatların denetimi, gıda ve çevre sağlığı kontrolü, ceza uygulama vb.)

Yerel yönetimler dendiğinde İl Özel İdareleri, Belediyeler ve Köyler ülkemizde kurulu ve işler haldedir.

3.2.2. Belediye

Belediye Meclisi ve Belediye Encümeni belediyenin karar organlarıdır. Belediye Başkanı ise yürütme organını temsil etmektedir. Belediye meclisleri, belediyenin yıllık ve genel kararlarını almak üzere toplanırken, belediye encümeni, günlük uygulamaya yönelik kararlar için toplanmaktadır. Belediye başkanı hem belediyenin temsilcisi, hem de en büyük ita amiridir. Aynı zamanda merkezi yönetimin bir organı olarak görev ve yetkileri bulunmaktadır. Meclis ve encümen kararlarını uygulamak, belediye tüzel kişiliğini temsil etme, belediye mallarını yönetme ve belediye adına sözleşme yapma görev ve yetkilerine sahiptir.

2004 – 2005 yılları, yerel yönetimler reformu anlamında önemli gelişmelerin olduğu bir dönemdir. Kamu yönetiminde temel ilkelerin belirlendiği çerçeve içerisinde kanun çıkarılmasının yanı sıra ‘Belediye Kanunu’ , ‘Büyükşehir Belediye Kanunu’ , ‘İl Özel İdaresi Kanunu’ çalışmaları yapılmış ve mali yönetim, bilgi edinme gibi dolaylı olarak belediyeleri ilgilendiren kanuni düzenlemeler de hayata geçirilmiştir (Seyyar ve Demir, 2008:50-51).

Ülkemizde en etkin yerel yönetim kurumları olan belediyelerin, kamu hizmetlerine yönelik katkılarının sınırlı olduğu görülmektedir. Mali açıdan belediyelerin kamu kesimi içindeki yerinin sınırlı kalmasından dolayı sosyal politika alanlarına yönelik yerel harcamalar da buna bağlı olarak sınırlı kalmaktadır (Seyyar ve Demir, 2008:167).

3.2.3. İl Özel İdaresi

Cumhuriyet döneminin ilk devresinde İl Özel İdareleri daha özerk ve güçlü yerel yönetim birimleri olarak çalışırken, özellikle son elli yıldır, elindeki görev ve yetkilerin bir kısmı merkezi yönetimin il teşkilatlarına kaydırılmış, kaynakları kısıtlanmış birer yönetim unsuru haline gelmişlerdir.

5302 sayılı İl Özel İdaresi Kanunu ve 5227 sayılı Kamu Yönetimi Temel Kanun Tasarısı incelendiğinde İl Özel İdarelerinin güçlü, etkin ve özerk bir idari birim olması amaçlandığı görülmektedir (Seyyar ve Demir, 2008:53).

Türkiye'nin idari yapısında il, iki boyutlu bir özelliktir. İlki, yetki genişliği ilkesine göre yönetilen mülki idare kademesi İl Genel Yönetimidir. İkincisi ise, yerinden yönetim ilkesine göre yönetilen İl Özel İdaresidir.

İl Özel İdaresinin görev alanı, ilin tüm sınırlarını kapsar. Bu ifadeden İl Özel İdaresinin görevlerinin, halkın, il düzeyini ilgilendiren mahalli ve müşterek ihtiyaçlarını karşılamak şeklinde yorumlanacağı gibi bir anlam çıkarılabilir. İl Özel İdaresinin mali durumu, hizmetin ivediliği ve verildiği yerin gelişmişlik düzeyi dikkate alınarak belirlenir (Derdiman, 2005:90).

İl özel idaresi, ilde mahalli müşterek nitelikteki “bayındırlık”, “tarım ve hayvancılık”, “sağlık ve sosyal yardım”, “ekonomi ve ticaret” olmak üzere geniş bir görev alanına sahiptir. Bu görevler, kuruluşunda, il özel idaresinin gerçek bir yerel yönetim birimi olarak düşünüldüğünü göstermektedir. Ancak bu görevlerin çok önemli bir kısmı, 1950’den itibaren kurulmaya başlanan çeşitli merkezi yönetim kurumlarının da görevleri arasında sayılınca, ortaya görev ve yetkiler konusunda birden fazla yetkili kurum çıkmış ve böylece görevlerde bir karmaşa yaşanmıştır (DPT, 2007).

Anayasal bir kuruluş olan İl Özel İdareleri, seçimle gelen bir karar organına sahip, özerk bir mahalli idare birimi olarak kurulmuş olmasına rağmen teşkilat ve görevler açısından merkezi idare organlarıyla tamamen iç içe bulunduğundan, halkın benimsediği ve yakından tanıdığı bir yerel yönetim niteliği kazanamamıştır. İl özel idarelerinin karar organını oluşturan il genel meclislerine her ilçeden temsilci gönderen halk, bu yönetim birimini gereğince tanımamaktadır (DPT, 2007).

İl Özel İdareleri, yaklaşık yarım asırdır etkinliğini yitirmiş, karar alma uygulama serbestisi merkezi organların onayına bırakılmış, bütçe imkânları kısıtlı, varlığı ve gerekliliği sorgulanan bir yönetim birimi olarak görülmektedir. İl Özel İdarelerinin özerkliği, diğer yerel yönetimlerle özellikle belediyelerle kıyaslandığında oldukça daraltılmıştır (Seyyar ve Demir, 2008:55).

3.2.4. Köy

1924 tarih ve 442 sayılı Köy Kanunu halen yürürlüktedir. Köyün görevlerini mecburi ve isteğe bağlı olan işler olmak üzere iki grupta toplanmıştır. Köyün zaruri işleri; sağlık, temizlik, bayındırlık, tarım ve eğitim alanlarıyla ilgilidir. İsteğe bağlı olan işler

ise köyün ekonomik ve sosyal yönden gelişmesi ve güzelleşmesi ile ilgili işlerdir (Seyyar ve Demir, 2008:56).

442 sayılı Kanun’a göre köyün organları; köy deneği, köy ihtiyar meclisi ve muhtardır. Köy derneği ile köy ihtiyar meclisi, danışma ve karar organları, muhtar ise yürütme organıdır. Köyler, toplumsal açıdan, şehirleşme ile birlikte önemini yitirmeye başlamıştır. Köylerin birçoğu belediye kuruluşu haline gelme eğilimi göstermiştir.

3.3. Sosyal Politika

3.3.1. Dünya’da Sosyal Politika

Sosyal politika konuları ve buna bağlı uygulamalar; yönetim şekli, kanunlar ve toplumsal farklılıklar gibi nedenlerle ülkeden ülkeye değişmektedir. Ancak herkese insanca bir yaşam kalitesi sunabilmek ve buna bir standart getirebilmek amacı ve bu amaca ulaşmada genel başlıklar (işsizlik ve istihdam, sağlık ve sosyal yardım, sosyal güvence, sosyal dışlanmayı azaltma, eğitim vb.) ortaktır.

3.3.1.1 AB Sosyal Politikası

Avrupa Birliği sosyal bir bütünleşme olmamakla birlikte, geniş kapsamlı olmasa da bir sosyal politikası mevcuttur. Bu politika zaman içinde inişli çıkışlı bir yol izlemiştir. Başlangıçta (ilk 30 yıl) yalnızca ekonomik bütünleşmeyi hayata geçirmek için gerekli olan alanlarla sınırlı iken, 1990’lı yılların sonlarına doğru AB’nin liberal ekonomik bütünleşme sürecinin yarattığı işsizlik, yoksulluk ve sosyal dışlanmaya karşı bağlayıcı olmayan önlemlerin alınmasına yönelik bir politika ortaya çıkmıştır (Erdoğan, 2008:245).

Avrupa ‘da sanayileşmenin ve 19. yy kapitalizminin yarattığı tahribata karşı işçilerin korunması ve sosyal çatışmaların önlenmesi arayışlarının ürünü olarak ortaya çıkan sosyal politika, özellikle 2. Dünya Savaşı sonrasında “refah devleti” (welfare state) ya da “sosyal devlet” (social state) kavramıyla genişlemiştir (Çelik, 2006).

Refah devleti kavramı ilk kez, 1880’ler Almanya’ında Bismarck’ın sosyal güvenlik reformlarının ardından kullanılmaya başlanmıştır (Wohlfahrstat). Anayasal düzeyde geniş kapsamlı sosyal haklara ve devletin sosyal yükümlülükleri fikrine ilk kez “Weimar Anayasası” nda yer verilmiştir (Çelik, 2006).

Avrupa Birliği Sosyal Politikasına yönelik atılan ilk adımlara bakıldığında, Paris Antlaşması (1951) ve Roma Antlaşması (1957)nin içeriğinde, sosyal politikaya ilişkin bazı maddeler bulunduğu görölmektedir (Altuntaş, 2001:1-12; Erdoğan, 2008:245; www.aile.gov.tr, 2008).

Kapitalizmin küresel bir boyut kazanmadığı 1970’li yıllarda, özellikle sendikalar, sosyal koruma ve refah sistemlerinin ortak bir paydası olarak “Avrupa Sosyal Modeli” ne geçilmesi konusunda yoğun çaba harcamışlardır. Ancak, 1980’li yıllara gelindiğinde İngiltere ve çok uluslu büyük şirketlerin başı çektiğı neoliberal politikaların artması ile sosyal politika uygulamalarında gerilemeler olmuştur (www.aile.gov.tr, 2008; Çelik, 2006; Erdoğan, 2008:245; Çelik, Radikal Gazetesi, 30.06.2004).

Avrupa Birliği ölkelerinin hemen tümü, 1980’lerin ortalarında, sosyal politika alanında önemli sorunlarla karşı karşıya kalmışlardır. İşsizlik oranları 1930’lu yıllardan bu yana en yüksek düzeylere çıkmış ve refah devletleri kamusal sosyal harcamalarını sürdürmekte zorlanmaya başlamışlardır. Bunun üzerine sosyal politikaya yönelik girişimler artış göstermiştir(Erdoğan, 2008:245).

1989 yılında İngiltere dışındaki 11 üye ölkenin kabul ettiğı Topluluk Şartı (Sosyal Şart), sosyal hakları güvence altına alan fakat herhangi bir yasal bağlayıcılığı olmayan bir antlaşmadır. 1992 yılında imzalanan Maastricht Antlaşması’na da İngiltere’nin direktmesi nedeniyle sosyal politika ile ilgili hükümler eklenememiştir (Erdoğan, 2008:245; Çelik, 2006; Radikal Gazetesi, 30.06.2004).

Avrupa Birliği sosyal politikasının zayıflaması ile birlikte tüm Avrupa Birliği ölkelerinde artan işsizlik, eşitsizlik, sosyal dışlanma ve yoksulluk nedeniyle, özellikle Amsterdam Antlaşması ’ndan (1997) sonra, sosyal dışlanma ve ayrımcılıkla mücadele etmek amacıyla birtakım politikalar geliştirilmeye çalışılmıştır (Erdoğan, 2008:245).

Avrupa Konseyi Lizbon Toplantısı’nda (2000), Avrupa’nın ekonomik gücü ile sosyal modeli arasındaki bağ ortaya çıkarılmış; böylece, ekonomik hedefler sosyal politikalarla birleştirilmiştir (AB Sosyal Politika Gündemi, 2000; Erdoğan, 2008:245).

Günümüzde, üye ölkelerin, iş sağlığı ve güvenliğı, iş hukuku, kadın-erkek eşitliğı, sosyal diyalog, istihdam ve sosyal koruma politikaları arasında uyum sağlanması

amacıyla tüzük ve direktifler çıkarılmaktadır. Nitekim Avrupa istihdam ve sosyal politikasının amacı, aktif, katılımcı ve sağlıklı bir topluma ulaşmak amacıyla yaşam kalitesinin iyileştirilmesidir. Bu politikanın kapsamına, işsizler, yaşlılar, özürllüler ve sosyal olarak dışlanan ve ayrımcı muameleye maruz kalan bütün birlik vatandaşları dâhil edilmektedir (www.ikv.org.tr, 2008).

Ancak, Avrupa Birliği'nin sosyal politikaya ilişkin yaptığı düzenlemeler bağlayıcı nitelikte değildir ve birliğin tam anlamıyla uyumlaştırılmış bir politikası bulunmamaktadır. Bu nedenle, günümüzde Avrupa Birliği'nin sosyal bir birlik olmadığı yolunda genel bir görüş birliği bulunmaktadır ve sosyal politika alanındaki birçok konu hala üye ülkeler düzeyinde ele alınmaktadır (www.ikv.org.tr, 2008; Erdoğan, 2008:245).

3.3.1.2. ABD Sosyal Politikası

ABD'nin sosyal devlet tarihi, ülkenin kuruluş yıllarına uzanmaktadır. Bu dönemde uygulamaya konulan “İngiliz Yoksul Kanunları” ile yaşı ya da sağlığı nedeniyle çalışamayan ve çalışabilir durumda olup ta iş bulamayan bireylerin konumlarının farkı ortaya konmuştur. Çalışamayacak durumdaki bireylere hükümet kanalıyla, nakit ya da alternatif yardımlar yapılmış; diğerleri ise, “yoksul evleri” nde (darülaceze) “toplum hizmeti çalışanı” olarak görevlendirilmişlerdir (www.welfareinfo.org, 2008).

1800'lü yıllar boyunca, hükümetler yoksullukla nasıl mücadele edilebileceğine dair çeşitli girişimlerde bulunmuştur. Bu dönemde, yoksullara mali yardımda bulunmak yerine onları çalışma hayatına sokmak yönünde değişiklikler yapılmaya çalışılmıştır. Büyük Buhan'dan önce, Birleşik Devletler Kongresi yoksullara yardım etmek amacıyla hazırlanan pek çok programı desteklemiştir.

“Büyük Buhan”la birlikte, pek çok aile maddi sıkıntı içine düşmüştür. Buhanın en kötü döneminde çalışanların yaklaşık ¼'inin işsiz kaldığı belirlenmiştir. Pek çok ailenin mali kriz yaşaması sonucu, hükümet problemi çözmek üzere harekete geçmiştir ki; sosyal yardım kavramı işte bu noktada başlamıştır (www.welfareinfo.org, 2008).

“Sosyal Güvenlik Kanunu” 1935 yılında, Başkan Franklin D. Roosevelt döneminde yasalaştırılmıştır. 1939 yılında elden geçirilen Kanun'la, toplumun çeşitli kesimlerine yardım sağlamak için pek çok program hazırlanmıştır. Bu programlardan, “İşsizlik

Maaşı” ve “ Bakılmaya Muhtaç Çocuklu Ailelere Yardım” (Aid To Families with Dependent Children/ AFDC. İlk adı Aid to Dependent Children/ADC) bugün bile yürürlüktedir (www.welfareinfo.org, 2008; <http://aspe.hhs.gov>, 2008).

Birleşik Devletler Sosyal Yardım Sistemi, yaklaşık 60 yıl boyunca federal devletin kontrolünde kalmıştır. Sosyal yardım sistemin istismar edildiğini düşünen pek çok vatandaş, mevcut sistemin değişmesi gerektiğini ve memnuniyetsizliklerini dile getirmeye başlamışlardır (Daha çok yardım alabilmek için çok fazla çocuk sahibi olanlar, yardımlarla geçinip, iş başvurusunda bulunmayanlar, daha çok hak kazanmak için nikâhsız yaşayanlar, vb.) (www.welfareinfo.org, 2008).

Sosyal Yardım Sistemi Reformu, 1990’lı yıllarda gündem konusu haline gelmiştir. 1996 yılında, sosyal yardım sisteminin kontrolünü yeniden eyaletlere veren ve Başkan Bill Clinton tarafından imzalanan yasa, Cumhuriyetçi Kongre’den geçmiştir. Sosyal yardım sisteminin eyaletlerin kontrolüne geçmesi sonucu, yardımların türü ve miktarı gibi faktörler de eyaletten eyalete farklılaşmıştır. Ancak pek çok eyalette ana hizmet başlıkları ortaktır; Sağlık yardımı, gıda yardımı, çocuk bakımı yardımı, işsizlik yardımı, nakit yardım ve barınma yardımı.

Günümüz Birleşik Devletleri’ndeki mevcut sosyal yardım programları; Tıbbi Yardım (Medicaid), Gıda Maddeleri, kaynakları ve girdileri yetersiz olan yaşlı ve özürllülere yönelik bir para yardımı programı olan Güvenlik Ek Geliri (Supplemental Security Income/SSI), Barınma ve Kentsel Gelişim (Housing and Urban Development /HUD)Programları, Muhtaç Ailelere Geçici Yardım (Temporary Assistance/ TANF), Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen ve muhtaç çocuklara ve ailelerine eğitim, sağlık, beslenme gibi pek çok konuda yardım sağlayan “Head Start” programı, öğrencilerin okul masraflarına katkı sağlamak amacıyla yarı-zamanlı çalışmalarına yönelik “Çalışma-Okuma” (Work-Study) ve Sağlık Sigortası (Medicare)’dır (www.hhs.gov, 2008; www.welfareinfo.org , 2008).

Bu programlardan bazıları tamamen federal, bazıları ise federal ve eyalet yönetimleri tarafından finanse edilmektedir. Örneğin; Barınma ve Kentsel Gelişim ve Gıda Maddeleri Yardımı Programları, federal finansmanla yürütülürken; Güvenlik Ek Geliri Programı ise hem federal hem de eyalet yönetimince finanse edilmektedir. ABD Sosyal Yardımının en önemli amaçlarından biri fakir ve yardıma muhtaç bireylerin

yaşam kalitesini yükseltmektir. Ancak bu sosyal yardımlar sadece fakir ve yardıma muhtaç bireylerden ziyade, yaşlılar, özürlüler, öğrenciler ve maaşsız çalışanlara(anneler, bakıcılar vb.) sunulmaktadır (www.welfareinfo.org, 2008).

3.3.2. Türkiye’de Sosyal Politika

Sosyal politikanın amacı, toplumdaki yoksullar, yaşlılar, engelliler, hastalar, madde bağımlıları, kadın ve çocuklar gibi kendi kendine bakamayan birey ve gruplara destek olmaktır. Sosyal politika, refah düzeyini yükseltici, ekonomik amaçların yanı sıra ekonomi dışı amaçlar içermesi, toplumdaki dezavantajlı gruplara doğru gelirin yeniden dağılımının hedeflenmesi ve sosyal politikaların belirlenmesi ve uygulamasında genellikle devletin sorumlu olmasını ifade eder.

Sosyal Politika, bir toplumda sosyal sorunları açısından farklılaşma gösteren birtakım nüfus gruplarının fırsat eşitliği, sosyal adalet, sosyal güvenlik gibi gereksinimlerinin insan hak ve özgürlükleri temelinde ve toplumsal bütünleşmeyi göz ardı etmeyecek biçimde bir dizi önlem ve eylem vasıtasıyla gerçekleştirilmesini amaçlar (I. Özürlüler Şurası,1999).

Sosyal politikanın temel amacını, değişik risklere karşı toplumda zayıf kesimlerin güvenceye alınması oluşturur. Bu bağlamda sosyal politikanın üç temel değerden esinlendiği söylenebilir: Bunlar özerklik, hakkaniyet ve toplumsal bütünleşmedir. Sosyal dışlanma ile mücadele, toplumsal aidiyet ve güven sosyal politikanın hedefleridir.

Sosyal politikanın ilgi alanı kapsamına giren gruplar bakımından zamanla değişime uğramıştır. İlk başta yoksul ve fiziki olarak kendine bakamayan kişileri(engelliler, hastalar) kapsarken, işçi sınıfının korunması ve zamanla kadınlar, çocuk ve yaşlıların bakımı, çevre politikaları, madde bağımlılığı ve cinsiyet ayrımcılığı gibi konular sosyal politikanın ilgi alanı olmuştur (Ersöz, 2007:31-32).

Sosyal politikayı, devletin toplumda yaşayan bireylerin en temel haklarını yerine getirdikten sonra, onların ekonomik durumlarını da toplum geneline uygun hale getirme, bireyin bireysel gelişimine destek verme ve mutluluğunu arttırma yönünde geliştirdiği politikalar olarak ele alabiliriz.

Türkiye Cumhuriyeti anayasası 2. maddesinde, “... Demokratik, laik, sosyal bir hukuk devletidir” hükmünü koymaktadır. Sosyal devlet, fertlerin sosyal güvenliğini ve gelir dağılımında adaletin sağlanmasını gözetir. Sosyal niteliği olan bir devletin görevi, yine Türkiye Cumhuriyeti Anayasası’nda “.... Kişilerin ve toplumun refah, huzur ve mutluluğunu sağlamak; kişinin temel hak ve hürriyetlerini, sosyal hukuk devleti ve adalet ilkeleriyle bağdaşmayacak surette sınırlayan siyasal, ekonomik ve sosyal engelleri kaldırmaya, insanın maddi ve manevi varlığının gelişmesi için gerekli şartları hazırlamaya çalışmak” olarak belirtilmektedir(Öksüz, 2007:88)

Küreselleşme, sosyal politikalar ve bunların temel aktörü olan sosyal devletin yeni bir form almasına neden olmuştur. Bu süreçte birbirini besleyen ekonomik, siyasal ve sosyal dönüşümler yaşanmaktadır.

Sosyal politikaları merkezi ve yerel sosyal politikalar olmak üzere iki başlıkta incelemek mümkündür.

- Merkezi sosyal politikalar, ülke genelinde makro politikalar (istihdam, mali yapı, sosyal güvenlik, eğitim vb.) ve bunların uygulanmasına dönük planlama ve koordinasyonlardan oluşmaktadır.
- Yerel sosyal politikalar ise yerel ölçekte sosyal sorunlar ve bunlara yönelik mikro politikalardan meydana gelmektedir. Halkın yerel ihtiyaçlarının düzeyini belirleme ve gidermeye yönelik çalışmalar açısından yerel yönetimler daha avantajlı oldukları için makro düzeydeki genel politikaların yerel ihtiyaçlara yönelik olan uygulamaları daha çok yerel sosyal politikaların kapsamına girmektedir (Eryılmaz, 2007;80)

3.3.2.1. Türkiye’de Yerel Yönetimlerin (Özellikle Belediyelerin) Sosyal Politika Alanındaki Rolü

Yerel yönetimlerin sosyal politika alanında rolünün ortaya konulması, sosyal politikanın, gerek kavram gerekse bu politikaların belirlenmesi ve uygulanmasında rol alan kurumlar bakımından sınırları kesin çizgilerle belirlenmemiş bir çalışma alanı olması nedeniyle oldukça güçtür. Birçok çalışmada özellikle sosyal politikanın sağlanmasında devletin dışındaki kurumların sosyal politikanın belirlenmesi ve uygulanması sürecine katılım ve katkısı ihmal edilmekte ve sosyal politika daha çok

devlet ve özellikle merkezi yönetimler tarafından yerine getirilen politikalar olarak tanımlanmaktadır (Ersöz, 2007:32).

Ülkemizde ilk belediye teşkilatı,1854 yılında İstanbul'da kurulmuştur. Cumhuriyet döneminde belediyelerin görev ve yetkileri 1930 yılında çıkarılan ve 2005 yılına kadar yürürlükte kalan 1580 sayılı Belediye Yasası ile belirlenmiştir. Belediyeler, kentlerde her ne tür uygulamaya başvursalar, yasal dayanağını bu yasa bulabilmişlerdir. 1580 sayılı yasa belediyelere oldukça geniş bir faaliyet alanı tanımaktaydı.

Yasanın 14. Maddesi belediyeleri, mahalli düzeydeki sosyal politika ve sosyal refah hizmetlerinin yerine getirilmesinde ve sınırları içindeki vatandaşların refahının arttırılmasında etkin kuruluşlar haline getirmiştir. Çevre ve çevre sağlığı, kültür ve sanat etkinliklerinin yanı sıra, belediyeler konut ihtiyacının karşılanması, sosyal hizmetlerin sunulması ve sosyal yardımlarda bulunulması, işsizliği azaltmak amacıyla yerel halka meslek ve beceri kazandırıcı faaliyetlerin yapılması, kadın ve çocuklar için koruma evleri açılması görevlerini yerine getirmekle vazifelendirmiştir.

Bu yasa kapsamında belediyeler isterlerse okul öncesi eğitim alanında faaliyette bulunabileceklerdir. Okul binalarının yapımı, bakımı, onarımı ve diğer eğitim araç ve gereçlerini sağlayabilecekler, sağlıkla ilgili her türlü tesisi açabilecek ve çalıştıracaklardır(<http://iibf.kocaeli.edu.tr/ceko/ssk/kitap50/11.pdf>).

Ülkemizdeki belediyelerin zaman içinde fonksiyonlarında meydana gelen değişim üç aşamada incelenebilir. Cumhuriyetin ilk yıllarından İkinci Dünya Savaşı sonrasına kadar olan ve mahalli nitelikli hizmetlerin karşılanmasında belediyelerin aktif olduğu dönem, 1990'ların başlarına kadar devam eden ve sosyal politikaların sağlanmasında merkezi idarenin baskın hale geldiği dönem ve 1990'lı yıllardan itibaren belediyelerin etkinliğinin özellikle büyükşehirlerde yeniden artmaya başladığı dönemdir.

Belediyelerin görevlerindeki genişleme, asıl olarak toplumdaki artan ve çeşitlenen hizmet beklentisini karşılamakta güçlük çeken devletin sorumluluklarını devretmesidir (<http://iibf.kocaeli.edu.tr/ceko/ssk/kitap50/11.pdf>).

Küreselleşmeyle birlikte merkezi yönetim bazı görevlerini yerel yönetimlere ve piyasaya devretmesi bununla birlikte değişen aile ve toplum yapısı, insanların daha yoğun bir biçimde sosyal risklerle karşı karşıya kalmasına neden olmaktadır. Bu yeni

durumda belediyeler daha önce ve hatta şimdi kendilerinden beklenmeyen sosyal politika uygulamalarına girmektedirler (Aysan, 2007:27).

1990'lı yılların ortalarına kadar ülkemizde birkaç büyükşehir belediyesi dışındaki belediyeler genellikle yol, asfalt, temiz su, çöplerin toplanması, atık sistemi ve piyasaların denetlenmesi vb. hizmetleri yerine getirmeye çalışmışlar, sosyal kültürel alanda çok fazla etkinlik gösterememişlerdir. Üstelik kentsel altyapı hizmetleri dahi yeterince karşılanamamıştır.

Hukuki altyapı, ilk olarak 1980'li yıllarda belediye kanunlarındaki değişikliklerle ve 1984 yılında Büyükşehir Belediyelerinin kurulmasıyla oluşturuldu. Belediyeler, 1980'li yılların getirdiği liberal yaklaşımlarla ekonomik bakımdan bir nebze olsun özerklik kazanmış oldular (Aysan, 2007:28).

Siyasi özerklik ise 1990'larda çıkan bazı kanunlar ve özellikle 2004 yılında 5216 sayılı 'Büyükşehir Belediyesi Kanunu' ve 2005 yılında çıkan 5393 Sayılı 'Belediye Kanunu' ile gerçekleşti. Son düzenlemelerle birlikte, daha önce oldukça sınırlı olarak kanunlarda değinilen engelli ve yaşlılar, yoksullarla birlikte belediyenin hedef kitlesi içinde sayıldı. Daha önce belediyelerin inisiyatifine bırakılan bazı konular belediyelerin mecburi görevleri arasına girdi. Türkiye İstatistik Kurumu'nun verilerine göre özellikle son on beş yılda belediyelerin harcamalarında bu konu ile alakalı hızlı bir artış görülmektedir.

1990'lı yılların başında geçmiş döneme göre gelirleri artan bazı belediyeler, bir yandan eğitim ve kültür düzeyi değişen, kentsel ve soysal hizmet talebi büyüyen ve çeşitlenen nüfusun, diğer yandan ülkenin yaşadığı krizler sonucu göçle gelen ve giderek yoksullaşan kentli kitlelerin ihtiyacını karşılamak için sosyal yardım ve sosyal hizmet merkezli sosyal politikalara daha fazla pay ayırmaya başlamıştır. Bu dönemde önem kazanan sosyal belediyecilik anlayışı, 2000'li yılların başında yeni bir ivme kazanmış ve belediyeler tarafından sunulan hizmetler daha da genişlemiştir. Birkaç büyükşehir belediyesi tarafından yerine getirilen görevler, diğer belediyeler tarafından da sağlanması gereken standartlar haline gelmiştir.

Özürlü merkezleri, huzurevi, kadın ve çocuk sığınma ev ve merkezleri, hastane, poliklinik ve sağlık merkezlerinin kurulması ve kapsamlı meslek ve beceri kazandırma

kurslarının düzenlenmesi birçok büyükşehir belediyesinin temel hizmetleri arasına girmiştir (<http://iibf.kocaeli.edu.tr/ceko/ssk/kitap50/11.pdf>).

Sosyal ve kültürel etkinlikler büyümüş, çeşitlenmiş ve kurumsallaşmıştır. Hala bu sosyal politika alanındaki hizmetlerin büyükşehir belediyeleri ağırlıklı yürütüldüğü söylenebilir. Bu gelişme aynı zamanda yerel sosyal politikanın kurumsallaşmasına katkı sağlamaktadır (Ersöz, 2007:36).

Küreselleşme, adem-i merkezileşme ve sosyo – ekonomik dönüşümlerle birlikte, belediyelerin kendilerine yeni roller biçerek sosyal alanda daha aktif rol almaları sosyal belediyecilik kavramını ortaya çıkarmıştır. Sosyal belediyecilik sadece alt yapı hizmetlerinde değil yerel yönetimleri sosyal sorunların çözümünde de sorumlu tutmaktadır.

Sosyal belediyeciliği, yoksullara yardımla sınırlamak da hatalı olur. Sadece sosyal yardımlar değil kültürel ve sportif faaliyetler de sosyal transferlerin başka bir kalemini oluşturmaktadır. Bu transferler ise belediye başkanlarına ve belediyenin ekonomik gelişmişliğine göre değişmektedir. Bunun yanında, belediyelerin tam olarak sınırları çizilmemiş ve kurumsallaşmamış sosyal yardımlarının bazı sorunları beraberinde getirdiği görülmektedir. Kimlerin yoksul olduğu ve ne tür yardımların ne kadar süre verileceğinin belli olmaması, bunlarla birlikte yolsuzluk ve kayırmacılık söylentilerini gündeme getirmesi gibi sorunlar ortaya çıkmıştır (Aysan, 2007:29).

Belediyelerin kısıtlı kaynakları ve merkezi yönetim ve ailenin temel sosyal politika aktörü olarak algılanması belediyelerin uzun vadeli makro projelerden çok, kısa vadeli dönemsel çözümler bulmalarına neden olmuştur. Belediyelerin sosyal politika alanı içinde eğitim, sağlık ve sosyal güvenlikle ziyade daha az masraflı ve daha kolay bir alan olan sosyal yardımlara ağırlık vermeleri bunun en güzel örneğidir. Bu alanlar merkezi yönetimin tekelinde, belediye bütçesinin kaldıramayacağı kadar büyük yatırımlar isteyen alanlardır (Aysan, 2007:28).

Ülkemizde belediyelerin görev ve yetkileri konuşulmakta ve bu alanda yaşanan sıkıntılar için çözüm arayışları sürmekte ise de konuşulmayan konu ise belediyelerin var olan kimi yetkilerini neden kullanmadıkları veya kullanamadıklarıdır. Çünkü gerek belediyeler için temel kanun olan 5393 Sayılı Belediye Kanunu'nda ve gerekse değişik

kanunlarda belediyelere verilen yetki ve görevlerin belediye yönetimlerince tam olarak kullanıldığını söyleyemeyiz. Belediyelerin var olan bazı yetkilerini “kullanmamaları” ve “kullanamamaları” söz konusudur. Sebepler ise ya politik, ya idari, ya yargısal veya bu yetkilerin gerçekçi olmayışı gibi değişik alanlara yayılmaktadır. (<http://www.yerelsiyaset.com/v2/index.php>).

En etkin yerel yönetim kurumları olan belediyelerin, kamu kesimi içindeki yerinin hayli sınırlı kalmasından dolayı sosyal politika alanlarına yönelik yerel harcamalar da buna binaen çok sınırlı kalmaktadır (Seyyar ve Demir, 2008:167).

Bazı belediyeler, kendilerini sosyal politika aktörü olarak görmedikleri için, sosyal transferler noktasında sosyal politika uygulamalarının merkezi yönetimin görevi olduğu düşüncesiyle, sosyal harcamalara yol açmayan kısa vadeli ve mevsimlik projelere yönelmektedirler.

3.3.2.2. Türkiye’de Yerel Sosyal Politika Uygulamaları

Yerel yönetimlerin sosyal politika alanındaki uygulamaları incelendiğinde bu kurumların dönem dönem ve ülkeden ülkeye değiştiğini görebiliriz. Ekonomik istikrarın sağlanması, gelir dağılımı ve kamu hizmeti işlevlerine sahip olan yerel yönetimler, gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde ilk iki işlevi yeterince yerine getirememektedir. Bu kurumlar sosyal politikanın sağlanmasında merkezi idarenin bölgedeki temsilcisi olmaktan öteye gidememişlerdir.

Gerek halkın ve yerel yönetimlerin sosyal politika faaliyetlerini merkezi yönetimin görevi olarak görmesi, gerekse daha çok büyük yatırımlar isteyen temel sosyal politika alanları olan eğitim, sağlık, sosyal güvence için belediyelerin yeterli kaynağa sahip olmamaları daha uzun vadeli sosyal politikaların uygulanmasını engellemektedir (Aysan, 2007:29).

Sosyal politikanın sağlanmasında devletin (merkezi ve yerel yönetimler) dışında başta toplum olmak üzere, sivil toplum kuruluşları, özel sektörden oluşan geniş bir alan bulunmaktadır. Demokratik ülkelerde bu kurumların giderek sosyal politikaların belirlenmesi sürecine katılımı ve sosyal politikaların uygulanmasındaki etkinliği artmaktadır.

Ülkemizde sosyal politika “sosyal yardım” merkezli geleneksel bir yapı taşımaktadır. Bu bağlamda da madde bağımlılığı, yaşlılık, özürlülük, çocuk ve kadın gibi temel alanlar yoksulluk bağlamına indirgenerek ya da ilintilendirilerek konu edilebilmektedir. Ayrıca dezavantajlı gruplara yönelik hizmetlerin kurumlaşmasına dikkat edildiğinde de karşımıza yine geleneksel yaklaşımın ürünü olan “kurum temelli” hizmet anlayışının yer aldığı görülmektedir.

Asıl sosyal fonksiyonları, yöre insanlarının temel ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik hizmetler sunmak olan yerel yönetimler, bu yönüyle yöre halkının sosyal sorunlarını en yakından tespit edebilen ve çözüm üretme yeteneğine sahip olan kurumlardır. Özellikle belediye yönetimleri, halkın somut ihtiyaçlarını gidermek bakımından doğrudan sorumlu idari birimleridir ve merkezi yönetime göre daha avantajlıdırlar (Seyyar ve Demir, 2008:186).

1980 sonrası dönemde hızlı bir yerelleşme süreci başlamıştır. Dünya Bankası ve diğer uluslararası kurumların da baskısıyla yerel yönetimlerin sadece sosyal politikalarda değil, diğer yönetim faaliyetlerinde de rolü bir hayli artmıştır. Ancak yerel yönetimlerin kamu bütçesinden aldıkları pay artan yükümlülükleri ile doğru orantılı olacak şekilde artmamıştır.

Yerel yönetimler son yıllarda, sosyal konut, sosyal yardım, sosyal hizmetler, sosyal danışmanlık, istihdam, yoksulluğun giderilmesi, sağlık, eğitim ve çevrenin korunması gibi değişik sosyal alanlara ve özellikle dezavantajlı sosyal gruplara yönelik programlar hazırlamakta ve uygulamaya koymaktadır (Seyyar ve Demir, 2008:157).

Sosyal politikamızda, genel ve yerel dengesinin bir türlü kurulamadığını görmekteyiz. Bunun en temel nedeni, özellikle 1944’ten sonra yükselen “her şeyi devlet yapar” yaklaşımının bürokraside ve uygulamada yer etmiş olmasıdır. Bu yaklaşım, paylaşımcılığın ve sosyal dayanışmanın önüne engel olarak dikilmiştir. (Fişek, 2007:334).

Sosyal kalkınmanın önemli araçlarından biri de sosyal hizmetlerdir. Sosyal yapının gelişmesi ve değişmesinde birinci derecede rolü olan yerel sosyal hizmetler, günümüzde sadece muhtaç bireylere, yoksullara, marjinal gruplara hizmet götürme görevi ile sınırlı değildir. İnsan kaynaklarının geliştirilmesi, hayat kalitesinin

arttırılması ve yerel toplumların kalkınmasının gerçekleştirilmesinde, gelir dağılımının düzenlenmesinde ve eşitsizliklerin giderilmesinde önemli görevlere sahiptir (Yıldırım, 2007;84).

3.3.2.3. Türkiye’de Dezavantajlı Gruplara Yönelik Yerel Sosyal Politikalar

Avrupa Sosyal Dışlanmayla Mücadele Stratejisi; işsizler, eğitimsizler veya yeterli eğitim alamayanlar, kadınlar, çocuklar, yaşlılar, evsizler, özürllüler, madde bağımlıları, vb. grupları toplumdaki dezavantajlı gruplar olarak tanımlamaktadır.

Ülkemizde il özel idaresi, belediye ve köy olmak üzere üç türde oluşturulan yerel yönetimler, dezavantajlı toplumsal kesimlere yönelik, merkezi yönetimin ilgi alanında bulunan sosyal hizmet ve yardımlar, eğitim, sağlık, istihdam ve sosyal etkinlikler alanında; aşevleri açma, öğrenci bursları, ücretsiz ve indirimli toplu taşıma hizmeti, danışma ve rehabilitasyon hizmeti, mesleki rehabilitasyon merkezleri, meslek kursları ve huzurevleri açıp işletme, sportif ve sanatsal etkinlikler düzenleme gibi geniş bir sosyal alanda hizmet sunabilmektedirler (Başaran, 2007; 48).

Dezavantajlı grupların karşılaştığı aile, sağlık, eğitim, istihdam, çevresel sorunlar, sosyal aktivitelere katılım gibi sorunlar konusunda yerel yönetimlere önemli görevler düşmekte ve bu sorunların çözümünde yerel yönetimler öncelikli kurumlar olmaktadır. Bu alandaki birçok konuda yerel yönetimlere özellikle belediyelere geniş yetkiler verilmiştir. Yenilenen yerel yönetim kanunları ile daha önce merkezi yönetime ait bir kısım hizmetlerin mahalli düzeyde sunulması aşamasına gelinmiştir (Başaran, 2007;52).

3.3.2.3.1. Özürllülere Yönelik Yerel Sosyal Politikalar

2002 yılında yapılan Ulusal ölçekli araştırmaya göre; Ülkemiz nüfusunun %12.29 unu özürllü bireyler oluşturmaktadır. Bu oranın yaklaşık % 9 unu süreğen hastalığı olanlar, diğer %3 ünü de zihinsel, bedensel ve ruhsal özürllü bireyler oluşturmaktadır.

Özürllüler politikasının bakış açısı; eğitim, sağlık, istihdam, sosyal güvenlik ve toplumsal yaşama tam katılım gibi temel sorun alanlarında özürllülerin, fırsat eşitliğinden yararlanan bir grubu olarak kabul edilmesidir. Genelde ayrımcılıktan uzak kalıp, özürllülerin kapasitelerini geliştirmek, yaşam koşullarını iyileştirmek, toplumsal

gelişmelerden pay almalarını sağlamak bağımsızlaşmalarına destek verecek olanaklardan yararlanmalarını temin etmek, özürlüler politikalarının yadsınamaz sorumluluklarıdır (I. Özürlüler Şurası, 1999).

Birinci Dünya Savaşı'na kadar özür türlerine göre özel eğitim tekniklerinin geliştirilmesi ve özürlülerin bu tekniklerden yararlandırılması öncelikli hedef olmuştur. Daha sonra tıbbi ve mesleki rehabilitasyon hizmetleri yoğunluk kazanmıştır. Bu süreci, İkinci Dünya Savaşı'nın sonunda özürlüleri iş hayatına dâhil edebilme gibi gelişmeler izlemiştir. Günümüzde ise özürlülerin mesleki eğitimi ve rehabilitasyonu konusu ağırlıktadır (Başaran, 2007: 46).

Yerel yönetimlere hemşehrilik hukuku ile bağlı olan özürlüler, yerel yönetimlerle toplumsal hayatın temel alanlarıyla ilgili konularda sürekli bir ilişki içindedir. Bu yüzden özürlülerle ilgili politikaların hayata geçirilmesinde yer, zaman ve yasalar bakımından yerel yönetimler önem arz eder (Başaran, 2007:46-47).

Türkiye'de 1950'li yıllarda, öncelikle özel eğitimin altyapısını oluşturan çalışmalar başlatılmıştır. 1951 yılından itibaren özel eğitim uygulanmaya başlanmıştır. 1951 yılında çıkarılan bir yasa ile daha önce Sağlık Bakanlığı'na bağlı olan özel eğitim hizmetleri Milli Eğitim Bakanlığı'na devredilmiştir. Bu hareketin en önemli hatta dönüm noktası sayılabilecek özelliği bu konunun sadece bir sağlık konusu olmadığının farkına varılması ve eğitim boyutunun ağırlık kazanmaya başlamasıdır (I.Özürlüler Şurası, 1999).

1961 Anayasası'nda özürlülerin üretken hale getirilmesi ve özel eğitimine ilişkin maddeler açıkça yer alırken, İlköğretim ve Eğitim Kanunu'na özel eğitimle ilgili hükümler konulmuş ve yasaya dayanılarak ilk defa “Özel Eğitim Yönetmeliği” çıkartılmıştır.

1980'li yıllara kadar özürlülere yönelik düzenlemeler sistemli olmasa da başta Anayasa olmak üzere ulusal mevzuatımızda yer almıştır. Bu süreç içerisinde özellikle özel eğitim ve özürlülerin istihdamını sağlamaya yönelik, kota yöntemi ile ilgili düzenlemelere gidilmiştir. Birleşmiş Milletler'in 1981 yılını “Uluslararası Özürlüler Yılı” olarak ilan etmesi ve 1983 yılından başlamak üzere izleyen yılı “Dünya Özürlüler

10 Yılı” olarak kabul etmesi, bu anlamda Türkiye’de de bazı çalışmaların yapılmasının hazırlayıcısı olmuştur.

1981 yılında, Birleşmiş Milletler’in önerileri dikkate alınarak, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı bünyesinde oluşturulan ve 1985 yılında sürekli kurul şekline dönüştürülen Sakatları Koruma Milli Koordinasyon Kurulu çalışmalarına başlamış, 1997 yılına kadar çalışmalarını sürdürmüş Başbakanlık Özürlüler İdaresi Başkanlığı’nın (ÖİB) kurulmasıyla görevi sona ermiştir.

3 Aralık 1999 tarihinde Türkiye Cumhuriyeti’nin ilk özürlüler şurası olan I. Özürlüler Şurası’nın teması “Çağdaş toplum, çağdaş yaşam ve özürlüler” olarak belirlenmiştir. Özürlülerle ilgili tüm kesimleri bir araya getiren ilk ve tek platform olması ve özürlülerle ilgili tüm konuların ilk defa bir arada görüşülmesi ve tartışılması nedeniyle özürlülük açısından önemli bir şura olmuştur. 2005 yılında gerçekleştirilen II. Özürlüler Şurasının konusu “Yerel Yönetimler ve Özürlülük” olarak belirlenmiştir. 19 Kasım 2007 tarihinde ise “Bakım Hizmetleri” başlığıyla III. Özürlüler Şurası yapılmıştır.

Ülkemizde özürlüye “özel” düzenlemelerde ciddi bir yoğunlaşma ve bu süreçte de yanlış uygulamalar belirginleşmektedir. Dönem dönem medyada yer alan “özürlüler parkı” gibi uygulamalar “özürlüye özel mezar”a kadar uzanmıştır. Söz konusu yaklaşım özürlüleri toplumdan ayıklayan, ayrımcı yaklaşımların ürünü olarak karşımızdadır. Olması gereken özürlüye özel değil her düzenlemede özürlülerin faydalanabileceği uygulamalardır. 5378 sayılı yasa ayrımcılıkla mücadele eksenli bir sosyal politika çerçevesini belirleyen bir yasadır.

Ülkemizde giderek yerel idarelere devredilen sosyal hizmet alanı, hâlihazırda sürdürülen hizmetlerden farklı, özürlüler ve yaşlılar için bakım hizmeti gibi yeni hizmetlerin yer aldığı geniş bir alanı oluşturmaktadır. Geleneksel sosyal hizmetler yani “kurum temelli” bir hizmet sunumu anlayışından ziyade yeni hizmet biçimleri, hizmet sunulan kesimi kendi sosyal evreninden kopartmadan “evde bakım”, “mobil bakım”, “aile destek hizmetleri” gibi organizasyona dayalı bir modele yönelmektedir. Bu doğrultuda özürlülere yönelik yeni hizmetlerin ve yeni yaklaşımların tartışıldığı “II. Özürlüler Şurası”, 2005 yılında “Yerel Yönetimler ve Özürlüler” ana temasında gerçekleştirilmiştir.

5216 sayılı Büyükşehir Belediye Kanunu'na ek 1.madde ile özörlü hizmet birimleri kurulmasına dair yönetmelik çıkartılması öngörölmüştür. Bu kapsamda belediyelerde özörlü hizmet birimleri veya merkezleri açılmaktadır. Özörlü Hizmet Birimleri Yönetmeliğı'nde, özörlülerin toplumsal bütünleşmesi için ne gerekiyorsa; eğitim, sağık, mesleki eğitim ve rehabilitasyon, toplum temelli rehabilitasyon, sosyal yardım, bakım, rehberlik ve danışmanlık gibi konuları kapsadığı görölecektir. Bu bağlamda birçok yerel idare ve özel şirketler özörlü rehabilitasyon ve hizmet birimleri kurmuştur (Başaran, 2007:52).

Özörlü Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığının 2009 yılı brifing raporuna göre;

- Ailesi yanında kalıpta bakım ödeneğınden; 56.806 kişı yararlanmaktadır
- Resmî Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi hizmetinden; 60 merkezde 3918 kişı yararlanmaktadır
- Resmî Aile Danışma ve Rehabilitasyon Merkezinde; 12 merkezde 457 kişı
- Özel Bakım Merkezinde; 24 merkezde 1044 kişı olmak üzere;

Toplamda 96 merkezde 162.225 özörlümüze etkin ve verimli bir hizmetin sunulmasına çalışılmaktadır.

3.3.2.3.2. Sokak Çocuklarına Yönelik Yerel Sosyal Politikalar

Korunmaya muhtaç çocuklara götürölen hizmetler, 2828 sayılı Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu kapsamındadır. Bu hizmetler, devletin yönetim ve denetimi altında SHÇEK Genel Müdürlüğü bünyesinde birleştirilmiştir.

Son yıllarda ölkemizde, özellikle yoğun göç alan büyük kentlerde, sokak çocukları ve sokakta çalışan çocuklar sayısında önemli artışlar olmuştur. Sokağın her türlü tehlikesiyle karşı karşıya kalan ve hayatlarını güç şartlar altında geçiren bu çocuk grubu, sokağı mesken edinmiştir. Bu çocukların bir grubu aileleriyle bağlarını sürdürmektedir. Çoğunlukla, gece geç saatlere kadar sokakta yaşadıkları için bu adla anılmaktadırlar.

Sokak çocukları sorunu ile ilgili olarak, başta SHÇEK genel müdürlüğü olmak üzere, Emniyet Genel Müdürlüğü ve Belediyeler gibi kamu kuruluşları ile dernek ve

vakıfların çeşitli girişimlerde bulundukları ve çeşitli türde hizmetler vermeye başladıkları bilinmektedir.

1997 yılında çıkan 572 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile 2828 sayılı SHÇEK Kanunu'na “Çocuk ve Gençlik Merkezleri” tanımlanması eklenmiştir. Çocuk ve Gençlik Merkezleri, eşler arası anlaşmazlık, ihmal, hastalık, kötü alışkanlık, yoksulluk, terk ve benzeri nedenlerle sokağa düşerek sosyal tehlikelerle karşı karşıya kalan ve sokakta çalışan çocuk ve gençlerin geçici süre ile rehabilitasyonlarını ve topluma yeniden kazandırılmalarını sağlamak amacıyla kurulan yatılı ve gündüzlü sosyal hizmet kuruluşlarıdır. Bu merkezlerde çocuklara ve ailelerine rehberlik, eğitim, rehabilitasyon hizmetleri verilmekte, okula gitmeyen çocuklar okula başlatılmakta, iş ve meslek edindirme programlarına alınmakta, ailesinin yanına döndürülmekte, nüfusa kayıtları olmayanların kayıt işlemleri tamamlanmakta, beslenme, temizlik ve sağlık sorunlarının çözülmesine çalışılmaktadır (Yıldırım, 2007:91)

SHÇEK Genel Müdürlüğü'ne bağlı 1998 – 1999 yılında kurulan 10 Çocuk ve Gençlik merkezine günümüzde yenileri eklenmiştir. İlk yıllarda bu hizmetlerden 3414 çocuk yararlanmıştır.

Sosyo-ekonomik yoksulluk ve kırsaldaki güvenlik sıkıntıları nedeniyle yoğun göç hareketlerinin yaşandığı ve göç alan merkezlerde entegrasyon ve destek hizmetlerinin verilmediği ülkemizde çocuklarımızın yoğun risk altında oldukları kabul edilirken ve bu çocukların sokağa düşme oranları giderek artarken 2008 yılı itibariyle Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu bünyesinde 28 ilimizde toplam 540 yatak kapasiteli Çocuk ve Gençlik Merkezi bulunmaktadır. Bu sayı Prof. Dr.Oğuz POLAT' a göre çok yetersizdir (Prof. Dr. Oğuz POLAT, çocuk hakları ve Türkiye, www.0-18.org)

Yerel yönetimler bağlamında; Ankara, İzmir ve Gaziantep Büyükşehir Belediye Başkanlıklarınca yürütülen Çocuk ve Gençlik Merkezlerine benzer hizmetler de örnek uygulamalar olarak dikkati çekmektedir. Emniyet Genel Müdürlüğü Küçükleri Koruma Şubesinin kurulması ve sayıca arttırılması da sorunun çözümüne olumlu katkı sağlayacaktır. Bunların yanı sıra bazı illerde dernek ve vakıflarca gerçekleştirilen çalışmalar vardır (Yıldırım, 2007:92).

Bunun yanında; Aile içi şiddete maruz kalmış veya töre için kurban seçilmiş kız çocukların korunmaları ve rehabilite edilmeleri için uzmanlaşmış kurumlar mevcut değildir, sığınma evleri sayısı azdır. Meclis tarafından 2004 yılı Temmuz ayında kabul edilen Yerel Yönetimler Kanununda yer alan hükümler henüz tam olarak uygulanmamaktadır. Nüfusu 50.000'in üzerinde olan tüm Belediyeler, sığınma evi sağlamakla yükümlüdür (Prof. Dr. Oğuz POLAT, çocuk hakları ve Türkiye, www.0-18.org)

Temmuz 2005 tarihinde yayımlanan Çocuk Koruma Kanunu, ilk kez özel sorunları olan çocuklarla, yasal soruşturma altında olan ya da suç işlemiş çocukların haklarını ve esenliklerini güvence altına almak için bir yasal çerçeve oluşturmak amacı taşımaktadır. Bu her ne kadar olumlu bir gelişme olarak karşılanırsa da Kanun, çocuklar hakkındaki spesifik mevzuat bakımından uluslararası standartları tam olarak karşılayamamaktadır, nitekim 12 ile 18 yaş arası çocuk suçlulara ilişkin hükümler halen genel ceza hukuku çerçevesi içinde düzenlenmektedir.

Türkiye halen Avrupa Sosyal Şartı'nın "Çocukların ve gençlerin korunması hakkı" başlıklı 7 ve "Çocukların ve gençlerin sosyal, yasal ve ekonomik korunma hakkı" başlıklı 17. maddesini onaylamamıştır.

Süregelen sokak çocukları problemi ile ilgili bazı adımlar atılmıştır. Kasım 2004 tarihinde sokak çocukları için Meclis'te bir komisyon kurulmuş ve bu konu ile ilgili olarak politika tavsiyelerinde bulunan bir kaç rapor yayımlanmıştır.

Sokakta yaşayan/çalışan çocuklarla ilgili çalışmalar yapmak üzere İçişleri, Adalet, Eğitim, Sağlık ve Kadın ve Aile İşleri Bakanlıkları'ndan oluşan Bakanlıklar arası bir komite kurulmuştur. Bu komite İçişleri, Adalet, Milli Eğitim, Sağlık Bakanlıkları ile Kadın ve Aileden Sorumlu Bakanlığın temsilcilerinden oluşmaktadır. Komite çocuk işçiliği ve/veya sokak çocukları ile ilgili sorunların üstesinden gelmek üzere kurulmuştur. Bu komitenin kurulmasını takiben Mart 2005 tarihinde Başbakanlık tarafından yayımlanan bir genelge ile sokak çocukları ile ilgili sorunlara çözüm bulmak amacıyla 8 ilde pilot çalışmalar başlatılmıştır. Bu proje ile sokak çocuklarına sağlık, rehabilitasyon, eğitim hizmetlerinin sağlanması ve bunların topluma yeniden kazandırılmalarını hedeflenmektedir.

Görüleceği üzere sokak çocuklarıyla ilgili yerel sosyal politika uygulamalarının çok yetersiz olduğu ve sokak çocukları sorununun merkezi sosyal politikalarla çözülmeye çalışıldığı anlaşılmaktadır.

Diğer önemli bir konu da sokakta yaşayan çocuklar ve sokağa mahkûm çocukların aynı kategoride ele alınmasıdır. Ayrıca yapılan incelemeler ve görüşmeler neticesinde sokakta yaşamak zorunda olan çocukların uyuşturucu maddelerin (özellikle uçucu maddeler) ve dolayısıyla suçun batağında oldukları gözlemlenmiştir. Bu alanda özellikle yerel yönetimler ve sivil toplum kuruluşlarının acilen çalışma yapmaları gerekmektedir.

Yüz yüze yapılan görüşmeler sonucunda ortaya çıkan, Sakarya il merkezi veya ilçelerinde yaşayan ve “sokağa mahkum olma” riskiyle karşı karşıya olan yaklaşık 200 çocuk için bu konuda hizmet sunacak olan herhangi bir tedavi ve rehabilitasyon biriminin veya mahkemelerce çocuklar için verilen tedbir kararlarının uygulanacağı bir merkezin Sakarya’da olmayışı sorunun tespitini ve çözümünü imkansız kılmaktadır. Özellikle bu kapsamda hizmet sunacak olan merkezlerin bu sorunla karşı karşıya olan çocukların ikamet ettikleri yerleşim birimlerine yakın olması yani her yerel yönetimin kendi bölgesindeki çocuklara (ve onların ailelerine) kendilerine en yakın yerlerde hizmet sunması yerel sosyal politikaların kalıcı olmasını sağlayacaktır.

3.3.2.3.3. Yaşlılara Yönelik Yerel Sosyal Politikalar

Türkiye genç bir nüfusa sahip olmakla birlikte, sosyal ve ekonomik alanlarda kaydedilen ilerlemeler, teknolojinin gelişmesi ve bunun bireyin hayat şartlarına yansımaları sonucu yaşlı nüfusta her yıl artışlar olmaktadır. Türkiye’de genel nüfusa göre 65 yaş üzerindeki yaşlı nüfus oranının 2000 yılı sayımına göre, %5 olduğu anlaşılmaktadır. 2008 yılında yapılan adrese dayalı nüfus sayımına göre ise %6,8 olarak tespit edilmiştir (www.tuik.gov.tr/2008).

Ülkemizde yaşlı nüfusun giderek artışı, aile yapısının çekirdek aile yönünde değişime uğraması, hayat tarzındaki farklılaşma, insanların değişen ilgi ve beklentileri gibi sebeplerle yaşlı kesime götürülecek hizmetlerin önemini arttırmaktadır. Bu alanda çeşitli önlemlerin alınması zorunluluktur.

Türkiye’de, yaşlılık alanındaki hizmetlerde daha çok, kurum bakımına ağırlık verilmektedir. Başta SHÇEK Genel Müdürlüğüne bağlı olmak üzere, belediyeler, diğer kamu kurumlar, dernek ve vakıflar, azınlıklar ile özel kesime ait toplam yatak kapasitesi 11.839’a ulaşan 131 huzurevi bulunmaktadır (Yıldırım, 2007:95).

Günümüzde söz konusu geleneksel yapılanmalar, yapılan yasal düzenlemelerle değiştirilmektedir. Yeni yasal düzenlemelerde aile destek hizmetleri, evde bakım gibi yeni hizmet biçimlerinin yer alması bu alanda devreye sokulan yeni bir politikanın yansımaları olarak değerlendirilmelidir. Bu bağlamda yaşlılık konusunda bu yıl gerçekleştirilen kongreler yanında DPT(Devlet Planlama Teşkilatı)’nin “Yaşlılık Eylem Planı” çalışmaları devlet düzeyinde önemli çalışmaların başlangıcı olma niteliğindedir.

“Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Kanunu'nda Değişiklik Yapılması Hakkında Kanun"la” “gündüz bakım ve evde bakım hizmetleri” ile bu hizmetlerin yürütüleceği Yaşlı Hizmet Merkezi tanımının kanunda yer alması sağlandı. Düzenleme ile gündüz bakım ve evde bakım hizmetlerinin yasal çerçevede yürütülmesi ve denetlenmesine imkân sağlanacaktır. Yaşlılar Koordinasyon Merkezi tarafından geliştirilen ve Sağlık Bakanlığına sunulan "Devlet Hastanelerinde Yaşlı Polikliniği ve Geriatri Merkezi oluşturma" projesi Sağlık Bakanlığı tarafından benimsenmiştir.

Yaşlılara yönelik yerel sosyal politikalar huzurevleri açmak, işletmek ve yaşlılara yönelik farklı imkânlar sunulması şeklinde devam etmektedir.

BÖLÜM4: MADDE BAĞIMLILIĞIYLA MÜCADELEDE MERKEZİ VE YEREL SOSYAL POLİTİKALAR

4.1. Dünyada Madde Kullanım Problemine Yönelik Sosyal Politikalar

Tüm dünyada ciddi boyutlara ulaşan madde kullanım problemine karşı koruyucu, tedavi edici ve zarar azaltıcı pek çok tedbir alınmaktadır. Alınan bu tedbirler genel bir çerçeveye sahip olsa da problemin boyutu ve kapsamı ülkeden ülkeye değiştiği için; politikalar da ülkelere göre farklılıklar göstermektedir.

4.1.1. AB Ülkelerinde Madde Kullanım problemine Yönelik Sosyal Politikalar

Avrupa ülkelerinde alkol ve ilaçla ilgili hizmetler, sanayileşmiş ülkelerde psikoaktif maddelerin tüketiminin istenmeyen sonuçlara yol açması nedeniyle, özellikle son 30 yılda güçlü bir şekilde artmıştır. Bu gelişmenin bir diğer nedeni de, probleme yönelik, sosyo-politik ve profesyonel anlayışın değişmesidir. Bağımlılık kavramı, giderek, özel girişimlerle başa çıkılması gereken “kronik bir hastalık” olarak algılanmaya başlamıştır. Bu anlayış değişikliğine bağlı olarak hizmetler de değişim geçirmiştir. Bakım ve tedavinin yanında bugün, önleyici girişimler, ayrıca sosyal yönden çıkmış madde kullanıcıları ve çevrelerine yönelik zarar azaltıcı girişimler ve uzun-dönem bağımlılara barınma ve mesleki eğitim programları sağlayan sosyal re-entegrasyon hizmetleri tüm Avrupa’da yayılmıştır (Final Synthesis Report, 2006).

2006 Yılında yapılan “Avrupa Birliği’nde Toplum Menfaatine Yönelik Sosyal ve Sağlık Hizmetleri Üzerine Bir Çalışma” nın Final Sentez Raporu’nda, madde bağımlıları “risk altındaki grup” olarak ele alınmış; bu gruplara giren bireylerin sosyal dışlanmalarını önleme, zararı azaltma ve problemlerin üstesinden gelmeye yönelik geniş bir hizmet yelpazesinin bulunduğu ve bu hizmetlerin çoğunlukla yerel toplum seviyesinde -özellikle büyük şehirlerde, madde kullanım probleminin daha yaygın olması ve yetki/imkan genişliğine bağlı olarak- organize edildiğine değinilmiştir (Final Synthesis Report, 2006).

Yine aynı çalışmada, 6 Avrupa kentinde yapılan bir araştırmaya yer verilmiş ve bu araştırmadan elde edilen veriler ışığında, Avrupa’da ilaç kullanıcılarının sosyal entegrasyonuna değinilmeye çalışılmıştır.

Madde kullanım probleminin tespiti ile önemli politika değişimleri geçiren ancak, popülasyonları farklı olan Frankfurt (Almanya), Londra (İngiltere), Rotterdam (Hollanda), Stockholm (İsveç), Viyana (Avusturya) ve Varşova (Polonya) alışma kapsamına alınmıştır. Bu çalışmada, elkelere göre, durumları “ağır”, “riskli” ya da “problemlili” psikoaktif madde kullanım problemi gibi farklı kelimelerle ifade edilen bireylere yönelik sosyal politikalara ağırlık verildiği tespit edilmiştir. Avrupa lkeleri’nde, madde ile ilgili hizmetler, problemin çeşitliliği ile paralel olarak arttırılmış ve dallara ayrılmıştır. Bu anlamda, yerel yönetimlerce sunulan hizmetlerin çeşitlendirildiği ve geliştirildiği görölmektedir (**Bkz. Tablo-2**)

Tablo-2: Madde İle İlgili Hizmetlerin Türleri ve Ulaşılabilirlik Düzeyleri

	LONDRA	VARŞOVA	VİYANA	STOCKHOLM	ROTTERDAM	FRANKFURT
Yönlendirme	++	++	+++	++	Yok	++
Yatılı Tedavi	+++	++	++	+++	+++	++
Ayaktan Tedavi	++	++	+++	++	++	+++
Gün Bakım Prg	+++	+	++	+	++	Yok
Yerine Koyma Prog.	+++	+	+++	++	+++	++
İş Pojeleri	+	+	+	+	++	++
Yoksul.Guplara Tıbbi Yardım Hiz.	+	++	++	+	++	++
Sığınak Barınak Hiz.	+	+	++	++	+++	+++
Şırınga Değişim	+	++	+++	Yok	+++	+++
MaddeTüketim Odaları	(1)	Yok	Yok	(2)	+++	++

Kaynak: Avrupa Birliği’nde Toplum Menfaatine Yönelik Sosyal ve Sağlık Hizmetleri Üzerine Bir Çalışma: Final Sentez Raporu, 2006.

+ : Zayıf ++ : Orta +++ : İleri

(1): Kanuna Aykırı Olduğu için mevcut değil (2): İzin Yok

Yerel yönetimlerce sunulan hizmetlerin hem çeşitlilik hem de ulaşılabilirliğinin artırılması ile paralel olarak, ilaç ve bağımlılık hizmetlerine ayrılan yerel yönetim bütçelerinin de arttırıldığı görülmüştür (Final Synthesis Report, 2006).

Yine aynı çalışmada, bu 6 şehirde sunulan hizmetlerin diğer hizmet gruplarına entegrasyon seviyeleri incelenmiş; şehirler arasındaki belirgin farklılığa, ülkelerin madde ilintili problemlere karşı sosyo-kültürel bakış açılarının yön verdiği yorumu getirilmiştir (**Bkz. Tablo- 3**).

Tablo-3: İlaç ve Bağımlılık Hizmetlerinin Diğer Hizmetlerle Entegrasyonu

	LONDRA	VARŞOVA	VİYANA	STOCKHOLM	ROTTERDAM	FRANKFURT
Alkol servisleriyle entegrasyon	+	+	+	+++	+++	+
Sağlık Hizmetleriyle entegrasyon	+	+	++	+++	+	++
Sosyal hizmetlerle entegrasyon	-	+	++	+++	+++	+++
Cezaevleri ile entegrasyon	+	++	++	++	++	++

Kaynak: Avrupa Birliği’nde Toplum Menfaatine Yönelik Sosyal ve Sağlık Hizmetleri Üzerine Bir Çalışma: Final Sentez Raporu, 2006.

+ : Zayıf ++ : Orta +++ : İleri

Görüldüğü gibi Avrupa ülkelerinde ilaç/madde ile ilgili problemlere yönelik çok çeşitli ve kapsamlı hizmet seçenekleri bulunmaktadır ve bu hizmetlerin geneli yerel yönetimlerin yetki ve sorumluluk alanına girmektedir (Final Synthesis Report, 2006).

Avrupa’da madde kullanım problemine yönelik politikaları daha ayrıntılı değerlendirebilmek amacıyla aşağıda, bazı üye ülkelerin ulusal sosyal politikalarına tek tek değinilmiştir.

4.1.1.1. Almanya

Önleme

Almanya’da madde kullanım problemini önlemeye yönelik girişimlerde en öncelikli ortam, okullardır. Ardından gençlik çalışmaları, aile ve toplum sağlığı çalışmaları gelmektedir.

Bilindiği üzere, gençlerin sosyalleşmelerine ve hoşça vakit geçirmelerine olanak sağlayan spor kulüpleri, gençlik merkezleri gibi ortamlar; aynı zamanda, gençlerin bağımlılık yapıcı maddelerle tanışmalarına neden olabilecek yapıdadır. Bu nedenle, bu tür mekânlar önleme programlarında önceliklidir (EMCDDA Country Overview, 2008).

Bunlara ek olarak hassas gruplara yönelik seçici koruma programları uygulanmaktadır (Genç suçlular; davranış bozukluğu, hiperaktivite bozukluğu ve kişilik bozukluğu gibi ruh sağlığı ile ilgili problemi olan çocuklar ve gençler; göçmenler; alt kültür gruplarında yer alan çocuk ve gençler vb.).Yerel ve genel düzeyde yapılan tüm bu faaliyetler, yetkili kurumlarca takip edilmektedir (EMCDDA Ülke Raporları, 2008; Suçin, 2008).

Tedavi

1968 yılında, Almanya Yüksek Mahkemesi’nce, bağımlılık “bir hastalık” olarak kabul edilmiş ve tedavisinin “tıbbi bir görev” olduğu ve sigorta kapsamına alınması gerektiğine karar verilmiştir (Sieveking, 2006).

1978 yılında, sigorta kurumları kendi aralarında bir anlaşmaya varmışlardır. Buna göre; detoksifikasyon tedavisi sağlık sigortası tarafından karşılanacak, rehabilitasyon

klınıklerinde yrtlen bağımlılığ tedavisi ise; ta ki kişi yeniden çalışabilir duruma gelinceye kadar ‘‘Emeklilik Kurumu’’nca karşılanacaktır (Sieveking, 2006).

Günümüz Almanya’sında madde tedavisinden, federal eyaletler ve belediyeler sorumludur. Tedavinin finansmanını ise çeşitli kurum ve kuruluşlar üstlenmektedir: Sağlık sigortası kurumları, federal eyalet, belediyeler, yardım kuruluşları, sivil topluluklar, özel kuruluşlar ve şirketler.

Tablo-4: Aşağıdaki tabloda, Almanya’daki ‘‘madde tedavi ağı’’ görülmektedir

	AYAKTA	AYAKTA/SABİT	YATAKLI	DİğER
Bağlantı Kurma	Doktor Danışmanlık Merkezleri Toplum Sağlığı Mrk	Gün Klinikleri		alışma Ortamı (İşyeri) Kendi Kendine.Yardım Grupları
Detoksifikasyon Tedavisi	Doktorlar		Hastanelerin.Psikiyatri Birimleri, Rehabilitasyon-Klinikleri	
Bağımlılığ Tedavisi	Danışmanlık.Merkezleri	Gün Klinikleri	Psikiyatrik Rehabilitasyon Klinikleri	
İyileşme Süreci	Danışmanlık Merkezleri Toplum Sağlığı Mrk. Doktor ve Terapistler	Gün Klinikleri Adaptasyon	Bakım Evleri	alışma Ortamı (İşyeri) Kendi Kendine Yardım Grupları

Kaynak: Bağımlılığ Tedavisi: Alman Metodundan alınmıştır, Sieveking, 2006.

Bu tedavi ağının pek çok bölümünde yasal ve yasadışı maddelerin tedavisi ayrı ayrı birimlerde sunulmaktadır.

2006 yılına ait ulusal istatistik verilerine göre, toplam 934 ayaktan tedavi merkezinde, bağlantı kurma, motivasyon ve ayaktan tedaviye ek olarak, yerine koyma (substitution) tedavisi alan kişiler için psikososyal tedavi hizmeti sunulmuştur (EMCDDA Country Overviews, 2008).

2006 yılı itibariyle Almanya’da yerine koyma tedavisini yürüten lisanslı hekim sayısı 2.706 dır ve 2006 yılında, toplam 64.500 kişi bu tedaviden yararlanmıştır. Bunun yanında, 2006 yılında 160 uzmanlaşmış yataklı rehabilitasyon merkezinde, kişilerin “çalışma kapasitelerini” yeniden kazanmalarının önkoşulu olarak, uzun süre maddeden uzak durmalarını sağlayıcı hizmet sunulmuştur (EMCDDA Country Overview, 2008).

Görüldüğü gibi Almanya’da madde kullanıcı/bağımlılarına yönelik tedavi hizmetleri; kendine has yöntemleri, beceri ve kuralları olan, görev ve sorumlulukları belli, çeşitli uzman kuruluşlarca yürütülmektedir (EMCDDA Country Overviews, 2008; Sieveking, 2006).

Kurumların çeşitliliği ve fazlalığından kaynaklanan dezavantajları (kurumlar arası ayrılık, bürokratik engeller ve kurumlar arası işbirliğinin zayıflığı vb.) gidermek amacıyla pek çok proje ve çalışma yapılmıştır (Örneğin; Tedavi talebi olanların bir kurumdan diğerine-ödemelerde farklı kurumlar sorumlu olsa bile- kolayca geçebilmesini sağlamak amacıyla çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ayrıca, ayaktan ve yataklı tedavi kurumları arasında değişim olanağı getirilmesine yönelik çalışmalar da yapılmıştır. Bu çalışmalarda, tedaviyi talep edenlerin belli bir süre yataklı tedaviyi takiben ayaktan tedavisine devam edebilmesi amaçlanmış ve tedavi maliyetini de azalttığı için sigorta kurumlarınca desteklenmiştir) (Sieveking, 2006).

Zarar Azaltımı

Almanya’da zarar azaltıcı girişimlerde temel amaç, hastalık ve ölüm (morbidity ve mortality) oranlarını azaltmaktır (EMCDDA Country Overviews, 2008).

Zarar azaltımını destekleyen uygulamalar:

- Tıbbi/sosyal yardım çalışmaları
- Yardım merkezleri (Tıbbi ve Psikososyal yardım)
- İğne ve şırınga değişim noktaları
- Uyuşturucu tüketim odaları (toplam 26 oda)

Almanya’da zarar azaltımına yönelik hizmet veren yaklaşık 400 kuruluş bulunmaktadır. Bu kuruluşların pek çoğu ayakta tedavi merkezleridir ve öncelikle

yerel yönetimler tarafından finanse edilmektedirler (EMCDDA Country Overviews, 2008; Suçin, 2008).

4.1.1.2. Fransa

Önleme

Fransa’da madde kullanımını önleme girişimleri, merkezi düzeyde (Bakanlıklar Arası Madde ve Madde Bağımlılığı İle Mücadele Heyeti /Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et la Toxicomanie: MILDT) ve ilgili bakanlıkların koordinasyonu ile gerçekleştirilmektedir (EMCDDA Country Overviews, 2008).

Bununla birlikte, yerel düzeyde (bölge, komün, şehir) önleme aktörleri, yapılacak girişimlerin organizasyonu ve yürütülmesi bakımından yüksek seviyede bağımsızlığa sahiptir.

Fransa’da madde kullanımını önlemeye yönelik faaliyetler okullara yöneliktir. 2003-2008 “Madde Kullanımını Önleme ve Eğitim Planı”nın bir parçası olarak MILDT ve Eğitim Bakanlığı’nca, katılımcı pek çok kuruluşun da yardımıyla, okullara yönelik bir talimatname hazırlanmıştır. Bu talimatname, bugün Fransa’daki tüm ilk ve ortaöğretim okullarında uygulamaya konmuştur ve uygulanması kuvvetle desteklenmektedir ancak, zorunlu değildir

1999-2002 Hükümet Planı ile, “ilaç karşıtı mücadele” yasal ve yasadışı tüm psikoaktif maddeleri içine alacak şekilde genişletilmiştir. 2004-2008 Planı da aynı yaklaşımı kabul etmiştir (EMCDDA Country Overviews, 2008; Suçin, 2008).

Tedavi

Fransa’da ilaç tedavisi ile ilgili 3 sistem bulunmaktadır;

- Mediko-sosyal kuruluşlarca işletilen uzmanlaşmış bağımlılık bakım sistemi
- Hastaneler ve pratisyen hekimlerin kapsamına giren genel bakım sistemi ve
- risk azaltma sistemi dir.

Madde kullanıcıları için gerekli tedavi olanaklarının sağlanması, bölgesel ve yerel otoritelerin sorumluluğundadır.

2003 yılından beri, ilaç tedavisi Fransa Sosyal Güvenlik Sistemi'nce finanse edilmektedir. Hemen tüm 100 sub-rejyonel yönetim bölgesinde en az bir tane uzmanlaşmış tedavi merkezi vardır. Bu merkezlerde 3 tip hizmet sunulmaktadır:

- Ayakta Tedavi
- Yataklı Tedavi
- Mahkûmların tedavisi

2005 yılı itibariyle toplam 209 ayakta tedavi, 41 yataklı tedavi ve 16 tane hapishane tedavi merkezi bulunmaktadır. Bununla birlikte, hem ilaç destekli hem de ilaçsız tedaviler, aynı tedavi merkezi bünyesinde sunulmaktadır. Ayrıca toplam 142 tedavi merkezinden alınan verilere göre, 2006 yılında 37.494 kişi tedavi programına girmiştir (EMCDDA Country Overviews, 2008).

1995 yılından beri tedavinin ana formu “yerine koyma” tedavisidir. 2006 yılında yaklaşık 97.500 kişi yerine koyma tedavisi görmüştür

Zarar Azaltımı

Fransa'da da madde kullanım problemi ile mücadelenin basamaklarından biri olan “zarar azaltıcı girişimlerin amacı, enfeksiyon geçişini önlemek, psikososyal hasarı ve ölümleri azaltmaktır (EMCDDA Country Overviews, 2008).

Bu hizmetler, uzmanlaşmış madde tedavi merkezlerinin tamamlayıcısı niteliğindedir ve pek çok aktiviteyi içermektedir. Bunlar; şırıngaların eczanelerde açıktan satışı (1987'den beri), şırınga değişim programları (2001'de 118 program), madde kullanıcıları için uğrak merkezleri (drop-in) (2001 yılında 40 tane) ve yerine koyma tedavisine katılımı arttırmak amaçlı “metadon otobüsleri”dir (EMCDDA Country Overviews, 2008).

Anonim Tarama Merkezleri'nde (Centres de Dépistage Anonymes et Gratuits, CDAGs), ücretsiz olarak enfeksiyon hastalıkları taramaları yapılmaktadır. 2002 yılı itibariyle; bu merkezlerden 386 tanesi topluma yönelik, 109 tanesi ise mahkumlara yönelik olarak hizmet vermektedir.

4.1.1.3. Birleşik Krallık (UK)

Önleme

Birleşik Krallıkta, genç bireylerin ilaç kullanımını önlemek, madde stratejilerinin anahtar unsurudur. Yönetim bu amaçla, gençlerin ve ailelerinin daha iyi eğitilmeleri ve tüm toplumun-özellikle riskli grupların- uyuşturucu maddelerle ilgili daha iyi bilgilendirilmesine yönelik daha etkili girişimlerin yapılmasına odaklanmıştır. Örneğin; İngiltere’deki “FRANK” ve İskoçya’daki “Know The Score” isimli iletişim programları ile gençlere ve ailelere maddeyle ilgili bilgi ve tavsiyeler sunulmaktadır (EMCDDA Country Overviews, 2008).

İngiltere’nin hemen her yerinde, madde kullanımını önlemek, ulusal müfredatın bir parçasıdır ve çok sayıda okulun bir madde eğitim politikası ve madde ilintili olaylarla baş etmede yol haritaları vardır (EMCDDA Country Overviews, 2008).

Tedavi

Birleşik Krallık’ın pek çok bölgesinde -özellikle İngiltere’de- 4 kademeli bir tedavi sistemi bulunmaktadır ki; bu da tedavi sunumuna genel bir çerçeve kazandırmaktadır. Bu sisteme göre;

1. Kademe: Bilgilendirme, danışmanlık, tarama ve yönlendirme,
2. Kademe: Açık erişimli uygulamalar (uğrak yeri hizmeti gibi), bilgilendirme hizmetleri ve bazı zarar azaltıcı hizmetler (şırınga değişim programları gibi),
3. Kademe: Uzman topluluk girişimleri (yapılandırılmış gün programları, yapılandırılmış psikososyal girişimler, vb.)
4. Kademe: Yataklı hizmetler (detoksifikasyon ve rehabilitasyon hizmetleri)

Üçüncü kademedeki sunulan yapılandırılmış tedavi hizmetlerinin çoğu, ağırlıklı olarak “toplum temelli uzman madde tedavi Servisleri”nde sunulmaktadır.

Birleşik Krallıkta temel tedavi şekli “yerine koyma” tedavisidir. 2005 yılı verilerine göre İskoçya’da 19.227 kişi; 2006 yılı verilerine göre Kuzey İrlanda’da 463,

İngiltere’de 146.500 kişi yerine koyma tedavisi görmüştür (EMCDDA Country Overviews, 2008).

Birleşik Krallık’ın 2005-2006 yılı verilerine göre, ülkedeki toplam tedavi merkezi sayısı 1678’dir (1390 ayakta, 88 yataklı tedavi merkezi ve 200 genel tıbbi merkez). 2005-2006 yılında toplam 128.446 kişi tedaviye girmiştir (EMCDDA Country Overviews, 2008).

Zarar Azaltımı

Birleşik Krallıkta uygulanan zarar azaltıcı girişimler; madde kullanımıyla ilgili problemler, güvenli enjeksiyon ve güvenli cinsel ilişki konularında bilgilendirme kampanyaları, iğne değişim projeleri, enfeksiyon hastalıkları danışmanlığı, Hepatit B aşılması ve çeşitli tahlillerin ücretsiz yapılması gibi pek çok uygulamayı içermektedir (EMCDDA Country Overviews, 2008).

2008 yılı başlarında Birleşik Krallıkta, 2008-2018 yıllarını kapsayan “Maddeler: Aileleri ve Toplulukları Koruma” başlıklı ilaç stratejisi kabul edilmiştir. Bu kapsamlı strateji; kanunlar, önleme, tedavi, sosyal re-entegrasyon ve iletişim gibi alanları kapsamaktadır. Birleşik Krallık stratejisinin özelliği, ulusal politika ve programlar ile bunların yerel düzeyde Birleşik Krallık’ın her yerine ulaştırılması arasında güçlü bir bağlantı olmasıdır (EMCDDA Country Overviews, 2008).

4.1.2. ABD de Madde Kullanım Problemine Yönelik Sosyal Politikalar

Genç nüfusta daha yaygın olmak üzere toplumsal düzeyde ciddi boyutta “bağımlılık yapıcı madde kullanımı ve bağımlılık” problemi olan Amerika Birleşik Devletleri, bu durumla başa çıkabilmek için; hem devlet organizasyonu, hem de sivil toplum örgütleri düzeyinde çeşitli mücadele programlarını desteklemekte ve bu konudaki çalışmalar için önemli finansal destek sağlamaktadır (Suçin,2008; www.saglik.gov.tr).

Önleme

ABD’de, madde kullanımını önlemek amacıyla hazırlanmış; gençleri, aileleri ve öğretmenleri hedef alan çok çeşitli eğitim programları ve eğitici kaynak bulunmaktadır. “Madde Kötüye Kullanımına Direniş Programı” (Drug abuse Resistance

Program:/D.A.R.E.) bu eğitim programlarına bir örnek olarak verilebilir (Suçin, 2008; www.saglik.gov.tr; www.dare.com).

DARE, 1983 yılından bugüne faaliyet gösteren, ABD'deki tüm ilk ve ortaöğretim okullarının yaklaşık %75'inde ve 41 farklı ülkede yürürlükte olan, çocukların maddelerden uzak durmalarına yardımcı olacak beceriler kazanmalarını hedefleyen bir eğitim programıdır (www.dare.com).

Bu program kapsamında çocuklara eğlenceli ve interaktif yöntemlerle maddeler hakkında bilgi verilmekte; ayrıca çeşitli sosyal aktiviteler düzenlenmektedir (DARE Dans gibi).

Madde kullanımını önleyici girişimlere ek olarak, ABD'de madde kullanmaya henüz başlamış bireylere yönelik erken müdahale girişimleri de bulunmaktadır.

Federal Hükümet tarafından oluşturulan “Tarama, Kısmi Müdahale, Sevk ve Tedavi Programı” (Screening, Brief İntervention, Referral and Treatment /SBIRT) bugüne kadar 17 eyalette yürürlüğe konmuştur. Bu program kapsamında taranan hastalara duruma göre hemen müdahale edilmiş ya da bağımlılık tedavisine yönlendirilmiştir. Hastaların 6 aylık izlenmesi sonucunda “hemen müdahale” edilen hastaların madde kullanımında önemli derecede azalma kaydedildiği belirlenmiştir (Suçin, 2008; www.saglik.gov.tr)

Madde kullanımını ilk aşamada tespit ederek, probleme erkenden müdahale edebilmek amacıyla okullarda “Rastgele (Random) Öğrenci Uyuşturucu Testi” yapılmaktadır. Mahremiyete uygun olarak, habersiz-aniden yapılan bu testte amaç, madde kullanmaya başlamış öğrencilerin tespit edilerek danışmaya ya da gerekli görülmesi durumunda, tedaviye yönlendirilmeleridir (Suçin, 2008; www.saglik.gov.tr).

2008 yılında, Bu test programı için toplam 5,8 milyon dolar hibe edilmiştir (www.whitehousedrugpolicy.gov).

Tedavi ve Zarar Azaltımı

Madde kullanımı nedeniyle tedavi gereksinimi olan tüm vatandaşların tedavi hizmetlerine kolayca erişebilmeleri amacıyla Başkan Bush tarafından mevcut tedavi

hizmetlerini arttıran ve bağımlılıktan kurtulmaya yardımcı olan, isteğe dayalı yeni bir program uygulamaya konulmuştur (Suçin, 2008; www.saglik.gov.tr).

2008 yılında başlatılan “Tedaviye Erişim Programı/Access to Recovery/ATR” iyileşmeyi destekleme programları kadar, tamamlayıcı tedavi hizmetleri için hizmet alım kuponu da sağlamaktadır.

ATR programları, kaliteli madde bağımlılık tedavi klinikleri ve iyileşme desteği sağlayıcıları arasında seçim yapma olanağı sağlamaktadır. Ayrıca madde bağımlılığı tedavi kapasitesini arttırmakta ve bu tedavi kurumlarına erişim imkânını genişletmektedir.

1997 yılında kongre tarafından fon sağlanan “Uyuşturucudan Arındırılmış Topluluklar/ Drug Free Communities(DFC) Programı” ABD’nin tamamına dağılmıştır. ABD hükümeti bu kapsamda temel olarak yerel problemleri çözmeye odaklı 700’ün üzerinde uyuşturucudan arındırılmış topluluk koalisyonunu desteklemektedir. DFC, yerel düzeyde madde kullanım problemlerini tespit edebilmeleri ve çözüm üretebilmeleri için topluluklara gerekli fon desteğini sağlamaktadır. DFC koalisyonları, stratejik planlarının bir parçası olarak yerel düzeyde gençlerin madde kullanım bilgilerini toplamakta ve rapor etmektedirler (www.whitehousedrugpolicy.gov; Suçin, 2008; www.saglik.gov.tr).

DFC programı, Başkan Bush tarafında 2012 yılına kadar uzatılmıştır.

4.1.3. LONDRA Örneği

Londra Belediye’sinin çeşitli kurum ve kuruluşlarla işbirliği içinde gerçekleştirdiği madde kullanımını önleme, tedavi etme ve zarar azaltımına yönelik girişimler ana başlıklar halinde sunulmaktadır (www.cityoflondon.gov.uk).

-Hedef Kitle; Gençler

Bugünün gençlerinin, geleceğin problemli madde kullanıcılarına dönüşebileceği düşüncesiyle, “Şehir Madde Bağımlılığı Takımı” (The City Drug Addiction Team/DAT) şehirdeki gençlere yönelik pek çok saptırıcı (diversionary) aktivite ve eğitim programı düzenlemektedir.

Bu programlardan biri olan “2 Smart 4 Drugs” (Madde İçin Fazla Zeki) kapsamında, Londra’daki 5 okulun öğrencileri drama, spor, komedi, dans ve rol-play yoluyla madde ve alkol hakkındaki gerçekleri anlatmaya çalışmışlardır.

-Saptırıcı Eylemler

DAT, Londra’da yaşayan gençler için çeşitli ‘Saptırıcı Aktiviteler’ organize etmektedir ve gençleri aktivitelerle madde kullanımından uzak tutmak amacıyla gençlerin kurduğu futbol takımları, müzik grupları gibi aktivite girişimlerine sponsorluk yapmaktadır.

DAT aynı zamanda toplumun tümünü güçlendirmeye yönelik sosyal ve kültürel aktivitelerin organizasyon ve sponsorluğuna katkıda bulunmaktadır. Bu gibi aktiviteler, şehirdeki gençler tarafından DAT ve ortaklarının desteği ile organize edilmektedir. Örneğin, 2007 yılında, tek katlı bir otobüs DAT’ın sponsorluğunda düzenlenerek bir mobil gençlik tesisine dönüştürülmüştür.

DAT, Londra polisi ile birlikte şehirdeki tüm okullarda (hem ilkokul, hem ortaokul) ulusal standartlara uygun kalitede bir madde eğitimi verilmesini sağlamak üzere çalışmaktadır.

DAT, sadece madde kullanımı ile ilgili değil, madde ile ilgili suçları ve toplum üzerindeki zararlarını azaltıcı girişimlere de katılmaktadır. DAT bu bağlamda, yeni kapı kilit sistemleri, küçük çocuklar için yeni bir oyun alanı ve CCTV(kapalı devre güvenlik sistemi) gibi pek çok suç önleyici girişime imza atmıştır. Tüm bu girişimleri gerçekleştirmede DAT, ortakları ve yerel topluluk arasında güçlü bir ilişki vardır.

-Tedavi

DAT, uzman hemşireler tarafından (eğer bir ruh sağlığı problemi de varsa bir psikiyatrist) danışmanlık ve destek, zarar azaltıcı öneriler, hizmet alan bireyin yakınlarına yönelik öneri ve destek sunma gibi hizmetler veren ‘Londra Madde Danışma Servisi’ni desteklemektedir. DAT aynı zamanda, şehir içinde ve eğer gerekliyse şehir dışındaki tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerine ulaşacak maddi gücü olmayan bireylere –yardım kuruluşları ile birlikte- yardım etmektedir. Bunlara ek

olarak, şehirde DAT tarafından finanse edilen 2 adet iğne değişim odası da bulunmaktadır(www.cityoflondon.gov.uk).

4.2. Türkiye’de Madde Bağımlılığının Önlenmesine Yönelik Sosyal Politikalar

Türkiye’de madde bağımlılığına yönelik politikalar; genel ve yerel yapılanma ve yasal düzenlemelerle, maddenin arz ve talebine karşı mücadele ile madde bağımlısı bireylerin tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin ardından topluma yeniden kazandırılmaları için gerekli olan çalışmaları içine almaktadır. Madde bağımlılığı ile mücadele sürecine hizmet edecek ulusal ve uluslararası işbirliği çalışmaları da ulusal politikamız kapsamındadır. Bu konuyu ayrıntılı olarak ele alabilmek için öncelikle madde bağımlılığı ile mücadeleye yönelik mevcut yasal, kurumsal yapılanmaya değinmek gerekmektedir.

4.2.1. Yasal Yapılanma

Madde bağımlılığı ve madde bağımlılığı ile mücadele konusunda Anayasamızın 58’inci maddesinde, “Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır”, denilmektedir. Anayasanın bu hükmü ile gençlerin sigara, alkol, uyuşturucu/uçucu maddeler ve kumar gibi tehlikelere karşı korunmaları, devletin bir görevi olarak kabul edilmiştir.

Türkiye, uyuşturucu kaçakçılığı ile mücadelede bölgenin önde gelen ülkelerinden biridir. Türkiye yürürlükteki uluslararası uyuşturucu antlaşmalarına tamamen uymakta BM (Birleşmiş Milletler) ve AB (Avrupa Birliği) karar ve tavsiyelerini dikkatle uygulamaktadır.

Türkiye’de bağımlılık yapıcı maddeler ile mücadele aşağıda sıralanan mevzuat çerçevesinde sürdürülmektedir.

- 2313 Sayılı Uyuşturucu Maddelerin Murakabesi Hakkında Kanun,
- 2559 Sayılı Polis Vazife ve Selahiyet Kanunu,
- 2803 Sayılı Jandarma Teşkilat Görev ve Yetkileri Kanunu,
- 2954 Sayılı Türkiye Radyo ve Televizyon Kanunu,

- 3201 Sayılı Emniyet Teşkilatı Kanunu,
- 3298 Sayılı Uyuşturucu Maddelerle ilgili Kanun, 88/12850 Sayılı yönetmelik
- 4207 Sayılı Tütün Mamullerinin Zararlarının Önlenmesine Dair Kanun,
- 5607 Sayılı Kaçakçılıkla Mücadele Kanunu,
- 5237 Sayılı Türk Ceza Kanunu,
- 5271 Sayılı Ceza Muhakemesi Kanunu,
- 5326 Sayılı Kabahatler Kanunu,
- 5402 Sayılı Denetimli Serbestlik ve Yardım Mrk., Koruma Kurulları Kanunu
- 5549 Sayılı Suç Gelirlerinin Aklanmasının Önlenmesi Hakkında Kanun,
- 6197 Sayılı Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Kanun,
- Çocuk Koruma Kanunu'na Göre Verilen Koruyucu ve Destekleyici Tedbir Kararlarının Uygulanması Hakkında Yönetmelik
- Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezleri, Koruma Kurulları Yönetmeliği,
- Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği,
- İthalat Rejimi ve Dış Ticarete Standardizasyon Tebliği,
- Madde Bağımlılığı Merkezlerinde Görev Yapacak Personelin Eğitime ve Sertifikalandırılmasına Dair Tebliğ.

Mevzuat kurumsal yapılanmanın yanı sıra yasal haşhaş ve kenevir ekiminin kontrolü, kontrole tabi madde ve müstahzarların yasal ticareti, madde imalinde sıkça kullanılan veya kullanılma olasılığı olan kimyasal maddelerin kontrolü gibi konuları da düzenlemektedir (REITOX, 2007).

Madde ve madde bağımlılığı ile etkin bir şekilde mücadele için ilgili tüm kurum ve kuruluşların koordineli ve eş zamanlı hareket ederek; koruyucu, önleyici ve rehabilite edici çalışmalarını sistemci, bütüncül, disiplinler arası, çok sektörlü, karşılıklı iletişime dayanan bir yapıda ele alınması gerekmektedir.

4.2.2. Kurumsal Yapılanma

Talep Azaltımı Alanında Kurumsal Yapılanma, Arz İle Mücadele Alanında Kurumsal Yapılanma ve Tedavi ve Rehabilitasyon Alanında Kurumsal Yapılanma olmak üzere üç başlık altında ele alınacaktır.

4.2.2.1. Talep Azaltımı Alanında Kurumsal Yapılanma

Tablo-5: Türkiye’de Talep Azaltımı Konusunda Faaliyet Gösteren Kurumlar

MERKEZ TEŞKİLATI	TAŞRA TEŞKİLATI
Adalet Bakanlığı (CTE Denetimli Serbestlik ve Yardım Hiz. Daire Başkanlığı)	133 Denetimli Serbestlik ve Yardım Hizmetleri Şube Müdürlüğü
Milli Eğitim Bakanlığı (Özel Eğitim Rehberlik ve Danışma Hizmetleri Genel Müdürlüğü)	81 İl Milli Eğitim Müdürlüğü ve Bağlı Birimler, 176 Rehberlik Araştırma Merkezi ve Rehberlik Bürosu
Sağlık Bakanlığı	81 İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler
İçişleri Bakanlığı (Emniyet Genel Müdürlüğü/KOM Daire Başkanlığı /TUBİM)	81 İl Emniyet Müdürlüğü, TUBİM İl Temas Noktaları
Gençlik ve Spor Genel Müdürlüğü	81 İl Gençlik ve Spor Müdürlükleri ve Bağlı Birimler, İl Gençlik Merkezleri
Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu Genel Müdürlüğü	81 İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü ve Bağlı Birimler
Diyanet İşleri Başkanlığı	81 İl Müftülüğü ve Bağlı Birimler
Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü	(Taşra teşkilatı yoktur)
Türkiye Radyo ve Televizyon Kurumu Genel Müdürlüğü	TRT Bölge Müdürlükleri ve Bağlı Birimler
Radyo Televizyon Üst Kurulu Başkanlığı	Beş Bölge Müdürlüğü
Yükseköğretim Kurumu Başkanlığı	Üniversiteler

Kaynak: www.tubim.gov.tr, 2009.

4.2.2.2. Arz İle Mücadele Alanında Kurumsal Yapılanma

Tablo-6: Arz ile mücadele konusunda faaliyet gösteren kurumlar

MERKEZ TEŞKİLATI	TAŞRA TEŞKİLATI
İçişleri Bakanlığı (Emniyet Genel Müd./KOM Daire Başk)	81 İl Emniyet Müdürlüğü, KOM Şube Müdürlükleri
İçişleri Bakanlığı (Jandarma Genel Komutanlığı /KOM Daire Başkanlığı)	81 İl Jandarma Komutanlığı, KOM Şube Müdürlükleri
İçişleri Bakanlığı (Sahil Güvenlik Komutanlığı)	Dört Bölge Komutanlığı
Gümrük Müsteşarlığı (Gümrük Muhafaza Genel Müdürlüğü)	18 adet Gümrük ve Muhafaza Baş Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Narkotik Gümrük ve Muhafaza Bölge Amirlikleri
Sağlık Bakanlığı (İlaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü)	81 İl Sağlık Müdürlüğü ve Bağlı Birimler
Tarım ve Köy İşleri Bakanlığı	81 İlin, Tarım İl Müdürlüğü ve Bağlı Birimler
TAPDK (Tütün ve Alkol Piyasası Denetleme Kurulu)	(Taşra teşkilatı yoktur)

Kaynak: www.tubim.gov.tr, 2009.

4.2.2.3. Tedavi ve Rehabilitasyon Alanında Kurumsal Yapılanma

Resmi kurumların yanı sıra, bazı yerel yönetimlerin ve sivil toplum kuruluşlarının madde kullanımı ile mücadele alanında önleyici hizmetleri bulunmaktadır.

Türkiye’de madde bağımlılığı tedavisi, Sağlık Bakanlığı’na bağlı 11 ayrı madde bağımlılığı tedavi merkezinin yanında, Ankara, Gazi, İstanbul, Ege ve Dokuz Eylül Üniversiteleri Tıp Fakülteleri ile İstanbul ilinde mevcut bir Özel Hastane (Balıklı Rum Hastanesi) bünyesinde yapılmaktadır. Ayrıca Ege Üniversitesi Çocuk ve Ergen Alkol, Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (EGEBAM) ve Akdeniz Üniversitesi Bağımlılık Araştırma ve Uygulama Merkezi (AKDENİZBAM) olmak üzere Toplam 19 adet tedavi merkezi vardır ve toplam yatak kapasitesi 2008 yılında

dönem için 469 (2007 yılında 517) dir. Ayrıca, İstanbul Maltepe Üniversitesi bünyesinde 2009 yılında bir adet madde bağımlılığı tedavi merkezi açılması planlanmaktadır. Mevcut 19 tedavi merkezinde toplam 425 adet personel görev yapmaktadır. Tedavinin usul ve esaslarına ilişkin “Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezleri Yönetmeliği” 2004 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanarak yürürlüğe girmiştir.

Madde ile ilişkili suçlar nedeniyle cezası kesinleşen bireylerin topluma kazandırılmaları amacıyla, 2005 yılında Ceza ve Tevkif evleri Genel Müdürlüğü’ne bağlı Denetimli Serbestlik ve Yardım Hizmetlerinden Sorumlu Daire Başkanlığı kurulmuştur. Bugün itibariyle, toplam **133** Denetimli Serbestlik ve Yardım Merkezi Şube Müdürlüğü hizmet vermektedir.

Tablo-7: Yıllara göre uyuşturucudan dolayı; Hükümlü, Tutuklu, Hükmen Tutuklu ve Toplam sayıya bakacak olursak;

YILLAR	HÜKÜMLÜ	TUTUKLU	H.TUTUKLU	TOPLAM
2005	1326	2474	325	4125
2006	1816	5492	1012	8320
2007	2638	6476	1419	10533
2008	3754	7556	1970	13280

Kaynak: www.adalet.gov.tr, 2009.

Uyuşturucu suçundan ceza ve infaz kurumlarında bulunanların sayısında son 10 yıldır artış göze çarpıyor. 2008 yılı itibariyle Ceza ve infaz kurumlarında bulunan 94 bin 277 hükümlü ve tutuklunun 13 bin 280’i uyuşturucu suçundan hapiste yatmaktadır ki buda cezaevlerinde ki toplam mahkûm sayısının yaklaşık %15’i etmektedir. Ayrıca tabloda dikkat çeken bir diğer husus ise; 2005-2008 döneminde uyuşturucu suçundaki artış %300 seviyesine ulaşmıştır.Bu sayının 12 bin 866’sı erkek ve 414’ü kadındır(www.adalet.gov.tr, Uluslararası Denetimli Serbestlik Hizmetlerinde Madde Bağımlılığı Tedavisi Konferansı, 09-10 Ekim 2008, Ankara)

Türkiye’de madde bağımlılığı ile mücadele etmek amacıyla kurumlar arası (Sağlık Bakanlığı, Adalet Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, İçişleri Bakanlığı) işbirliği ve

koordinasyonu ile çeşitli çalışmalar yapılmaktadır. Ancak madde bağımlılığı ile mücadeleye yönelik kapsamlı girişimler henüz başlangıç aşamasındadır. Bununla birlikte, madde bağımlılarına yönelik rehabilitasyon hizmeti veren kuruluşlar yok denecek kadar azdır (en kapsamlı olan ise 2009 yılında faaliyete geçecek olan Ankara Büyükşehir Belediyesine ait rehabilitasyon merkezidir, Rize ve Diyarbakır da kurulu bulunan rehabilitasyon merkezleri bir binanın dairesi şeklindedir ve dolayısıyla rehabilitasyonun temel amacından uzaktır). Kaldı ki; Ülkemizde yaklaşık 150 bin kişinin madde bağımlısı olduğu düşünülürse madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonu öncesi tıbbi tedavilerine yönelik hizmet veren kuruluşların dahi sayısı ve kapasitesi halen yetersizdir.

2007-2009 yıllarını kapsayan 1. Ulusal eylem Planı, Bağımlılık Yapıcı maddeler ve Bağımlılık İle Mücadelede Ulusal Politika ve Strateji Belgesi'ne paralel olarak hazırlanmıştır.

Bu eylem planı ile AB müktesebatı ve uygulama standartlarına uygun, AB Uyuşturucu Stratejisi ve Eylem Planına da uyumlu olarak ulusal düzeyde, fakat uluslar arası etkinliği olan, madde kaçakçılığı ve kullanımını önleme ve koruma tedbirleri ile madde bağımlılığının tedavi, rehabilitasyon ve topluma yeniden kazandırma yönlerini kapsayan, madde ve madde bağımlılığı ile mücadelenin planlanması amaçlanmaktadır. Bunlara ek olarak, Türkiye, uyuşturucu madde bağımlılığı kapsamında Uluslararası Kurumlar ile etkin işbirliği içindedir.

4.2.3. TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi)

Bağımlılık yapıcı maddeler ve madde kullanımı ile mücadele, günümüzde çözüm bekleyen öncelikli sorunlardandır. Bu sorun, yapısı gereği çok taraflı ve koordineli bir mücadeleyi zorunlu kılmaktadır. Madde kullanımı ve bağımlılığı ile ilgili çalışan kurum ve kuruluşların arasındaki koordinasyonu sağlayan ilk kurumsal yapılanmaya 1997 yılında rastlanılmaktadır. Milli Güvenlik Kurulu'nun 26.04.1996 tarih ve 393 sayılı tavsiye kararı ve Bakanlar Kurulunun 25.07.1997 tarih ve 97/9700 sayılı kararı ile Aile Araştırma Kurumu bünyesinde "Uyuşturucu Madde Kullanımı ile Mücadele Takip ve Yönlendirme Üst Kurulu" ile "Uyuşturucu Madde Kullanımı ile Mücadele Takip ve Yönlendirme Alt Kurulu" oluşturulmuştur. 2000 yılında, bu kurumsal

yapılanma, Türkiye'nin AB üyeliği sürecine paralel, AB boyutuna da taşınması gündeme getirilmiştir.

Avrupa Birliği tarafından, AB üyesi ve aday ülkelerde uyuşturucu madde kaçakçılığı, madde kullanımı ve bağımlılığı ile bunların sonuçları hakkında karşılaştırılabilir, güvenilir ve objektif bilgi toplaması, analizi ve kullanımı amacıyla EMCDDA (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) 1993 yılında kurulmuştur. Türkiye'nin EMCDDA'ye katılımı için Ekim 2000 tarihinde o dönemin hükümeti AB Komisyonuna başvuruda bulunmuştur. Bunun üzerine, Uyuşturucu Madde Kullanımı ile Mücadele Takip ve Yönlendirme Alt Kurulu'nun 26.06.2001 tarihinde yapılan 50. toplantısında, EMCDDA'nın üye ülkelerde belirlenmesini öngördüğü “Ulusal Temas Noktası” görevinin Türkiye adına o tarihte Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu tarafından yerine getirilmesine karar verilmiştir.

EMCDDA yetkilerden oluşan bir heyet, Aile Araştırma Kurumu'nun faaliyetleri ve muhtemel bir proje için teknik yardım hakkında bilgi vermek, EMCDDA'nın faaliyetlerine Türkiye'nin katılım kapasitesinin teknik açıdan değerlendirilmesini yapmak amacı ile 2001 yılında ülkemizi ziyaret etmişlerdir.

Aile Araştırma Kurumu Başkanlığının teknik, personel ve mali açıdan bu görevi üstlenmesini teminen, gereken düzeye getirmek amacı ile ivedi olarak kuruluş yasasının çıkarılmasının beklenmesi veya katılım çalışmalarının ara verilmeden sürdürülmesi için farklı bir kurumun belirlenmesi gündeme gelmiştir. Bu kez, Temas Noktası olarak, uyuşturucu maddeler ile mücadelede ülkemizin en önemli kurumu olan, İçişleri Bakanlığı, EGM (Emniyet Genel Müdürlüğü), Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele (KOM) Daire Başkanlığı üzerinde durulmuştur. EMCDDA'nın istediği ölçekte uluslararası standartlarda veri sağlama kapasitesi bulunan, yurt çapında örgütlenmesini en iyi şekilde tamamlamış KOM Daire Başkanlığı'nın bünyesinde yer alan, teknik ve personel ve diğer koşullar açısından ideal bir ortam yaratan TADOC (Türkiye Uluslararası Uyuşturucu ve Organize Suçlarla Mücadele Akademisi), üzerinde fikir birliğine varılmıştır.

Dışişleri Bakanlığı da KOM Daire Başkanlığı'nın yerinde bir tercih olacağını belirtmiş, 16.05.2002 Başbakanlık Makamının yetkilendirmesi ile EGM-KOM Daire Başkanlığı-TADOC, EMCDDA Ulusal Temas Noktası olarak belirlenmiştir.

Başbakanlık Makamı tarafından yetkilendirilmeyi takiben, ulusal temas noktasının işlevsel olarak kurulması ve EMCDDA çalışmalarına uyumu için bir AB eşleştirme projesi hazırlanmıştır. Türkiye ile İspanya ve Yunanistan arasında gerçekleştirilen bu proje, 2004–2006 yılları arasında başarı ile tamamlanmıştır. Böylece, TUBİM (Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) işlevsel bir Ulusal Temas Noktası olarak, KOM Daire Başkanlığı'na bağlı olarak kurulmuş ve faaliyetlerine devam etmektedir.

Uzun zamandır, gerek ulusal yönden, gerekse uluslararası açıdan eksikliği ciddi eleştirilere neden olan “ulusal uyuşturucu stratejisi”nin hazırlanması, TUBİM'in daha kuruluş yıllarında gerçekleştirdiği en önemli hizmetlerden biridir. TUBİM tarafından, ilgili tüm kurumların katkıları ile hazırlanan ve 2006–2012 yıllarını kapsayan “Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılıkla Mücadelede Ulusal Politika ve Strateji Belgesi” 20.11.2006 tarihinde Başbakanlık Makamı tarafından onaylanarak yürürlüğe girmiştir. Strateji Belgesi'ne paralel olarak I. Ulusal Eylem Planı 2007 yılında hazırlanarak Başbakanlık Makamına imzaya sunulmuştur. Ülkemizin EMCDDA katılımına ilişkin başvurusu AB ile Türkiye arasında bir uluslararası anlaşmayı gündeme getirmiştir.

Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı Avrupa İzleme Merkezinin Çalışmalarına Türkiye Cumhuriyeti'nin Katılımı ile ilgili olarak Avrupa Topluluğu ve Türkiye Cumhuriyeti arasında yapılan uluslararası anlaşma, 26.08.2004 tarihinde Ülkemiz ve EMCDDA tarafından parafe edilmiş ve 10–11 Ekim 2006 tarihinde Avrupa Parlamentosunca kabul edilerek Konseye sunulmasına karar verilmiştir.

Anlaşmanın imzalanmasını uygun gören karar, 5 Haziran 2007 tarihli ECOFIN (AB Ekonomi ve Mali Bakanları) Konseyi'nde kabul edilmiştir. Bu anlaşmanın ECOFIN tarafından kabulü ile birlikte, ülkemizin EMCDDA Bilim Komitesine üyelik için aday göstermesi ve EMCDDA Yönetim Kuruluna Asil Üyeliği yürürlüğe girmiştir

Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı Avrupa İzleme Merkezinin Çalışmalarına Türkiye Cumhuriyeti'nin Katılımı ile ilgili olarak Avrupa Topluluğu ve Türkiye Cumhuriyeti arasında yapılan uluslararası anlaşma 30 Ekim 2007 tarihinde taraflarca imzalanarak yürürlüğü girmiştir.

Emniyet Genel Müdürlüğünün merkez teşkilatında şube müdürlüğü kurulması yönünde Devlet Planlama Teşkilatı Müsteşarlığı ile Devlet Personel Başkanlığının görüşlerine dayanan İçişleri Bakanlığının 3.9.2008 tarihli ve 150033 sayılı yazısı üzerine, 27.9.1984 tarihli ve 3046 sayılı Kanunun 16. maddesinin (b) bendine göre, Bakanlar Kurulu'nca 15.9.2008 tarihinde kararlaştırılmıştır. Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi 08 Ekim 2008 tarih ve 27018 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan 2008 / 14163 sayılı Bakanlar kurulu kararı ile Şube Müdürlüğü olmuştur.

Uyuşturucu madde kaçakçılığı alanında maddelerin ülkemiz üzerinden trafiğinde ve ülke içi kullanımı ile mücadelesinde en üst seviyede polisiye mücadele sürdürülmektedir. Bu etkin mücadele ile kolluk birimleri rekor seviyede yakalamalar yapmakta ve suç örgütlerine ağır darbeler vurmaktadırlar. Bununla yetinmeyen Emniyet Genel Müdürlüğü, suçu önleme yetkisine dayanarak, madde kullanma açısından risk grubu oluşturan kitlenin maddeden uzak kalması açısından önemli çalışmalar yapmaktadır. 81 il ve 31 ilçede yapılanması bulunan TUBİM irtibat görevlileri aracılığı ile Türkiye genelinde farkındalık arttırıcı etkinlikler düzenlemektedir.

TUBİM, madde ve bağımlılığı ile mücadele kapsamında çok yönlü ve kapsamlı stratejisini, bireyi maddeden uzaklaştırma (Talep Azaltımı), maddeyi bireyden uzaklaştırma (Arz Azaltımı) faaliyetlerini, kurumsal ve il temas noktalarının katkısı ve eşgüdümü ile sürdürmektedir. TUBİM'in kurulmasından sonra kullanımla mücadele büyük bir hız kazanmış, polisiye tedbirlerden, eğitim ve tedaviye kadar geniş bir yelpazede faaliyetler artarak devam etmektedir. Ayrıca TUBİM bünyesinde görev alan sosyolog, sosyal çalışmacı ve tıp doktorları ile madde bağımlılığının tedavi süreci ile alakalı çalışmalar yapılmaktadır.

Madde kullanımı ile mücadele konusunda il birimlerinin yapmış olduğu her tür çalışmaya onay vermek üzere TADOC/TUBİM bünyesinde bilim kurulu kurulmuş ve yapılan faaliyetlere destek vermektedir (TUBİM 2008 Yıllık Raporu).

BÖLÜM 5: MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARINA YÖNELİK SOSYAL REHABİLİTASYON UYGULAMALARI VE ÖRNEK PROJE

5.1. Uygulamalar, Alternatif Çözümler ve Terapiler

Sosyal rehabilitasyonun amacı kişilerin sağlıklı bir mesleki ve toplumsal işlev düzeyine erişmelerine yardım etmektir. Sosyal rehabilitasyon, kişinin daha nitelikli yaşamasına, toplumsal yaşama entegre olmasına ve sosyal statüsünü yeniden kazanmasına yardım etmek üzere yapılan bir dizi etkinliktir. Sosyal rehabilitasyon, fiziksel, zihinsel, psikolojik ve profesyonel becerilerin rehabilitasyonunu içermektedir.

Sosyal rehabilitasyon kavramı altında madde bağımlılarına fiziksel çevre, konut, ulaşım, sosyal ve sağlık hizmetleri, eğitim ve iş imkanları, kültürel, sportif, dinlenme vb. gibi sosyal yaşama ilişkin her tür faaliyetlere katılımı fırsat eşitliği sağlanması amaçlanmaktadır.

Sosyal rehabilitasyonun gerçekleştirilmesi için teknik yardım gereklidir. tıbbi ve sosyal rehabilitasyon uygulamalarının sonucunda mesleki rehabilitasyona geçiş olmaktadır.

Madde kullanım problemi olan özellikle ergenlik dönemindeki bireylerin tedavi ve rehabilitasyonuna yönelik özellikle gelişmiş ülkelerde (ABD, İngiltere, Almanya vb.), çok çeşitli alternatifler sunulmaktadır. Tedavi ve rehabilitasyon sürecinin bir arada ya da ayrı ayrı sunulduğu kurumlar bulunmaktadır. Birey, tüm tedavi ve rehabilitasyon sürecini bir kurumda tamamlayabildiği gibi; bu süreçleri farklı kurumlarda da geçirebilmektedir. Ancak, kurumlar arası iletişim ve koordinasyon mevcuttur.

Tüm bu programlardan farklı olarak, günlük aktivite grupları da sunulan hizmetler arasındadır.

Verilen tedavi ve rehabilitasyon hizmetleri, doğrudan devlet eliyle ya da devlet denetimindeki özel kuruluşlar, yerel yönetimler veya kar amacı gütmeyen gönüllü kuruluşlar (sivil toplum kuruluşları) aracılığıyla sunulabilmektedir. Bu kuruluşların mali kaynağı yerel yönetimler ve vakıflardır.

Gelişmiş ülkelerde yapılan geniş çaplı istatistiksel çalışmalar ve araştırmalar, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerinin sunumuna yön vermektedir.

Ülkemize baktığımızda aynı olumlu tabloyu sunmak ne yazık ki, mümkün değildir. Madde kullanım problemi olan bireylere tedavi hizmeti veren kuruluşların sayı ve kapasiteleri mevcut ihtiyaca cevap veremeyecek niteliktedir. ABD Dışişleri Bakanlığı'nca hazırlanan Uluslararası Narkotik Kontrol Strateji Raporu (2007)'nda, yetersiz mali kaynak nedeniyle 7 AMATEM Kliniğinden sadece birinin tedavinin yanı sıra önleyici faaliyetlere odaklanabildiği ve Sağlık Bakanlığı'nca, 1995 yılından beri madde kullanımına yönelik herhangi bir araştırma, anket çalışması yapılmadığı belirtilmiştir. Mevcut tedavi merkezlerinin yetersizliği konusuna, Meclis Uyuşturucu ve Kaçakçılığı Araştırma Komisyonu'nun hazırladığı raporda (2008) da değinilmiştir.

Yapılan araştırmalar, özellikle Psikososyal tedavi yaklaşımlarının etkili olabilmesi için öncesinde en az üç ay klinik tedavinin sürmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Ancak, ülkemizdeki merkezlerde bu süre 14-28 gün arasında değişmektedir (Yeşilay Haftası Raporu, 2007; Çakmak, 2001; Hürriyet, 23 Mayıs 2008).

Madde kullanım bozukluklarının çok boyutlu olması nedeniyle, mücadelenin tüm aşamalarında multidisipliner bir yaklaşımın hakim olması gerektiği düşüncesi kabul görmektedir. Bu nedenle, sağlık profesyonelleri (doktorlar, hemşireler, psikologlar), sosyal hizmet uzmanları, sosyal pedagoglar, iş ve uğraşı terapistleri gibi pek çok profesyonel, ekip halinde çalışmaktadır. Ancak, ülkemizde konuyla ilgili hizmet veren tedavi kuruluşlarında sadece sağlık profesyonelleri ve sosyal hizmet uzmanları görev almaktadır. Ülkemizde ne yazık ki, sosyal pedagog ve uğraşı terapisti bulunmamaktadır. Ayrıca, 2000 li yıllara kadar sosyal hizmet uzmanı yetiştiren sadece 1 üniversite bulunmaktayken 2009 yılı itibarıyla 6 üniversite bu alanda eğitim vermektedir. 2008 yılı itibarıyla toplam yıllık kontenjan sayısı 385 dir ve bu sayı da ihtiyaca cevap verememektedir (Ensari, 2008; www.osym.gov.tr/ sosyal hizmetler).

Ülkemizde, madde kullanım bozukluğu olan bireylere tedavi hizmeti sunan kuruluşlardaki tüm bu çıkmazlar, tedavinin etkinliğini azaltmakta, bireyler tekrar madde kullanımına dönmekte ve tedavi merkezlerine yeniden başvurumaktadırlar.

2000 yılında AMATEM'e başvuran 12329 olgudan 1849'unun ilk kez başvurduğu belirlenmiştir. Buna göre, 10480 kişi en azından ikinci kez kliniğe gelmiştir (Çakmak, 2001).

TUBİM verilerine göre 2004 yılında yatarak tedavi gören 1427 olgunun 784'ü; 2005 yılında ise 2078 olgunun 1091'i daha önce yatarak tedavi olmuş kişilerdir. 2007 yılında yatarak tedavi görenlerin ise %42,4'ü daha önce tedavi görmüştür. Bu veriler, madde bağımlılığı tedavisindeki kısır döngüyü ve klasik yöntemin yetersizliğini açıkça ortaya koymaktadır (TUBİM ulusal raporu, 2008)

Ülkemizde fiziksel ve zihinsel özürlü vatandaşlarımıza hizmet vermek üzere, devlet denetiminde faaliyet gösteren çok sayıda özel eğitim ve rehabilitasyon merkezi açılmıştır. Bu merkezlerden yararlanan vatandaşların masraflarını karşılamak üzere ödenek ayrılmıştır. Bu sevindirici gelişmeye karşın, ne yazık ki, madde kullanım problemi ya da psikiyatrik herhangi bir hastalığı olan ruhsal yönden “özürlü” (disable) ve dezavantajlı bir grup olan madde bağımlılarına sosyal rehabilitasyon hizmetlerini tam anlamıyla sunan bir kuruluş henüz bulunmamaktadır (Psikiyatrik Rehabilitasyon Çalıştayı, 2008; Yıldız, 2008).

Hastane ya da tıbbi tedavi merkezinin dışında yer alan, ancak koordineli olarak faaliyet gösteren rehabilitasyon merkezlerine gereksinim duyulduğu değerli pek çok akademisyen ve klinisyen tarafından dile getirilmektedir (Psikiyatrik Rehabilitasyon Çalıştayı, 2008).

Meclis Uyuşturucu ve Kaçakçılığı Araştırma Komisyonu'nun sunduğu raporda (2008) da tedavi, rehabilitasyon merkezleri ve gençlik evlerine gereksinim olduğu; mesleki rehabilitasyon sonrası, gençlere iş olanağı sağlamak üzere yasal düzenlemeler yapılması ve özel sektörün teşvik edilmesi gerektiği; rehabilitasyon sonrası ailelerine döndürülen çocukların mutlaka izlenmesi ve değerlendirilmesi, sosyal güvencesi olmayanların tedavi ve rehabilitasyon masraflarının devlet eliyle karşılanması gerektiği konularına yer verilmiştir.

Türkiye'de madde bağımlılığı tedavisinin bu amaçla açılacak yataklı tedavi kurumlarında yapılması ve madde bağımlılığına temel yaklaşım olarak yataklı tedavi öngörülmesine rağmen son yıllarda yaşanan yoğunluktan dolayı merkezlerde ağırlıklı

olarak ayakta tedavi ile birlikte psikososyal teknikler yoğun olarak uygulanmaya başlanmıştır.

Tedavi sonrası remisyona(hastalık belirtilerinin sönmesi) girenlerin tekrar madde bağımlısı/kullanıcısı konumuna geçmemeleri için sosyal destek programlarının da devreye sokulması anlayışı, kamuoyunda kabul görmektedir. Devam eden süreçte bağımlılık tedavisi sonrası eğitim, iş edindirme gibi alanlarda projelerin artması beklenmektedir (TUBİM Türkiye Ulusal Raporu, 2007:46).

5.1.1. Meşguliyet Terapileri (Ergoterapi)

Meşguliyet terapileri boş zaman etkinlikleri olarak tanzim edilir. Yoğun madde alma düşünceleriyle meşgul olunmasını engelleme ve moral takviyesi için uygulanırlar. Kişiye uygun aktivitelerden boyama, heykelcik veya süs eşyası yapma, küçük atölye araçları sayesinde oyma ve ahşap eşya yapma v.b gibi etkinliklerdir. Hastanede yatan bireyler için bir ergoterapi uzmanının kontrolünde her gün 1 saatlik seanslar uygulanır. Bazı ölçekler vasıtasıyla performansları ölçülür. Bu meşguliyet faaliyetlerinin hastane sonrasında da sürdürülmesi için planlar yapılır.

5.1.2. Sanat Terapileri

Ebru, resim, heykel gibi sanatlara yatkınlığı olan madde bağımlısı bireyler bir sanatterapisti tarafından en az haftada 2 saatlik seanslara alınır. Bu seanslarla bir yandan kişinin iç dünyasında yaşadığı karmaşalar, çelişkiler, çatışmalar tespit edilirken öte yandan rehabilitasyon ve rahatlama imkanı yaratılmaya çalışılır.

5.1.3. Müzik Terapi (müzikle tedavi)

Öncelikle müzik terapinin madde kullanımı olanlarda ne gibi etkinliklerinin olduğu ve bu konuda ne gibi araştırmaların yapıldığına bakmak gerekmektedir.

Müzikal etkinlikler kişilerin maddeyi bırakamayacakları, bırakırlarsa mutlu olamayacakları şeklinde saplantılarının çözümünde çok etkili olmaktadır. Madde bağımlısı kadınlar üzerinde yapılan bir çalışmada dans terapisinin tedavi ve rehabilitasyon açısından faydalı olduğu kanıtlanmıştır. Dansın kendine güveni artırıcı etkisinin olduğu tespit edilmiş, bunun da, kişilerin maddeyle mücadelelerinde daha güçlü olmalarına fırsat verdiği düşünülmüştür. 1983 yılında yapılan bir diğer

çalışmayla, müzikle tedavinin bağımlılıkla yüzleşme, tahammül etme, içe çekilme ve yetersizlik korkusunda azalma, uyumlulukta artma için bir çözüm yolu sunduğu ortaya koyulmuştur.

Madde bağımlılarında bir diğer önemli konu ise motivasyonun ve tedaviye uyumun sıklıkla tehlikeye girmesidir. Uzun bir süreç olan madde tedavisinde zaman içinde kişide bireysel terapi, grup terapisi, ilaç ve yeni bir çevrede bulunma girişimlerine karşı direnç gelişmektedir. Bu direnç dönemlerini başarıyla atlatabilen kişiler maddeyi bırakmaya muvaffak olabilmektedirler. İşte müzikle tedavi, bu durumlarda güçlü bir tedavi yaklaşımı olabilmektedir. 1992 yılında Heany adlı araştırmacının yaptığı bir çalışma göstermiştir ki, “madde bağımlılığında müzik ve sanat terapisi yaklaşımları, bireysel terapi, grup terapisi, ilaç ve yeni bir çevrede bulunma gibi diğer girişimlerinden daha zevkli ve bir o kadar da etkili olduğu” tespit edilmiştir. Ayrıca bu tedavi yöntemlerine devam edilmesinin motivasyonu artırıcı olduğu belirlenmiştir. Bu türden aktivitelerin alkol içme davranışını da etkilediği ve alkol tüketimini %30 azalttığı gözlenmiştir.

Madde bağımlılığında en önemli konu tekrar madde alımının, yani nükslerin çok sık olmasıdır. Tedavi edilebilen kişiler bile birçok tekrar alım teşebbüsünden sonra maddeyi bırakabilmişlerdir. Nükslerde en büyük etkenler; kişinin maddeyle karşılaşmadan önce yeterince hazırlıklı olamaması, yoğunlaşamaması, bu durumlarda neler yapabileceği konusunda iyi eğitilmemiş olması ve gerekli sosyal düzenlemenin yapılamamış olmasıdır. Müzikle tedavi sayesinde beceri elde edilmesi, destek ağı oluşturulması ve kendine güven gibi özel konulara odaklanıp yoğunlaşma sağlanması mümkün olmaktadır. Böylece madde ile karşılaşıldığında ortaya çıkacak zorlukların giderilmesi için, çok yönlü ve uyum sağlayıcı bir tedavi imkânı sağlanmaktadır. Müzikle tedavi, madde kullanımı için uygulanan hastane tedavisi ve rehabilitasyon programının ardından, kişinin bir daha madde alımını engellemek için günlük hayata başarılı ve sakin bir şekilde geçişine fırsat tanımaktadır.

1970 yılındaki yapılan bir çalışmada, bağımlılık tedavisinde müziğin etkisi incelenmiş ve özellikle dinî müzik, aşk türküleri, romantik şarkılar gibi bilinen ve kişinin kültürüne yakın müziklerin dinletilmesi çok etkili bulunmuştur.

Madde bağımlıları genellikle toplumda istenmeyen, ilişkiye girmekten kaçınılan insanlardır. Kendi aileleri, akrabaları, yakın çevreleri, arkadaşları tarafından dışlanmaya maruz kalan, hatta korkulan insanlardır. Madde bağımlılığı öncesinde çok saygın olan, itibar gören kişi; bağımlılık sonrası ailedeki küçük çocukların bile dalga geçtiği, önemsemediği bir insan haline gelebilir. Bu durum kişinin toplumdan uzak kalmasına, yalnızlığa itilmesine, özsaygısının ve kendilik algısının azalmasına sebep olmaktadır. Sonuçta bir yandan toplumun tecrit etmesi, öte yandan yalnızlığın tercih edilmesi kişiyi hızla maddeye itmekte; haliyle onu, madde bağımlılığından kurtulmada çok önemli olan sosyal destekten mahrum bırakmaktadır. Müzik bu hastalarda sözel olmayan iletişimi ve paylaşım duygusunu artırır. Nitekim alkolizm tedavi merkezinde bir müzik aleti eşliğinde şarkı söylemenin tedavideki etkinliği incelenmiş ve içe kapanmış alkoliklerde grup etkinliğine katılımın arttığı tespit edilmiştir.

Madde bağımlılığı tedavisi gören insanların tedavi kürü sonrasında yalnız kalmaları boşluk duygularını artırıp maddeye dönmelerini kolaylaştırmaktadır. Bu yüzden bağımlının tedavi sonrası süreçte yalnız kalmasına, sıkıntı yaşamasına fırsat verilmemeli ve bunun için gerekli etkinlikler düzenlenmelidir. Bu çerçevede oluşturulan korolar, müzik aleti eğitim grupları çok etkili olmaktadır. Müzik stresi azaltma etkisinin yanında, sosyal çevre değişikliği için de fırsat oluşturmaktadır.

Alkoliklerde müzikle tedavinin; var oluşsal ve duygusal açıdan kendini ifade etme, kendine güven ve iletişim üzerindeki etkilerini inceleyen bir çalışmada; müzikle tedavi seanslarının kişilere bir maddeye ihtiyaç duymaksızın duygularıyla başa çıkma yollarını öğrettiği gözlenmiştir. Yapılan bir çalışmada bağımlıların %75'inde müzikle tedavinin iyileşme için uygun bir tedavi aracı olduğu tespit edilmiştir. Mutluluk, sevinç ve zevk alma duyguları artarken, suçluluk, üzüntü, itimatsızlık duyguları azalmıştır (Jones, 1998).

Müzikle tedavi ve müzik, bağımlı kişilerin duygularına ulaşmada ve onları açığa çıkarmada etkilidir. Bir müzik çalışmasına ritim aletleriyle eşlik etmek, ifade edilen duyguların yoğunluğunu artırmaktadır. Sanatın ve müziğin kullanıldığı aktivitelerde, diğer terapi yöntemlerinden daha çok duygusal yoğunluk yaşanır ve daha çok duygu şekillendirilir. Madde kullanım sorunu olan kişilerin iç dünyalarının derinliklerinde, ifade edilemeyen ruhsal acıların ve ihtiyaçların olması söz konusudur. Müzikle tedavi

bunları yüzeye çıkarmada ve uygun bir şekilde müdahale etmede çok başarılı olmuştur. Özellikle şarkı yazma ve şiir yorumlama, seanslar esnasında kişilerin duygularını ortaya çıkarmada başarılı bulunmuştur.

Şarkı yazma veya şiir yorumlama etkinlikleri, sosyal iletişimi artırmakta, kişinin özgüvenini geliştirmektedir. Ergenlerde uyuşturucu kullanımına yatkınlığı artıran sebepler arasında, yeterince bilgi sahibi olmamak yatmaktadır. Bilgilendirmenin, eğitmenin, bilinçlendirmenin madde kullanımını azalttığı bilinmektedir. Madde kullanımı olan ergenler üzerinde yapılan bir çalışmada, alınan maddeyle ilgili şarkılar seçilmiş, kaydedilmiş ve sözleri yazılmış. Sonra bu şarkılar, ergenlere dinletilmiş, yazdırılmış; şiirler de yorumlatılmış. Bu sayede, ergenlerin maddelerle ilgili konuları anlamalarına yardımcı olunmuş ve kontrol kaybı, fiziksel yıkım, bağımlılık artışı gibi sorunların farkına varmaları sağlanmıştır. Müzikle tedavi sayesinde, ergenler günlük stresle başa çıkmanın alternatif yollarını öğrenmişler ve uyuşturucu konusunda bilinçlenmişlerdir (TÜRKCAN, Ahmet, B. Coşkun, E. İlem ve D. Çakmak, 2001; “Alkol Bağımlılarında Bir Tedavi Programının 3 Aylık İzlem Sonuçları” *Bağımlılık Dergisi*, 21/09/2008).

Gevşeme eğitimi, şiir yorumlama ve şarkı yazma gibi müzikle tedavi girişimleri duygu durumunu olumlu bir şekilde etkilediği gibi zihinsel performansı da artırmaktadır.

Madde bağımlılarında maddenin bırakıldığı aşamalarda en önemli problem, aşırı içme duygusunun yarattığı kaygı ve sıkıntılardır. Müzikle tedavide uygulanan hayal kurma ve gevşeme teknikleri, madde bağımlısı olan kişilerde hem kısa vadede hem de uzun vadede algılanan stresi ve bunalıyı azaltmakta etkilidir. Stresin ve sıkıntının azaltılması, maddeyi bırakmadaki başarıyı etkileyen en önemli parametredir. Eğer kişiye bu sıkıntılı devrede yardımcı olamazsanız maddeye gidişini önlemeniz neredeyse imkânsız hale gelir. Bu yüzden uzman sık sık gevşeme eğitimi vermeli ve bağımlının bunu seans harici zamanlarda da kullanmasını sağlamalıdır.

Madde bağımlılarında kendine güven ileri derecede azalmış olduğundan, müzikle tedavinin kişinin benlik kavramının düzeltilmesinde çok etkili bir yöntem olduğu anlaşılmıştır. Çoğunda artık işe yaramayacakları, ömürlerinin böyle geçip gideceği inancı gelişmiştir. Araştırmalarda görülmüştür ki müzikle tedavi işe yarama duygusunu yeniden uyandırmakta, unutulmuş olan birey olma idrakini yeniden oluşturmaktadır.

Madde bağımlıları kendileri ve çevreleri adına bir şeyler üretebilmek için maddenin şart olduğuna inanırlar. Bu yüzden madde alabilmek maksadıyla kendilerini toplumdan geri çekerler. Madde bağımlılarında görülen sosyal geri çekilmeyi ortadan kaldırmak için şiir ve ritim içerikli doğaçlama yöntemi kullanılmaktadır. Böylece katıldıkları etkinlikler sayesinde elde ettikleri kazanımların, kaybettiklerini düşündükleri şeylerden çok daha fazla olduğu kendilerine gösterilmektedir.

Yapılan çalışmalar ışığında görüyoruz ki müzikle tedavi duygusal boşluklarını maddeyle doldurmaya çalışan bağımlılar için, maddeye karşı güçlü ve etkili bir alternatif olmaktadır. Bu da tedavide başarı şansını artırmaktadır.

Sosyal Rehabilitasyon Merkezinde uygun olan hastalar için haftada iki seans müzikle terapi seansları tertip edilmelidir. Ayrıca her hasta için müzik saatleri oluşturulup bu saatlerde kişilerin eğlenmeleri, şarkı söylemeleri, şarkı dinlemeleri, oynamaları, dans etmeleri sağlanmalıdır.

5.1.4. Sosyal Terapiler

Kişinin hastanedeki arındırma tedavisinden sonra hayatında yeni bir sayfa açması ve kendisi için güvenli ve huzur verici bir ortam oluşturulması çok önemlidir. Bunun için hastane ortamında kazandırılmış beceriler, sanat ve meşguliyet faaliyetlerinin yardımıyla boş zaman etkinliklerine yönlendirilir ve kişinin çevresine yönelik bilgilendirme ve rehabilitasyon etkinliklerine başlanır. Hasta yakınlarına madde ile mücadele seminerleri tertip edilir, grup terapileri için gruplar oluşturulur. Ayrıca belki de en önemli etkinlik olacağını düşündüğümüz ‘hastanın arkadaşlarını bilgilendirme, rehabilite etme ve gerekirse grup etkinlikleri içine dâhil etme’ programı tertip edilir. Çünkü madde kullanımı beraberinde bir kültür halini almakta, ona göre bir çevre oluşmaktadır ve bu çevre yeniden içmeyi teşvik edici olmaktadır. Bu çevreden ve bu kültürden uzaklaşmak tedavinin en önemli aşamasıdır.

5.1.5. Resimle Terapi

Başkent Üniversitesi Eğitim Fakültesi Öğretim Görevlisi Dr. Hatice DEMİRBAŞ’a göre “Resimle terapi yöntemi, Alkol ve madde bağımlılarının tedavisinde olumlu sonuçlar vermektedir”

Resimle tedavi ilk olarak 1940'lı yıllarda çocukların iç dünyalarını anlayabilmek için daha çok çocuk psikiyatrisinde kullanılmıştır.

Gündelik tedavi programına katılımı yeni olan resimle tedavi bireyin iç dünyasını, kişilik yapısını ve duygularını ortaya çıkarmak amacıyla kullanılmaktadır. Resmin yapısı ve resmi yaratan bireyin hastalığı veya kişiliği arasında paralellik bulunmaktadır (Dr. Hatice DEMİRBAŞ ile söyleşi, star gazetesi, 14.09.2008).

Resimle tedavi terapi ortamında hasta ile terapist arasında iletişimsel, yaratıcı ve hastanın en içten duygularına dokunma fırsatı veren bir tedavi yöntemidir. Mantık süzgecine takılmış, sözcüklerle ifade bulamayan ya da sözelleşemeyen yaşantılar resimler halinde ortaya çıkmaktadır.

Dr. Demirbaş'a göre "Resmin Alkol ve madde bağımlılarında kısa süreli tedavilerde değerlendirme ve teşhise yardım amacıyla kullanılmaktadır", yöntemin asıl amacı hastalığı tedavi etmek değildir, "Bu tedavide bireylerin kendilik saygılarını artırmak, yaşamlarında karşılaştıkları problemlerle mücadeleye teşvik etmek, depresyonu, ümitsizliği ve öfkeyi azaltmaya yardımcı olmak amaçlanıyor".

Tedavilerde bu yöntem ile birlikte ilaç, sosyal programlar ve grup psikoterapileri uygulanmaktadır. Özellikle"Grup psikoterapisinde hastalar kendileri hakkında konuşurken (resim çizmenin yaratıcı işlevi de işin içine girdiğinde) tedaviden daha hızlı ve olumlu sonuçlar alınabilmektedir".

Terapide çizimleri için verilen tema doğrultusunda hastaların iç dünyaları harekete geçirilmektedir. Hastalar resmi yaptıktan sonra hem terapistlere hem de diğer hastalara ne çizdiklerini anlatmaktadırlar. Ardından, resimlerin değerlendirilmesi yapılmaktadır. Çizimler daha çok verilen tema doğrultusunda olmakta, ama hastalar daha çok duygularını, aile ve çevreyle ilişkilerini, Alkolün yaşamlarında yarattığı sorunları, Alkolsüz yaşamlarındaki durumlarını çizmektedir.

Tedavi süresi 7 ile 10 hafta arasında değişmektedir, bu süre içerisinde resim aracılığıyla hastalık öyküsüne ait ek bilgiler ortaya çıkmaktadır ve bu sayede hastalık öyküsü geliştirilebilmektedir (www.stargazete.com.tr/14.09.2008)

5.2. ANKARA Büyükşehir Belediyesi Örneği

ANKARA Büyükşehir Belediye Başkanlığınca Yaptırılan Macunköy Rehabilitasyon merkezi kendi alanında bir ilk olacaktır. Bu merkezin 2009 yılı içerisinde faaliyete geçirilmesi planlanmaktadır. Bu merkez sayesinde hem sokaklardaki bali, tiner gibi madde bağımlılarına sahip kişilerin kurtulması hem de onların meslek sahibi olmaları sağlanacaktır. Madde bağımlısı çocukların topluma kazandırılmasının amaçlandığı rehabilitasyon merkezinde mesleki, sosyal ve kültürel alanda eğitimler verilecektir.

Macunköy'deki Alkol ve Madde Bağımlılığı'nın (AMATEM) bulunduğu merkezin yanına kurulan rehabilitasyon merkezi, bir kompleks olarak faaliyet gösterecektir. Kız ve erkek çocukları ilk adım istasyonları ile AMATEM'de tedavi sürecini takiben, rehabilitasyon merkezine yönlendirilecektir. Tedavileriyle birlikte madde bağımlılarına mesleki, sosyal ve kültürel eğitimler verilecektir.

Bali, tiner gibi zararlı madde kullananlar, aynı zamanda çevresi için de önemli bir sorun teşkil etmektedir. Ankara Büyükşehir Belediyesi, bunun için 2006 yılında temelini attığı rehabilitasyon merkeziyle birlikte bu sorunun önüne geçmeyi hedeflemektedir. Rehabilitasyon merkezi, 13 bin 500 metrekarelik alan üzerinde 4 bin 800 metrekare kapalı alanda faaliyet gösterecektir. 80 yatak kapasiteli binada zararlı madde bağımlılarının, ilaç tedavisinin dışında spor, kültürel, sosyal faaliyetlerde de bulunması için her türlü donanım sağlanacaktır.

Ankara Büyükşehir Belediyesi, Sosyal Hizmetler Çocuk Esirgeme Kurumu, Emniyet Genel Müdürlüğü ile Sağlık Bakanlığı'nın işbirliği ile yürütülecek merkezde toplanan 18 yaşın altındaki çocuklar, çoklu rehabilitasyon programıyla ailelerine ve topluma kazandırılmaya çalışılacaktır. Yapımı Büyükşehir Belediyesi tarafından gerçekleştirilen, sokakta yaşayan alkol, sigara, uyuşturucu ve ucu madde (tiner, bali, uhu vb.) bağımlısı çocuk ve gençlerin rehabilite edileceği merkez, Avrupa Birliği ile ortaklaşa verilecek eğitimlerin ardından hizmete açılacaktır. Merkez aynı anda 80'i yataklı 150 alkol ve madde bağımlısı kişiye terapi uygulanabilecek kapasiteye sahiptir.

Sokakta yaşayan çocuklar ile madde bağımlısı çocukların klinik tedavi sonrası kabul edileceği rehabilitasyon merkezinde, kişilere bu tür alışkanlıklarından vazgeçmelerini

sağlamak amacıyla her türlü sosyal, eğitsel, kültürel, psiko-sosyal destek ve sportif hizmetler verilecektir.

Sosyal Hizmet Uzmanı, Doktor, Hemşire, Psikolog, Sosyolog, spor, teknik ve bakım uzman ve görevlileri nezaretinde çocuklara hizmet verecek olan merkezde, çocuk ve gençlere resim, müzik, yüzme, kondisyon, diksiyon, aşçılık, kuaför, web tasarımı, İngilizce, iş ve meslek sahibi edinme gibi kursların verilmesi planlanmaktadır.

Merkeze kabul edilen çocuk ve gençler yeniden topluma kazandırılması amaçlanmaktadır. Çocuklarımızın ve gençlerimizin topluma faydalı birer birey olarak kazandırılması için onları aile ortamına taşıyacak, gerekirse ailelerine maddi destek de verilecektir. Ayrıca meslek kuruluşlarıyla görüşerek çocukların iş edinmeleri için çaba sarf edilecektir. Eğitimlerini tamamlamalarını sağlayarak, istek ve yeteneklerine göre bireyler sanatsal ve sportif faaliyetlere yönlendirilecektir. Yine merkez bünyesinde verilecek mesleki eğitim kursları ile madde bağımlısı gençler meslek sahibi olacaklardır. (www.ilgazetesi.com.tr/2009/03/24/buyuksehirden-rehabilitasyon-merkezi)

İki ayrı bölüm halinde 40 erkek ve 40 kız çocuğuna ikişerli ve üçerli odalar olarak planlanan merkezde,

- Kurs odaları
- Ortak oyun ve TV seyretme odaları
- Tenis kortu
- Basketbol sahası
- Kapalı yüzme havuzu
- Sinema ve konferans salonu
- Yemekhane, çok sayıda banyo ve duş bölümleri
- Bilgisayar odaları ve kantin gibi alanlar yer alacaktır. (www.belediyebulteni.com/buyuksehir'den-rehabilitasyon-merkezi)

5.3. ÖRNEK PROJE: Karapürçek İlçesi Klinik Tedavi Sonrası Sosyal Rehabilitasyon Merkezi Projesi

5.3.1. Sakarya ilinde ve Karapürçek İlçesinde Sorunun Niteliği ve Kapsamı

Emniyet Çocuk Şube Müdürlüğü kayıtlarına göre 2007 yılı itibariyle, Sakarya İli'nde risk grubu kabul edilen 12-18 yaş sınırlarında madde bağımlısı 23 çocuk tespit edilmiştir. Ancak 18-24 yaş sınırlarında bulunan gençlerimiz arasında kullanım oranının yüksek olduğu ve her geçen gün trendin yukarılara çıktığı gözlenmektedir.

Yüz yüze yapılan görüşmeler neticesinde Sakarya ilinde bir kısmı resmi kayıtlara girmemiş yaklaşık 1200 gencimizin madde kullanmakta(Büyük bir kısmı esrar ve alkol) olduğu öğrenilmiştir(madde bağımlıları ile yapılan mülakat).

Karapürçek ilçesinde resmi kayıtlara bakıldığında madde kullanmaktan sabıkalı hiçbir kişinin olmadığı görülmektedir. Yüz yüze yapılan görüşmelerde ise Karapürçek ilçesinde 50 gencin madde kullandığı(çoğunluğu esrar) ve 100 kadar gencinde alkol kullandığı tespit edilmiştir. İlçemizde sokakta yaşayan veya sokağa mahkûm çocuk yoktur. 12548 kişinin yaşadığı Karapürçek İlçemizde 8 çocuğun madde kullanmakta olduğu ve yaklaşık ilave 40 gencin ise maddenin kötüye kullanılması sürecinde olduğu ve bağımlılık aşamasına geldiği ise bir gerçektir.

Madde kullanan kişilerin bazılarının zorunlu eğitim çağında okul yaşamını terk ederek, öğrenimlerine ara verdikleri ve hiçbir işle meşgul olmadıkları görülmüştür. Bu çocuklar ailelerinden de bekledikleri ilgiyi bulamayınca, akran gruplarıyla bir araya gelerek, kendine özgü kuralları olan bir alt kültür oluşturmuşlardır. Ancak, bu çocukların tamamının aile hayatları devam ettiği için, bilinen anlamda “sokak çocukları” olmadıkları düşünülmektedir.

Madde kullanımı ve bağımlılığı konusu ulusal medya araçları vasıtasıyla cinayet, kapkaç ve taciz sorunlarıyla birlikte toplumun gündemine taşınmaktadır. Bu durum insanlarda korku ve tedirginlik duygusu uyandırmaktadır. Karapürçek ilçesinde madde kullanımına bağlı olarak 2007-2008 yıllarında(Karapürçek İlçesi Suç istatistikleri 2007-2008);

- Kar maskesiyle ev baskını ve silahla tehdit,

- Hırsızlık,
- Taciz,
- Güvenlik güçlerine mukavemet gibi nitelikli suçların işlendiğini görmekteyiz.

Buna karşılık Sakarya da ve Karapürçek de kamu görevlilerinin haricinde sorunun önlenmesine yönelik herhangi bir sivil toplum kuruluşu bulunmamaktadır. Sakarya da madde bağımlısı bireylerin tedavi edildikleri AMATEM, UMATEM ve ÇEMATEM (Alkol ve Uçucu Maddeleri Tedavi Merkezleri) tarzında herhangi bir kuruluş da yoktur. İlimize en yakın AMATEM, UMATEM ve ÇEMATEM İstanbul İli'nde bulunmaktadır. Her bir randevu için uzun bir süre(asgari 3 ay) beklenmektedir. Klinik tedavi sonrası hizmet verecek herhangi bir sosyal rehabilitasyon tesisi olmadığı için aynı sosyal çevrenin içine dönen gençler ve çocuklar maddenin kıskaçından kurtulamamaktadır.

5.3.2. Proje Stratejisi ve Genel Tanıtım

1. Amaç ve Hedefler

Çocukların ve gençlerin madde kullanma ve suç işleme oranlarının önceki yıllara göre azaltılması hedeflenmektedir. Ayrıca klasik yöntem olan ilaç tedavisi ile bağımlılıktan kurtulamayan çocuk ve gençlerin alternatif ve yeni bir modelle bağımlılıktan tam olarak kurtulmaları sağlanacaktır. Madde kullanmış ya da kullanma riski taşıyan çocuklardan şartları uygun olanların okula dönüşlerinin sağlanması ya da açık ilköğretim okuluna kayıtlarının yapılması hedeflenmektedir.

Kayıtlarımızda bulunan çocuklardan, ilköğretimi tamamlamış olanların Sakarya Mesleki Eğitim Merkezi, Karapürçek İlçe Halk Eğitim Merkezi ve İŞKUR ile işbirliği yapılarak, bir mesleğe yönelik eğitim verilmesi ve işyerlerine yerleştirilmeleri hedeflenmektedir. Madde kullanan çocuklar davet edilerek, sosyal hizmet uzmanı rehberliğindeki rehabilitasyon programına katılmalarının sağlanması hedeflenmektedir.

Madde bağımlısı çocukların aileleri ile görüşülerek, çocuğu madde kullanmaya iten nedenlerin ortadan kaldırılması için İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü'nün koordinatörlüğünde ailelere gerekli rehberlik hizmetinin sağlanması hedeflenmektedir.

2. Araştırma ve Durum Tespiti

Çocuk yaştaki bireylerin ve gençlerin madde kullanması konusunda mevcut durum tespit edilerek, çalışmalara ışık tutacak veriler toplanacaktır. Bu kapsamda veri ihtiyacının giderilmesi için Türkiye’de ilk ve kendi çapında tek olan ve Karapürçek ilçesinde yaşayan 2643 hane ve 12548 kişinin sosyo-kültürel ve sağlıkla ilgili(madde bağımlılığını tespitiye yönelik sorular da vardır) tüm verilerinin toplanmasını içeren “ Karapürçek İlçesi Yoksulluk ve Dezavantajlı Gruplar Haritası” projesi hayata geçirilmiştir. Bu proje Haziran 2009 tarihinde tamamlanmasının ardından çözüm odaklı yerel politikaların uygulanmasına geçilecektir. Bu proje çerçevesinde elde edilen ve tamamen gönüllü katılım ile tamamlanacak olan veri toplama işleminin yine yazılımı ilçemize ait olan program vasıtası ile yorumlanacak ve ihtiyaçların, sorunların tespiti sağlıklı bir şekilde yapılmış olacaktır.

- Herhangi bir nedenden dolayı Çocuk Şube Müdürlüğü’ne(veya jandarma karakoluna) gelen çocukların psikolojik ve sosyo-ekonomik düzeylerini tespit etmek amacıyla kayıtlar tutulacaktır.
- Faaliyet alanımıza giren çocuklara-gençlere hizmet götüren gönüllü ve kamu kuruluşları ile görüşülerek ortak çalışmalar başlatılacaktır.
- Ekipte görevli personelin bilgi birikiminin arttırılması ve yeni gelişmelerden haberdar olması amacıyla hizmet içi eğitim seminerleri düzenlenecektir.
- Bu konuda görevli ekibin görev ve faaliyet alanlarının kamuoyuna tanıtılması amacıyla sosyal organizasyonlar ve basın-yayın faaliyetleri düzenlenecektir.
- Güvenlik tedbirlerinin yanında, rehabilitasyon tedavi çalışmalarına da ağırlık verilerek çocukların ve gençlerin madde kullanma riski oranları azaltılacaktır.
- Çalışmalarımız kapsamında mevcut olan çocukların ve gençlerin ailelerinin sosyo-ekonomik düzeylerinin iyileştirilmesine yönelik hizmetlerin kalitesi arttırılacaktır.

3.Klinik Tedavi Sonrası Sosyal ve Mesleki Rehabilitasyon Aşamaları

AMATEM, UMATEM ve ÇEMATEM ile koordineli olarak oralarda kısa süreli tedavi gören ve bu aşamada başarılı ve istekli görülen genç ve çocuklarımızın tedavi sonrası ilçemiz TEKETABAN köyünde kurulması planlanan sosyal rehabilitasyon merkezinde 3-6 ay arasında değişen sürelerle(alınacak eğitimin içeriğine göre değişkenlik gösterecektir) sosyal rehabilitasyona ve meslek edindirme kurslarına tabi tutulması planlanmaktadır.

Öncelikli olarak SAKARYA İl sınırları içinde ve Karapürçek İlçesinde yaşayan 12–24 yaş grubu madde bağımlısı, madde kullanıcısı ya da madde kullanma riski taşıyan çocuklar, gençler ve aileleri ile çalışılacaktır.

- Sosyal Rehabilitasyon merkezi için yerel yönetimler bu işin içerisinde bulunacaktır ve yerel sosyal politika uygulayıcısı olma vasfını yerleştirmek için, Sakarya Valiliği, Sakarya Büyükşehir Belediyesi, Sakarya İl Özel İdaresi, Sakarya Üniversitesi, Karapürçek Kaymakamlığı ve Karapürçek İlçe Belediyesinin katkısı ve desteği alınacaktır. Merkezin işleyişinden tamamen Sakarya Büyükşehir Belediyesinin Sorumlu olması sağlanacaktır.
- Madde kullanma riski taşıyan çocuklardan korunmaya muhtaç çocuk kapsamında olanlar, İl Sosyal Hizmetler Müdürlüğü tarafından 2828 sayılı yasa gereği korunma altına alınacak ve yaşına uygun bir Kuruluşa yönlendirilecektir.
- Zorunlu eğitim çağında olup, sokakta başıboş dolaşan çocukların ve gençlerin bu eğitimlerini tamamlamalarını sağlamak amacıyla okula dönüşleri, açık ilköğretime kayıt, ders ve sınavlarının takibinin yapılması için İl Milli Eğitim Müdürlüğü'nün katkısı sağlanacaktır.
- Bu çocuklardan ailesinin sosyo-ekonomik düzeyi düşük olanlarının kayıt ve ders kitapları ücretlerinin Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakfı tarafından karşılanması sağlanacaktır

- Psikolojik sorunu olan çocukların Rehberlik Araştırma Merkezi ve Devlet Hastanesi Psikiyatri Kliniği'ne yönlendirilerek sorunlarının çözümüne destek sağlanacaktır.
- Madde bağımlısı olup, tekrardan ileri düzeyde tetkik ve tedavi gerektiren duruma düşmüş olan çocukları İl Sağlık Müdürlüğü tarafından AMATEM, ÇEMATEM veya UMATEM 'e havale ve sevkini yapılması sağlanacaktır.
- Zorunlu eğitimi tamamlamış çocuklar için Halk Eğitim Merkezi Müdürlüğü ve İŞKUR vasıtasıyla müzik eğitimi, bilgisayar ve el sanatları kurslarından ve mesleki kurslardan yararlanmaları sağlanacaktır.
- İlköğretim mezunu olup, herhangi bir işi olmayan çocukların Mesleki Eğitim Merkezi Müdürlüğü'ne yönlendirilerek, “çıraklık eğitim kursları”na katılmaları sağlanacaktır,
- Spora ve sanata meraklı olan çocukların, İl Gençlik ve Spor Müdürlüğü'nün düzenlediği sportif ve sanatsal faaliyetlere katılmaları sağlanacaktır.
- Ayrıca Yükseköğretim Kurumu Başkanlığı (YÖK) ve Üniversitelerle işbirliği yapılarak, Ülkemizde henüz eğitim verilmeyen fakat madde bağımlılığının ve diğer dezavantajlı grupların sosyal rehabilitasyonunda mutlaka rehabilitasyon sürecine katılması gereken;
- ✓ Sosyal Pedagog
- ✓ İş- Uğraş Terapisti
- ✓ Müzikle Terapi uzmanı
- ✓ Sanat Terapisti
- ✓ Resim Terapisti

Gibi alanlarda, Önlisan-Lisans düzeyinde eğitim verecek bölümlerin yüksek öğretime kazandırılması sağlanacaktır.

4. Proje Faaliyetleri

Başlangıçta; Sosyal Hizmet Uzmanı, Doktor ve Psikolojik Danışman ve Rehberlik Uzmanı, Psikolog, Çocuk Gelişimcisi, Hemşire, Çocuk Polisi, Spor Eğitmenleri ve Öğretmenlerin görev alacağı faaliyetler uygulanacaktır. Daha sonrasında Sosyal Pedagog, İş-Uğraş Terapisti, Meslek Terapisti, Resim Terapisti, Müzik ve Sanat Terapisti tarafından eğitim verilecektir.

5. Proje Kaynağı

- AB fon yöneticileri
- UNİCEF Türkiye temsilciliği
- PAR-CE-VAL vakfı
- Sakarya Barosu
- İlgili Bakanlıkları ile görüşülmeler devam etmektedir..

6. İzleme ve Değerlendirme

Faaliyetlerin işleyiş ve süreçleri hakkında 6 aylık zaman dilimlerinde rapor düzenlenmeli ve önerilen teklifler doğrultusunda yeni çalışmalar başlatılmalıdır. Uygulanan faaliyetlerde kamusal ve gönüllü kaynakların etkili ve verimli bir şekilde kullanılması sağlanarak, faaliyetlerin her aşamasında değerlendirme yapılmalı ve bir sonraki aşaması için gerekli önlemler alınmalıdır.

5.3.3. Sosyal Rehabilitasyonun Uygulama Boyutu

5.3.3.1. Proje Süreci

Karapürçek ilçesi Teketaban Köyünde orman vasfını kaybetmiş fakat doğayla iç içe bulunan 178 dönüm sahada Türkiye de bu çapta bir benzeri olmayan “Madde Bağımlılarının Sosyal Rehabilitasyonu” konusunda entegre bir tesis “önce duyarlılığı arttırmak sonra da projemizi hayata geçirmek” sloganıyla kurulacaktır. Tesisin projesi çizilmiş(Bkz. EK 3) olup finansal kaynak için gerekli girişimler yapılmaktadır. Tesisin 178 dönümlük ormanlık bir alan üzerine inşa edilmesindeki temel etkenler.

- Ülkemizde (özellikle büyükşehirlerde) madde bağımlılığındaki artışın her geçen gün korkutucu bir hızla ilerlemesi,
- Artışın gözle görülebilir bir hal alması ve özellikle metropol illerde anketlere yansır hale gelmesi,
- Bu maddelerin kullanımının çok küçük yaşlara inmesi,
- Madde bağımlılığı konusunda AMATEM (Alkol ve uyuşturucu madde tedavi merkezleri) lerde uygulanan klinik tedavilerin neticesinde maddelerden 25-40 gün aralığında temizlenmeye çalışan özellikle 12-24 yaş aralığındaki genç nüfusun klinik tedavi sonrasında sosyal projelerle desteklenmedikleri için maddelere çok kısa sürede geri dönmelerinin engellenememesi(2007 yılı için geri dönüş %42,4 gibi yüksek bir rakamdır)
- Genelde sosyal rehabilitasyon için apartman dairesi şeklindeki yapılanmaların mevcut olması ve pratikte rehabilite edici hiçbir fonksiyonlarının olmayışı.
- Entegre tesiste aynı sahada kaynaştırma projesi uygulanarak toplumun mağdur ve dezavantajlı grupları olan;
- ✓ Yaşlılar
- ✓ Özürlüler (bedensel)
- ✓ Madde bağımlılığı konusunda önce klinik tedavisini başarmış ve istekli olan 12-24 yaş aralığındaki gençlerimizi aynı tesisin içerisinde fakat farklı binada farklı programlara tabii tutulmakla birlikte, günün belli zaman diliminde bazı aktiviteleri birlikte yapmaları ve beraber vakit geçirebilmeleri için ortak bir eğitim ve rehabilitasyon projesi uygulanacak olması (birbirlerinin dezavantajlarını ortadan kaldırmak için ortak iş- uğraşlarla meşgul olacaklar)

Tesisimizde sosyal rehabilitasyonun ruhuna uygun; tüm yapılar tek katlı ve doğayla uyumlu olacaktır (**Bkz. EK 3**)

5.3.3.2. Projenin Genel ve Özel Amacı

Genel amaç; Türkiye genelinde madde bağımlısı ve suça yönelmiş olan gençlerin eğitim ve bilgi eksikliklerini gidermek, istihdam edilebilirliklerini sağlamak.

Özel amaç ise; Sakarya İl sınırlarında 12-24 yaş arası madde bağımlısı ve suça yönelmiş gençlerle ailelerinin yararlanacağı, Rehabilitasyon ve Eğitim Merkezi'nin kurulması ve işletilmesidir.

5.3.3.3. Hedef Guruplar

Sakarya il sınırları dâhilinde yaşamakta olan 12-24 yaş arası

- madde bağımlısı, suça yönelmiş gençler
- yaşlılar
- bedensel özürlü vatandaşlar

5.3.3.4. Hedef Gruplara Yönelik Hizmetler

Hedef gruplara yönelik, aşağıda belirtilen eğitim programları uygulanacaktır.

A-Meşguliyet Terapileri Kapsamında;

1. Okur – Yazarlık ve Mesleki Eğitim
2. Bilgisayar ve İngilizce Kursu
3. İletişim ve Girişimcilik
4. Sosyal ve Psikolojik Rehabilitasyon Hizmeti-1
5. Sosyal ve Psikolojik Rehabilitasyon Hizmeti-2
6. Aile Eğitimi
7. Seracılık kursu
8. Süs Bitkisi Yetiştiriciliği Kursu
9. Sportif Amaçlı Kurslar

B-Müzikle terapi, Sanat Terapisi, Resim Terapisi çerçevesinde; Sosyal İçerikli Kurslar verilecektir.

1. Okur – Yazarlık Eğitimi ve Mesleki Eğitim Konuları

- Okur – yazarlık
- Güzel konuşma ve yazma
- Diksiyon
- Meslek danışmanlığı
- İş başvuru formu doldurma becerisi
- Tekstil
- Büro Yönetimi ve Sekreterlik
- Takı Tasarımı
- Ahşap Oyuncak ve Aksesuar Yapımı

2. Bilgisayar ve İngilizce Kursu Program İçeriği

- Temel bilgisayar kullanımı
- Ofis programları (word, excel, powerpoint)
- Web tasarım
- Donanım – Teknik servis
- Yazılım
- Bilgisayarlı muhasebe (ETA, LOGO, NEBİM)
- Temel ingilizce
- İnternet kullanımı

3. İletişim ve Girişimcilik Eğitimi Konuları

- Temel iletişim
- İnsan ilişkileri
- İnsan kaynakları
- CV hazırlama teknikleri
- Mülakat teknikleri
- İş planı hazırlama
- Pazarlama ve satış
- Geleneksel ve modern iş olanakları

4. Sosyal ve Psikolojik Rehabilitasyon Hizmeti Seminer Programı-1

- Ön görüşme
- Bireysel çalışma
- Grup çalışması
- Sorunlarını tanıma ve mücadele etme
- Özgüven duygusunu geliştirme
- Sosyal destek ağı
- Ailesi ve sosyal çevresi ile iletişim kurma

5. Sosyal ve Psikolojik Rehabilitasyon Hizmeti Seminer Programı-2

- Psikolojik bakım
- Psikolojik sıkıntıların tespit edilmesi (çaresizlik, ümitsizlik, güvensizlik, pişmanlık, kaygı gibi)
- Psikolojik gereksinimlerin tespiti
- Etkin iletişim ve empati kurma

- Motive etme
- Manevi yoksunluğun giderilmesi

6. Aile Eğitimi Seminer Konuları

- Geleneksel ve Modern aile yapısı
- Çocuk eğitimi – yönlendirme
- Ergen Psikolojisi (madde bağımlılığı riski)
- Anne - Baba İlişkisi
- Ebeveyn - Çocuk ilişkisi
- Kültürel ve manevi değerler

7. Seracılık Kursunun İçeriği

- Bitki fizyolojisi
- Genel seracılık bilgisi
- Sera inşası
- Genel sebze yetiştiriciliği
- Sebze hastalıkları, zararlı böceklerden koruma ve mücadele

8. Süs Bitkileri Yetiştiriciliği Kurs İçeriği

- Süs bitkileri
- Süs bitkileri üretme bahçelerinin kuruluşu
- Üretimde kullanılan yapılar ve araç-gereç
- Süs bitkileri üretim yöntemleri
- Süs bitkilerinin bakımı
- Özel çiçekçilik
- Park ve bahçe sanatı

9. Sportif Amaçlı Kursların Kapsamı

- Yüzme kursu
- Güreş kursu
- Tenis kursu
- Mini golf
- Basketbol kursu
- Futbol kursu
- Masa tenisi kursu
- Taekwon-Do kursu
- Judo kursu
- Dağcılık kursu

10. Sosyal İçerikli Kursların Kapsamı

- Enstrüman öğretim kursu
- Uygulamalı tiyatro eğitimi
- Satranç kursu
- Halk oyunları
- Resim kursu
- Dünya Toplum Dansları Eğitim Programı

5.3.3.5. Merkezin Fiziki ve Sosyal Ortamı

Madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonuna hizmet edecek olan “Teketaban Sosyal Rehabilitasyon Merkezi” yeterli düzeyde teknik ve teknolojik donanım ve ofis imkânlarına sahip olacaktır.

- Kitap ve şiir okuma etkinlikleri
- Kütüphane
- İnternet salonu
- Yapay tırmanış duvarı
- Sergi salonu
- Konferans salonu
- Kafeterya
- Örnek seralar
- Mini hayvanat bahçesi
- Teknik iş-uğraş atölyesi
- Sanat ve resim atölyesi
- Futbol, basketbol, tenis ve mini golf sahası
- Güreş salonu
- Kapalı yüzme havuzu
- Tek katlı ve bahçeli, kaynaştırılmış rehabilitasyona uygun konutlar
- Örnek tarım sahaları ve Ziyaretçi, aileler için misafirhaneler bulunacaktır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Madde bağımlılığı, eski zamanlardan beri var olan bir kavram olmakla birlikte son 30 yıldır gündemimizden hiç düşmeyen, her geçen gün kullanım oranı ve kullanıcı sayısı ve kullananların suç eğilimi artan bir olgudur. Bununla birlikte asıl sorun genç nüfusun ve hatta çocukların madde kullanımına başlaması ve bunun yüzünden suç işler hale gelmeleri ve küçük yaşlarda cezaevleri ile tanışmaları ve suç örgütlerinin oynadığı haline gelmeleridir.

Teknoloji ve her türlü gelişmeye rağmen madde kullanımını engelleyici veya maddelerin sağlık açısından olumsuz etkilerini ortadan kaldıracı çözümler henüz üretilmemiştir.

Fakat tedavi yöntemleri ve çözümlemeleri her geçen gün değişmektedir ama yine de imkânlar ne kadar artarsa artsın, çözümler ne kadar tesirli olursa olsun asıl çözüm, önleyici sağlık ve sosyal hizmetler kapsamında gençlerin ve çocukların bu öldürücü hastalığa hiç düşmemelerini sağlamaktır.

Madde kullanımı ve yol açtığı problemler tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de giderek artmaktadır. Özellikle gelişmiş ülkelerde madde kullanımı ile ilgili çok yönlü ve geniş çapta pek çok araştırma yapılmaktadır. Bu araştırmalardan elde edilen bulgular, mücadele çalışmalarına yön vermektedir.

Avrupa’da madde kullanım problemi olan bireylere yönelik rehabilitasyon hizmetleri kapsamında; iyi yapılandırılmış, doğayla iç içe ve güvenli bir ortamda, 6-24 ay arasında değişen sürelerle sanat, iş-uğraşı terapilerinin yanı sıra aile terapileri, birey ve grup terapileri hizmeti verilmektedir. Bu merkezlerin bünyesinde görev alan uzman kadro; Sosyal pedagog, pedagog, psikolog, küratif(iyileştirici) pedagog, marangozluk da yapan sosyal pedagoglar, müzisyen ve sanat terapistinden oluşmaktadır. Kadro, ağırlıklı olarak “sosyal pedagog”lardan oluşmaktadır ve bu uzmanlık dalı ülkemizde henüz bulunmamaktadır.

Avrupa Birliğine dahil ülkelerin yasalarına göre madde bağımlılığı bir hastalık olarak kabul edilmekte ve bu nedenle tedavi ve rehabilitasyon masrafları sigorta kapsamında bulundurulmaktadır. Madde kullanım problemi olan bireyler suçlu gibi değil; tedavi gereksinimi olan birer hasta gibi görülmekte, tedavi ve rehabilitasyon maliyetleri devlet tarafından karşılanmaktadır.

Gelişmiş ülkelerde genel hizmet sunumunda olduğu gibi, madde kullanım problemi ile mücadelenin tüm aşamalarında da yerel yönetimler; denetleyici, finansör, kurucu ve işletici olarak etkin rol oynamaktadır.

Avrupa Birliği üyesi gelişmiş ülkelerde tedavi sonrası sunulan rehabilitasyon hizmetlerinin temel amacı, bireyi yeniden topluma kazandırmak ve kendi kendine yetebilir bir duruma getirmek olduğu için uzun süren bu aşamada, bireye madde kullanım problemi ile baş etme becerileri kazandırmanın yanı sıra, meslek edindirme çalışmaları da yapılmaktadır. Tedavinin başından, rehabilitasyonun sonuna kadar birey, yakın sosyal çevresiyle (aile, eş vb.) birlikte ele alınmaktadır.

Almanya'nın 2006 yılına ait ulusal istatistik verilerine göre, toplam 934 ayaktan tedavi merkezinde, bağlantı kurma, motivasyon ve ayaktan tedaviye ek olarak, yerine koyma (substitution) tedavisi alan kişiler için psikososyal tedavi hizmeti sunulmuştur. Bunun yanında, 2006 yılında 160 uzmanlaşmış yataklı rehabilitasyon merkezlerinde, kişilerin “çalışma kapasitelerini” yeniden kazanmalarının önkoşulu olarak, uzun süre maddeden uzak durmalarını sağlayıcı hizmet sunulmuştur.

2006 yılı itibariyle Almanya'da yerine koyma tedavisini yürüten lisanslı hekim sayısı 2.706 dır ve 2006 yılında, toplam 64.500 kişi bu tedaviden yararlanmıştır. Almanya'da zarar azaltımına yönelik hizmet veren yaklaşık 400 kuruluş bulunmaktadır. Bu kuruluşların pek çoğu ayakta tedavi merkezleridir ve öncelikle yerel yönetimler tarafından finanse edilmektedirler.

Fransa da 2005 yılı itibariyle toplam 209 ayakta tedavi, 41 yataklı tedavi ve 16 tane hapisane tedavi merkezi bulunmaktadır. Bununla birlikte, hem ilaç destekli hem de ilaçsız tedaviler, aynı tedavi merkezi bünyesinde sunulmaktadır. Toplam 142 tedavi merkezinden alınan verilere göre, 2006 yılında 37.494 kişi yataklı tedavi programına girmiştir. 1995 yılından beri tedavinin ana formu “yerine koyma” tedavisidir. 2006 yılında yaklaşık 97.500 kişi yerine koyma tedavisi görmüştür

Birleşik Krallıkta temel tedavi şekli “yerine koyma” tedavisidir. 2005 verilerine göre İskoçya'da 19.227 kişi; 2006 verilerine göre Kuzey İrlanda'da 463, İngiltere'de 146.500 kişi yerine koyma tedavisi görmüştür.

Birleşik Krallık'ın 2005-2006 verilerine göre, ülkedeki toplam tedavi merkezi sayısı 1678'dir (1390 ayakta, 88 yataklı tedavi merkezi ve 200 genel tıbbi merkez). 2005-2006 yılında toplam 128.446 kişi tedaviye girmiştir.

AB ülkelerinde madde ile mücadelenin tüm aşamalarında (önleme, zarar azaltımı, tedavi ve rehabilitasyon) geniş ölçüde yetki, sorumluluk ve kaynak sahibi olan yerel yönetimlerin, ülkemizde ne yazık ki bu konuyla ilgili yeterince etkin çalışmalar yapılmadığı görülmektedir. AB üyesi birçok gelişmiş ülkede, madde kullanıcıları için gerekli tedavi olanaklarının sağlanması, bölgesel ve yerel otoritelerin sorumluluğundadır.

Türkiye de yerel yönetimler son yıllarda, sosyal konut, sosyal yardım, sosyal hizmetler, sosyal danışmanlık, istihdam, yoksulluğun giderilmesi, sağlık, eğitim ve çevrenin korunması gibi değişik sosyal alanlara ve özellikle dezavantajlı sosyal gruplara yönelik programlar hazırlamakta ve uygulamaya koymaktadır.

Dezavantajlı grupların karşılaştığı aile, sağlık, eğitim, istihdam, sosyal aktivitelere katılım ve çevresel sorunlar konusunda yerel yönetimlere önemli görevler düşmekte ve bu sorunların çözümünde yerel yönetimler öncelikli kurumlar olmaktadır. Bu alandaki birçok konuda yerel yönetimlere özellikle belediyelere geniş yetkiler verilmiştir. Yenilenen yerel yönetim kanunları ile daha önce merkezi yönetime ait bir kısım hizmetlerin mahalli düzeyde sunulması aşamasına gelinmiştir.

Bu bağlamda, Türkiye de toplumdaki dezavantajlı grupların (madde bağımlıları, sokak çocukları, özürlüler, yoksullar, işsizler ve yaşlılar) yerel sosyal politika kapsamına alınması ve merkezi bütçeden yerel sosyal politika uygulayıcılarına finansal destek sağlanması gerekmektedir.

Türkiye de madde bağımlılığı ile mücadelede önleme ve arz azaltımına yönelik ulusal ve uluslararası işbirliği ile oldukça etkili çalışmalar yapıldığı görülmektedir. Ancak istatistik alanında, tedavi ve rehabilitasyon boyutunda yapılan çalışmalar oldukça yetersizdir.

Türkiye'de uyuşturucuyla ilgili istatistiklerin yetersizliği Meclis araştırma komisyonu raporlarına da yansımıştır. Şimdiye kadar yapılan çalışmaların çoğu hastane ve hapisane kayıtlarına dayanmaktadır. Madde bağımlılığı ile ilgili Türkiye'nin

tablosunu net olarak ortaya koyabilmek için ilgili kurumların biran önce harekete geçmesi gerekmektedir.

Gençlerin büyük risk altında olduğuna dikkat çeken Meclis araştırma raporu, esrar ve sigara ilişkisine de işaret etmektedir. Madde kullanımına giden yolun sigaradan geçtiğinin altı çizilmekte ve sonucunda, sigaraya başlama yaşının 9'a madde kullanmaya ve alkole başlama yaşının ise 12'ye indiği tespit edilmiştir. Bu kapsamda, Hükümetler sigarayla etkin mücadele yöntemlerini hızla uygulamalıdır. Bu çerçevede Türkiye de 2008-2009 yıllarında çok önemli mesafeler kat edilmiştir.

Türkiye de toplam yataklı tedavi kurumu sayısı 19, yatak sayısı ise dönemde 469 ve bu kurumlarda görev yapan personel sayısı 425 tir. Bağımlı sayısı ise 150 bine yaklaşmış bulunmaktadır. Bu yatak ve merkez sayısı ile madde bağımlılarının tamamına hizmet sunmamız mümkün değildir. Bu haliyle AMATEM ler dönemde ancak toplam bağımlı sayısının %0,3 hizmet sunabilmektedir. AB üyesi ülkelere göre Türkiye de madde bağımlısı sayısı az olmakla birlikte, tedavi merkezleri ve yatak kapasiteleri gelişmiş ülkelere göre oldukça yetersizdir.

Mevcut haliyle AMATEM'ler ihtiyaca cevap verebilecek kapasite ve yetişmiş personele sahip değildir. Bu kuruluşlarda sadece tıbbi ve psikososyal tedavi hizmeti verilmektedir. Ancak tedavi süresinin kısıtlılığı, yatak kapasitesinin düşük olması ve şube sayısının yetersizliği gibi nedenlerle tedavi gereksinimi olan tüm hastalara ulaşılamamaktadır.

Meclis Araştırma Komisyonu Raporuna göre “Yıllardır terörle boğuşan Güneydoğu Anadolu Bölgesi, aynı zamanda uyuşturucunun da kışkacında bulunmaktadır. Terör örgütü PKK'nın da bu yolla kazanç sağladığı ise acı bir gerçektir. Yapılan çalışmalar neticesinde ortaya çıkan sonuca bakacak olursak; Terör uyuşturucu tacirlerinin parasal gücünden, uyuşturucu tacirleri ise terörün silahlı gücünden yararlanmaktadır”.

Komisyonun hazırladığı rapora göre;

- Esrar ve bally gibi uyuşturucu kullanımının en fazla görüldüğü il Diyarbakır,
- Damar içi eroin kullanımı en fazla görüldüğü iller Kilis ve Gaziantep,
- Kokain tüketiminin en fazla gerçekleştiği il İstanbul,

-Esrarın en fazla yakalandığı yerler ise Diyarbakır, İstanbul ve Van dır.

Uçucu madde kullanan çocuklara yönelik tedavi hizmeti sunan UMATEM ise bir tek İstanbul da bulunmaktadır ve yatak kapasitesi 15 dir.

Çocuk ve ergenlerin madde bağımlılığından kurtulmalarına yönelik hizmet sunan ÇEMATEM ise 30 yataklı olarak İstanbul da, 10 yatak kapasitesi ile Ankara da hizmet sunmaktadır. ÇEMATEM lerin toplam yatak kapasitesi 52 dir.

Esrar ve bally gibi uyuşturucu kullanımının en fazla görüldüğü il Diyarbakır olmasına rağmen 12 yatak kapasitesi gibi yetersiz bir sayı ile Diyarbakır ÇEMATEM hizmet vermeye çalışmaktadır.

Buradan yola çıkacak olursak; Madde bağımlılarına yönelik tedavi hizmeti sunan AMATEM lerin İstanbul ve Ankara merkezli olarak hizmet vermeleri de sayısal ve niteliksel yetersizlik gibi önemli bir sorundur. Türkiye genelinde hizmet sunan 19 adet AMATEM in 7 tanesi İstanbul ve Ankara dadır. Bu iki ilimizde kurulu bulunan AMATEM lerin yatak kapasitesi 279 dir. Toplam yatak kapasitesinin 469 olduğu düşünülür ise toplam yatak kapasitesinin %60'ı bu iki ilde toplanmıştır. Bunun doğal sonucu olarak da Ankara ve İstanbul'da tedavi gören madde bağımlılarının çoğu Güneydoğu ve Doğu Anadolu bölgelerinden gelmektedir (Tedavi için başvuranların yüzde 67'si ise Güneydoğu kökenlidir).

Klasik ilaç tedavisine indirgenmiş tedavi metodunun tek başına madde bağımlılığının çözümüne katkısı çok alt seviyelerde kalmaktadır. Madde bağımlısı sayısındaki artışa paralel, tedavi talebi de ona yakın oranda artmakta fakat tedavi olan bireylerin sadece ilaç tedavisi ile bağımlılıktan kurtulamadıkları ise tedavinin tekrarlanma sıklığından anlaşılmaktadır.

2000 yılında AMATEM'e başvuran 12329 olgudan 1849'unun ilk kez başvurduğu belirlenmiştir. Buna göre, 10480 kişi en azından ikinci kez kliniğe gelmiştir. TUBİM verilerine göre 2004 yılında yatarak tedavi gören 1427 olgunun 784'ü; 2005 yılında ise 2078 olgunun 1091'i daha önce tedavi olmuş kişilerdir. 2007 yılında ise yatarak tedavi gören hastaların %42,4'ü daha önce bağımlılık tedavisi görmüştür. Bu veriler, madde bağımlılığı tedavisindeki kısır döngüyü ve tedavinin tekrarlanma sıklığını açıkça ortaya koymaktadır.

Sosyal rehabilitasyon merkezlerinin bulunmaması, hastaların etkin bir şekilde takip edilememesi ve topluma yeniden kazandırılmalarına yönelik herhangi bir imkan bulunmaması nedeniyle, tedavide istenen başarı sağlanamamaktadır. Bunun sonucunda da pek çok birey, yeniden madde kullanımına yönelmekte ve tedavi bir kısır döngü halini almaktadır.

Klinik tedavi sonrası kişiler aynı sosyal ortamda yaşamlarını devam ettirdikleri için hızlı bir şekilde eski alışkanlıklarına geri dönmektedirler. Yüz yüze yapılan görüşmelerden elde edilen sonuca göre; klinik tedavi sonrası kazanımlar 1 ay içinde kaybediliyor. Çünkü vücuttaki zehirin atılması madde bağımlılığının ortadan kalktığını göstermiyor. Çevre aynı, sorunlar aynı ve sosyal statü aynı olunca sorunlar çözülüyor.

Mevcut tıbbi tedavi merkezlerinin sayı ve kapasiteleri artırılmalıdır. Klinik tedavide devlet olarak yaptığımız harcamaların ve emeğin zayi olmaması için, klinik tedavi sonrası madde bağımlısı olup kurtulma iradesi gösteren kişilere en yakın bir yerde hizmet sunacak olan onlara meslek, beceri ve farklı alışkanlıklar kazandıracak tesislerin varlığına ihtiyaç duyulmaktadır. Bu alanda yatırım yapmak isteyenler teşvik edilmeli ayrıca bu merkezlerde görev alacak uzman personel yetiştirilmesi için kapsamlı bir eğitim programı hazırlanmalıdır. Bu merkezlerin sık sık denetlenmesi ve tedavinin etkinliğini değerlendiren çalışmalar yapılmalıdır. Tüm bu konularda, gelişmiş batı toplumlarında olduğu gibi, yerel yönetimlere sorumluluk ve yetki verilmelidir.

Yakın zamanda Ankara’da faaliyete geçmesi beklenen “Macunköy Madde Bağımlıları Rehabilitasyon Merkezi” bu konuda yerel yönetimlerin atmış olduğu önemli bir adımdır fakat yetersizdir çünkü henüz teorik altyapı bile tam olarak hazır değildir.

Türkiye de madde bağımlılarına yönelik rehabilitasyon merkezi açılacak dahi olsa, hizmet verecek kadroda yer alması gereken uzmanlık alanlarının bir bölümünü (sosyal pedagog, sanat terapisti vb.) yetiştiren herhangi bir eğitim kurumu henüz ülkemizde bulunmamaktadır. Bu alanda hizmet veren sosyal hizmet uzmanlarının da sayısı yetersizdir. Bütün bu olumsuzluklara ek olarak, madde kullanım problemi olan bireylerle sağlıklı bir ilişki kurabilmeleri için bu alanda çalışacak tüm personelin özel bir eğitimden geçmesi ve sertifikasız personelin bu sahada hizmet vermesinin engellenmesi gerekmektedir. Ancak henüz bu konuda sağlık personellerinin eğitimi haricinde herhangi bir çalışma bulunmamaktadır.

Konuya sosyal güvenlik yönünden bakıldığında, ülkemizde 18 yaşından büyük bireylerin herhangi bir sosyal güvencelerinin olmaması durumunda madde kullanım problemine ilişkin tedavi masrafları devlet tarafından karşılanmamaktadır. Mahkemeler kanalıyla gönderilen bireylerin sadece tedavi giderleri devlet eliyle karşılanmaktadır. Ulaşım masrafları ve yapılan diğer tüm harcamalar kişi tarafından karşılanmaktadır.

Karapürçek İlçesi Sosyal Rehabilitasyon Merkezi Projesi sayesinde, madde bağımlılığı tedavisinde ve sosyal rehabilitasyona ihtiyaç hisseden tüm kesimlerin tedavisinde yeni ve etkili bir açılım yapılabilecektir. Bu proje sonucunda, tedavi süreçleri yeniden yorumlanacak ve boşluklar ortadan kaldırılacaktır. Aksi takdirde klasik klinik tedavisinde yaşanan kısır döngü yüzünden kamu kaynakları ve daha önemlisi insan kaynağımız bir hiç uğruna heba olup gitmektedir.

Yapılan bu inceleme ve araştırmalar sonucunda elde edilen bulgular, tespit edilen eksiklikler ve sorunlar ışığında, bağımlılık ile mücadele konusunda yapılabilecek çalışmalar aşağıda sunulmuştur.

Bu çerçevede;

- a) Türkiye de ki madde bağımlılığı profilini çıkarmak ve problemin boyutunu net bir şekilde ortaya koyabilmek için tüm ülke çapında istatistiksel analizlerin yapılması gerekmektedir.
- b) Türkiye nin “yoksulluk ve dezavantajlı gruplar haritası” çıkartılmalıdır. Bu harita her köy, mahalle, ilçe ve il için yapılmalı ve her yıl değişiklikler tekrardan kaydedilmelidir. Bu sayede güncel veriler sürekli olarak tutulmuş olacaktır ve politika üreticiler anlık ihtiyaç analizi yapabilecektir. Bu harita sayesinde önleyici sosyal hizmetler ve önleyici sosyal yardımların sağlıklı bir şekilde yürütülmesi sağlanacaktır.
- c) Madde kullanımını önlemek ve toplumsal farkındalık yaratmak üzere pek çok koldan eğitim çalışmaları ve kampanyaları yürütülmelidir.(yazılı ve görsel basın, internet, sanatsal etkinlikler, seminer v.b)
- d) Yasal mevzuatta yer alan, konu ile ilgili tüm cezalar caydırıcı hale getirilmelidir.

e) Türkiye de madde kullanımı ve bağımlılığı ile mücadelede ciddi olumlu adımlar atılmasına rağmen, özellikle tedavi ve rehabilitasyona yönelik girişimler henüz çok yetersizdir. Açılacak rehabilitasyon merkezlerine bir standart getirilmesi(konuşlandığı yer, hizmetin içeriği, tedavi ve rehabilitasyon süresi, yararlanıcı sayısı vb.) gerekmektedir.

f) Toplumdaki dezavantajlı grupların(madde bağımlıları, sokak çocukları, özürllüler, yoksullar, işsizler ve yaşlılar) yerel sosyal politika kapsamına alınması gerekmektedir.

g) Uyuşturucuyla mücadelede insan kaynakları eksikliği acilen giderilmelidir. AMATEM lerde görev alacak personele diğer muadillerinden daha fazla mali imkân sunularak teşvik sağlanmalıdır.

h) Madde kullanım problemi olan bireyler suçlu gibi değil; tedavi gereksinimi olan birer hasta gibi görülmeli, tedavi, rehabilitasyon ve bu dönemindeki(ulaşım, giyim, şahsi masraflar ve ilaç masrafının katılım payları) maliyetlerinin tamamı devlet tarafından karşılanmalıdır. Tedavi olmak üzere başvuran veya sosyal rehabilitasyondan yararlanmak isteyen tüm bireylerin tüm masrafları sosyal güvence kapsamına alınmalıdır.

ı) Tedavi ve sosyal rehabilitasyon konularında, gelişmiş batı toplumlarında olduğu gibi, yerel yönetimlere sorumluluk ve yetki verilmelidir. Mevcut tedavi merkezlerinin kapasitesinin, ulaşılabilirliğinin ve uzman kadro sayısının artırılması gerekmektedir. Bu kapsamda klinik tedavi alanında hizmet sunacak olan 7 bölge AMATEM'i kurulmalı daha sonrasında her il merkezinde devlet hastaneleri ve/veya üniversite hastaneleri bünyesinde veya bağımsız 81 adet madde bağımlılığı tedavi merkezi açılmalıdır.

i) Tedavi olan kişilerin kurulacak ilk adım merkezlerinde izlenmesi sağlanmalıdır. Her il merkezinde sayısı nüfusa orantılı olacak şekilde ilk adım merkezleri kurulmalıdır.

j) Bireyi maddeden kalıcı olarak uzaklaştırmanın tek yolu, rehabilitasyonla bireyi yeniden topluma kazandırmak olduğu için, tedavi sadece tıbbi tedavi boyutuyla değil; tedavi sonrası rehabilitasyon (sosyal rehabilitasyon) boyutuyla da ele alınmalıdır. Bu kapsamda öncelikle “7 Adet Bölge Sosyal Rehabilitasyon Merkezi” açılmalıdır. Ardından sosyal rehabilitasyon merkezlerinin her il merkezinde yerel yönetimler

tarafından açılarak, sorunun olduğu yerdeki yerel yönetim biriminin bu alanda hizmet sunması sağlanmalıdır.

k) Türkiye de konuyla ilgili henüz kapsamlı bir rehabilitasyon merkezi bulunmadığı için, bu merkezlerin açılması ve işletilmesinin teşvik edilmesi gerekmektedir. Bu kapsamda yatırım yapmak isteyenlere vergisel ve sigorta primlerinde avantajlar sağlanmalıdır. Rehabilitasyon merkezlerinin amaçlanan hedefe ulaşabilmesi ve beklenen çıktıların alınabilmesi için gerekirse ormanlık sahalardan bu yatırımlar için yer tahsisi kolaylaştırılmalıdır.

l) Özel sektör tarafından ve yerel yönetimler tarafından işletilen sosyal rehabilitasyon merkezlerinde eğitime ve rehabilitasyona tabi tutulan kişi adedince o kuruluşa genel bütçeden hizmetlerin yürütülmesi için kaynak aktarılmalıdır.

m) Madde bağımlılığının sosyal rehabilitasyonu kapsamında açılacak eğitim ve rehabilitasyon merkezlerinde kaynaştırma eğitimi çerçevesinde madde bağımlıları, bakıma muhtaç/özbakım yetisi olan yaşlılar ve fiziksel özürlü olan bireyler aynı ortamda fakat, farklı rehabilitasyon programlarına tabi tutulmalıdır ki dezavantajlı bu grupların hayata bakış açılarında bir farklılık oluşturulabilsin ve hatta birbirlerinin dezavantajları grup halinde bir avantaja dönüşebilsin.

n) Rehabilitasyon merkezlerini işletecek, yönetecek ve bu merkezlerde çalışacak kişilerin, sertifikalı bir eğitim programına tabi tutulması ve hizmet içi eğitimlerle programın sürdürülmesi gerekmektedir.

o) Yükseköğretim Kurumu Başkanlığı (YÖK) ve Üniversitelerle işbirliği yapılarak, madde bağımlılığının ve diğer dezavantajlı grupların sosyal rehabilitasyonunda mutlaka rehabilitasyon sürecine katılması gereken;

- Sosyal Pedagog
- İş- Uğraş Terapisti
- Müzik Terapisti
- Sanat Terapisti
- Resim Terapisti

Alanlarında, Önlisans-Lisans düzeyinde eğitim verecek bölümlerin yüksek öğretime kazandırılması sağlanmalıdır.

ö) Sağlık bakanlığı, Milli Eğitim Bakanlığı, Yüksek Öğretim Kurumu ve Sosyal Hizmetlerle ilgili tüm tarafların oluşturduğu bir çatı altında, alanda çalışması olan uzmanların bir araya getirilerek bir eğitim programı hazırlanması ve ivedilikle eyleme geçirilmesi gerekmektedir. Ruhsal İyileştirim ve Sosyal Rehabilitasyon merkezi açmak isteyenlere bu eğitimden geçme zorunluluğu getirilmelidir. Bu eğitim, daha önce bu işi yapanlar için de geçerli olmalıdır.

p) Yerel yönetimler, madde bağımlılarının sosyal rehabilitasyonu kapsamında sunacakları hizmetlerin finansmanı için gerekli mali kaynakların temininde ve hizmetlerin sunumunda özel sektörün ve STK'ların girişimciliğinden yararlanmalıdır.

r) Madde kullanım problemi ile mücadelenin tüm aşamalarında yerel yönetimler; denetleyici, finansör, kurucu ve işletici olarak etkin rol oynamalıdır. Bu kapsamda gerekli yasal düzenlemeler teşvik edilmelidir.

s) Madde bağımlılığı gibi son derece profesyonel yaklaşımlarla ele alınması gereken bir sahada birçok bilim dalının aynı anda ve ortak çabası ile sonuca ulaşmak daha kolay olacaktır. Bu kapsamda; Kamu yönetimi uzmanları, Sosyologlar, Psikologlar, Sağlık Profesyonelleri-Tıbbi konularda çalışma yapan bilim adamları ve İlahiyatçılar (manevi boyut) birlikte bu alanda ortak bir çaba ve çalışma sergilemelidirler.

ş) Her şeyden önemlisi ise gençlerimizin ve çocuklarımızın madde kullanımı ve bağımlılığı gibi telafisi imkânsız ve çoğu zaman sonu ölüm ile sonuçlanan bir sürecin içine adım atmaması için; Ailelerin, eğitimcilerin, arkadaş çevresinin ve sosyal duyarlı tüm çevrelerin bu konuyu önemsemesi sağlanmalıdır. Bu konuda sürekli bir bilinç artışı için eğitim verilmeli ve seminerler düzenlenmelidir. Ayrıca tedavi sürecini başarıyla tamamlayan/tamamlayamayan bireylere karşı toplumdaki ön yargıların silinmesi için basın yoluyla bilinçlendirme faaliyetleri sürdürülmelidir. Madde bağımlılığının tedavi gerektiren bir hastalık olduğu ve bağımlılıktan kurtulma sürecinin mümkün ve yıllar alabileceği gerçeği ile bu konuda toplumsal bir sabır ve duyarlılık gösterilerek, madde bağımlılarının tedavi sonrası toplum içerisinde aynı sıkıntılarla karşılaşılacağı konusundaki öğrenilmiş çaresizlikleri son bulmuş olacaktır.

KAYNAKÇA

- ACAR, Muhittin ve Hüseyin Özgür (2004) ,*Çağdaş Kamu Yönetimi 2*, Nobel Yayın Dağıtım, Ankara.
- AKMAN, Nuriye (2008), “Tedavi Olana Sahip Çıkmazsak Kimseyi uyuşturucudan Kurtaramayız” ,www.zaman.com.tr/haber.do?haberno=763231
- AKTEL Mehmet (2003), *Küreselleşme ve Türk Kamu Yönetimi*, Asil Yayın Dağıtım, Ankara.
- ALGÜL, Ayhan, Ü.B. Semiz, M.A. Ateş, C. Başoğlu, A. Doruk, S. Ebrinç, E. Pan ve M. Çetin (2007), “Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerde Madde Kullanımı ve Saldırganlık İlişkisi”, *Düşünen Adam*, Cilt 20, Sayı 3, s. 141-150.
- ALPTEKİN, Kamil, “Küreselleşme Sürecinde Türkiye’de Sosyal Devlet ve Sosyal Hizmetlerin Görünümü”,
www.sosyalhizmetuzmani.org/kuresellesmesosyaldevlet.doc, 30.10.2008
- ALPTEKİN, Köksal (2008), “Tartışma ve Öneriler”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, Cilt 9 Sayı ek 1, s. 69-91,
<http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/apd/fulltext/2008/ek/69.pdf> , 12/11/2008.
- ALTUNTAŞ, Betül (2001), “Avrupa Birliği Belgelerinde Sosyal Politika”, *Toplum ve Sosyal Hizmet*, Cilt 12, Sayı 3, s.1-12.
- ARIKAN, Yeşeren Eliçin (2004), “Bütünleşen Avrupa’da Yerel Yönetimler”, *Görüş*, 2004, Mart, s.38-50
- AYSAN, Fatih (2007), “Belediyelerin Üstlendikleri Yeni Rol: Sosyal Belediyecilik”, *Sosyal Politikalar Dergisi*, Sayı 02,Kış.
- BALCI, A., N. K. Öztürk, A. Nohutçu, B. Coşkun (2003), *Kamu Yönetiminde Çağdaş Yaklaşımlar*, Seçkin Yayınları, Ankara
- BASUT, Ebru (2006), “Stres, Başa Çıkma ve Ergenlik”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, Cilt 13, Sayı 1, s. 31-36.
- BAŞARAN, Sermet (2007), “Özürlülerin Toplumsal Bütünleşmesinde Yerel Yönetimlerin Önemi”, *Sosyal Politikalar Dergisi*, Sayı 02,Kış.

- BINDER, T. Ve B. Vavrinkova (2008), “Prospective randomised comparative study of the effect of buprenorphine, methadone and heroin on the course of pregnancy, birthweight of newborns, early postpartum adaptation and course of the neonatal abstinence syndrome (NAS) in women followed up in the outpatient department”, Abstract, Neuro Endocrinol. Lett., Vol. 29, No.1, s.80-86.
- Bursa Sağlık Müdürlüğü (2002), “Öğrenciler Arasında Madde Kullanım Yaygınlığının ve Özelliklerinin Belirlenmesi”, Bursa Sağlık Müdürlüğü Yayınları-5, Bursa.
- CARROLL, Kathleen M. ve Lisa S. Onken (2005), “Behavioral Therapies for Drug Abuse”, Am.J. Psychiatry, <http://ajp.psychiatryonline.org/cgi/reprint/162/8/1452>, 13.09.2008.
- CROSSE, Caroline, B. Hocking (2004), “Social Rehabilitation: What Are The Issues?”, www.dva.gov.au/rehabilitation/discussion_paper.doc, 24/10/2008.
- ÇAKMAK, Duran (2001), “Amatem: Bir Bağımlılık Tedavi Merkezi”, *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 2, Sayı 1 , <http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/2855.pdf> , 10/10/2008.
- ÇELİK, Aziz (2004), “Sosyal Gerilim Yükseliyor”, Radikal Gazetesi, 30 Haziran
- ÇELİK, Aziz (2006), *AB Sosyal Politikası Uyum Sürecinin Uyumsuz Alanı*, Kitap Yayınevi, İstanbul.
- ÇUKURÇAYIR, M. Akif (2003), Muhittin ACAR-*Yerel ve Kentsel Politikalar*, Çizgi Yayınları, Konya.
- DARE (Drug Abuse Resistance Education), <http://www.dare.com> , 26/11/2008.
- DEMİREL, Süleyman(2001) Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Lisansüstü Eğitim, Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin Sosyal Hizmet Anabilim Dalı İçin Öngördüğü Yüksek Lisans Tezi, Ankara
- DERDİMAN, R. Cengiz (2005), *Yeni Düzenlemelere Göre Yerel Yönetimler*, Aktüel Yayınları, 1. Basım, İstanbul.
- DJOUSSE, Luc ve J.M. Gaziano (2008), “Alcohol Consumption and Heart Failure in Hypertensive US Male Physicians”, The American Journal of Cardiology, [www.ajconline.org/article/S0002-9149\(08\)00761-3/fulltext](http://www.ajconline.org/article/S0002-9149(08)00761-3/fulltext), 19.09.2008

- DPT- Uzmanlık Tezleri (2007), *İl Özel İdaresi Harcamalarının Mevcut ve Potansiyel Olarak Fonksiyonel Analizi*, Ekim.
- EKER, Cevat (2007), “Ortaöğretim Öğrencilerinin Sigara, Alkol, Uyuşturucu ve Keyif Verici Maddeleri Kullanma Nedenleri”, Editörler: YILDIRIM, N. ve K. Yıldırım, Sosyal Hizmet Sempozyumu, S.A.Ü. Yayınları, s. 73-83.
- EKŞİ, Aysel (1999), “Alkol, Uyuşturucu ve Uyarıcı Madde Kullanımı”, Editör: EKŞİ, A., Ben Hasta Değilim, Nobel Yayınları, İstanbul, s.187-194.
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drus and Drug Addiction) (2007), “Drug Use And Related Problems Among Very Young People (Under 15 Years Old)”, <http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/minors>, 11/10/2008
- EMCDDA (European Monitoring Centre for Drus and Drug Addiction) (2008), “Avrupa’daki Uyuşturucu Sorununun Durumu”, www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_64227_TR_EMCDDA_AR08_tr.pdf - , 25/11/2008.
- EMCDDA(European Monitoring Centre for Drus and Drug Addiction) (2008), “Açıklama-Avrupa’da Uyuşturucu Sorunu”, <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index41521TR.html?LayoutFormat=print>, 20/10/2008
- ERBAY, Yusuf (1998), “Yerel Yönetimler ve Sosyal Hizmetler” , *Türk Belediyecilik Dergisi*, Ankara.
- ERDOĞDU, Seyhan (2008), “Avrupa Birliği ve Sosyal Politika”, *Mülkiye Dergisi*, sayı 245, http://www.mulkiyederigi.org/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=50&limit=25&limitstart=0&order=hits&dir=ASC&Itemid=2 , 05/11/2008.
- ERGUN, Turgay, <http://www.todaie.gov.tr/pdf/KAYA.PDF>, 12.12.2008
- ERSÖZ H. Yunus, “5272 Sayılı Yasa Öncesinde Türkiye’de Belediyelerin Sosyal Politika Alanındaki Deneyimleri”,.

<http://iibf.kocaeli.edu.tr/ceko/ssk/kitap50/11.pdf/> www.calisma.org,
20.10.2008

ERSÖZ, Halis Yunus (2007), “Yerel Yönetimlerin Sosyal Politika Alanındaki Rolü”, *Sosyal Politikalar Dergisi*, Sayı 02,Kış.

ERTÜRK, Hasan (1995), *Kent Ekonomisi*, Ekin Kitabevi Yayınları, Bursa.

ERYILMAZ, Bilal (2007), “Sosyal Politikalarda,Önce Aile, Sonra Sivil Toplum, Sonra Yerel Yönetimler ve Daha Üst Düzeyde Merkezi Yönetim Kuruluşlarının...” *Sosyal Politikalar Dergisi*, Sayı 02,Kış.

EVREN, Cüneyt, K. Ögel, D. Tamar, D. Çakmak (2004), “Uçucu Madde Kullanıcılarının Özellikleri”,
<http://www.sabem.saglik.gov.tr/kaynaklar/2993.pdf>, 13/09/2008

FİŞEK, Gürhan, (2007), *Sosyal Hizmet ve Sosyal Yardımların Sosyal Politika Araçları İçerisindeki Yeri(‘Genel’i Yerel’e İndirmek)*, Ankara Üniversitesi Siyasal Bilgiler Fakültesi Sosyal Politika Araştırma ve Uygulama Merkezi Yayınları No: 595, Ankara.

GARNER, B.R., S.H. Godley ve R.R. Funk (2008), “Predictors of Early Therapeutic Alliance Among Adolescents in Substance Abuse Treatment”, Abstract, J. Psychoactive Drugs, Vol. 40, No.1, s. 55-65

GRUBER V.A., K.L.Delucchi, A. Kielstein ve S.L. Batki (2008),“A randomized trial of 6-month methadone maintenance with standard or minimal counseling versus 21-day methadone detoxification” Abstract, Drug Alcohol Depend., Vol. 94, No. 1-3, s. 199-206.

GÜNDAY Metin (2004), *İdare Hukuku*, 9. Baskı,İmaj Yayınevi, Ankara. 61

GÜNEŞ, İsmail (1995), “Yerel Yönetimler ve Yerel Yönetimlerin Varlık Nedenleri”, <http://www.marmara.edu.tr> ,
<http://idari.cu.edu.tr/igunes/yerel/yy-1.htm>, 15.10.2008

HHS (U.S. Department of Health and Human Services), “Medicare Program General Information” <http://www.cms.hhs.gov/MedicareGenInfo/> ,
28/11/2008.

<http://www.cte-seslenis.adalet.gov.tr/index.htm>, 27/11/2008.Denetimli Serbestlik Hizmetlerinde Madde Bağımlılığı Konferansı Gerçekleştirildi”, Sesleniş Gazetesi, 15 Ekim 2008,

<http://drugs.homeoffice.gov.uk/drug-interventions-programme/strategy/?version=3> ,
19/11/2008. Drug Interventions Programme,
<http://www.kom.gov.tr/Tr/KonuDetay.asp?id=7&BKey=69> , 15/10/2008. KOM
(Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı) , “TUBİM”,
http://www.cityoflondon.gov.uk/Corporation/LG_NL_Services/Health_and_social_c
ar, 19/11/2008. National Strategy at a Local Level,
<http://arsiv.sabah.com.tr/2004/01/11/gny102.html> , 27/11/2008. Sabah Gazetesi,
200 Bin Kişi Bağımlı, 01 Kasım 2004,
<http://www.tubim.gov.tr/test/istatistik/> , 15/10/2008. TUBİM (Türkiye Uyuşturucu
Bağımlılığı İzleme Merkezi) (2008), “İstatistikler”,
[http://www.pdrciyiz.biz/turkiyede-madde-kullanım-yaygınlığı-](http://www.pdrciyiz.biz/turkiyede-madde-kullanım-yaygınlığı-t5493.html)
t5493.html,18/10/2008, Türkiye’de Madde Kullanım Yaygınlığı,
<http://www.netgazete.com/NewsDetail.aspx?nID=53879>, 27/10/2008. Uyuşturucu
kaçakçılığı ile mücadele için 6 yılda 61 bin baskın düzenlendi; 751 PKK’lı
yakalandı, 26/10/2008
<http://www.hurriyet.com.tr/ankara/9012349.asp?gid=140&srid=3506&oid=9&l=1> ,
25/11/2008. Uyuşturucu Tedavisinde Ekonomik İmkan Çıkmazı, Hürriyet
Gazetesi 23 Mayıs 2008,
<http://www.adsizalkolikler.com/12basamak.html>, 18.10.2008.
www.adsizalkolikler.com/bolgekomiteleri.html ,18.10.2008.
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/fr> , 15/11/2008,
Country Overview: France, EMCDDA (2008),
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/de> , 15/11/2008,
Country Overview: Germany, EMCDDA (2008),
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews/uk> , 15/11/2008.
Country Overview, United Kingdom, EMCDDA (2008),
<http://www2.rgu.ac.uk/publicpolicy/introduction/uk.htm> , 12/11/2008. The Robert
Gordon University (2008), “Social Policy in The UK”,
<http://www2.rgu.ac.uk/publicpolicy/introduction/wstate.htm> , 12/11/2008. The
Robert Gordon University (2008), “The Welfare State”,
HUBER, Manfred, M. Maucher ve B. Sak (2006), “ Study on Social and Health
Services of General Interest in The European Union Final Synthesis Report”

- http://ec.europa.eu/employment_social/spsi/docs/social_protection/2008/study_social_health_services_en.pdf , 28/11/2008.
- İKV (İktisadi Kalkınma Vakfı) (2008), “Sosyal Politika”,
<http://www.ikv.org.tr/print.php?ID=1245> , 12/11/2008, Avrupa Birliği’nin Sosyal Politikası, <http://www.ikv.org.tr/pdfs/96b12507.pdf> , 11/11/2008.
- KALABALIK, Halil (2005), *Yerel Yönetim Hukuku*, Seçkin Yayınları, Ankara.
- KARAKURT TOSUN, Elif (2007), *Paradoks, Ekonomi, Sosyoloji ve Politika Dergisi*, “Avrupa Birliği’ne Üyelik Sürecinde Türkiye’de Yerel Yönetimler ve Sivil Toplum Kuruluşları (e-dergi)”, <http://www.paradoks.org>, ISSN 1305-7979, Yıl:3 Sayı:2, 12.12.2008
- KAYA, Erol, “Belediyelerde Kullanılmayan/Kullanılamayan Yetkiler”,
<http://www.yerelsiyaset.com/v2/index.php>, 25.10.2008
- KAYA, Erol, “Türkiye’de Yeni Bir Dönem:Yerel Yönetimler Reformu, AB Yerel Politikaları Işığında Reformun değerlendirilmesi”
<http://www.pendik.bel.tr/bpi.asp?caid=298&cid=2480> , 20.10.2008
- KELEŞ, Ruşen (1998) ,*Yerinden Yönetim ve Siyaset*, İstanbul.
- KELEŞ, Ruşen (1999), *Avrupa’nın Bütünleşmesi ve Yerel Yönetimler*, Ankara, Türk Belediyecilik Derneği ve Konrad Adenauer Vakfı.
- KILIÇARSLAN, Fatih (2007), “Madde Bağımlısı Ergenlerde Aile Terapileri ve Bir Olgu Sunumu”, *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 8, Sayı 1, s. 42-45.
- KING, V.L. ve R.K. Brooner (2008), “Improving Treatment Engagementin Opioid-Dependent Outpatients with a Motivated Stepped- Care Adaptive Treatment Model”,Abstract, Jt CommJ Qual Patient Saf., Vol. 34, No. 4, s. 209-213.
- KOÇAK, Nadir (2008), “Madde Bağımlılığına Sosyal Yaklaşımlar”,
<http://www.tubim.gov.tr/test/yayinlar/> , 14/10/2008.
- KÖKNEL, Özcan (1998), *Bağımlılık (Alkol ve Madde Bağımlılığı)*, Altın Kitaplar, İstanbul.
- KÖKNEL, Özcan (1999) “Çocukluk ve Gençlik Çağında Alkol ve Madde Bağımlılığı”, Editör: EKŞİ, A., Ben Hasta Değilim, Nobel Yayınları, İstanbul, s. 169-186.
- KUTLU, Önder (2006), *Karşılaştırmalı Kamu Yönetimi*, Çizgi Yayınları, Konya.

- LAFFAYE, C., J.D: McKellar, M.A. Ilgen ve R.H. Moos (2008), “Predictors of 4-year outcome of community residential treatment for patients with substance use disorders”, Abstract, Addiction, Vol. 103, No. 4, s. 671-680.
- LEIFER, Sarah Masseyaw (2003), Introduction To Maternity & Pediatric Nursing, 4th Edt., Saunders, Missouri.
- MALHOTRA, Anil, D. Basu, N. Gupta (2005), “Psychosocial Treatment of Substance Use Disorders in Adolescents”, Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health (JIACAM), Vol. 1, No. 1, s. 1-13.
- MANER, Fulya, M. Erkıran ve Y. Hantaş (2004), “Alkol ve Alkol Dışı Madde Bağımlılığı Olan Kadınlarda Yeme Bozuklukları”, *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 5, Sayı 2, s. 12-15.
- METİN, Ahmet, Ş. Subaşı, K. Ögel, ve M. Güzeloğlu (2001), “Uçucu ve Uyuşturucu Madde Bağımlılarında Deri Bulguları”, *T. Klin. Dermatoloji*, Sayı 11, s.61-67.
- NADAROĞLU Halil (2001), *Mahalli İdareler*, 7. Baskı, Beta Yayınları, İstanbul.
- OECD, (2004), *Sosyal Harcama Verisi*, OECD İstatistikleri, Paris.
- ONDCP (Office On National Drug Control Policy),
<http://www.whitehousedrugpolicy.gov/> ,25/11/2008.
- ÖGEL, K., S. Taner ve C. Y. Eke (2006), “ Onuncu Sınıf Öğrencileri Arasında Tütün, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı: İstanbul Örnekleme”, *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 7, Sayı 1, s. 18-23.
- ÖGEL, Kültegin (2002), *Türkiye’de Madde Bağımlılığı*, IQ Yayınları, İstanbul.
- ÖGEL, Kültegin ve Alper Aksoy (2007), “Tutuklu ve Hükümlü Ergenlerde Madde Kullanımı”, *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 8, Sayı 1, s. 11-17.
- ÖGEL, Kültegin ve B. Erol (2005), *Çocuklarda Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı*, Morpa Yayınları, İstanbul.
- ÖGEL, Kültegin, D. Tamar, C. Evren ve D. Çakmak (2000), “Uçucu Madde Kullanımının Yaygınlığı: Çok merkezli Bir Araştırmanın Verilerinin Değerlendirilmesi”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, Cilt 1, Sayı 4, s. 220-2204.

- ÖGEL, Kültegin, E. Armağan, C. Y. Eke ve S. Taner (2007), “Madde Deneyen ve Denemeyen Ergenlerde Sosyal Aktivitelere Katılım: İstanbul Örneklemi” *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 8, Sayı 1, s. 18-23.
- ÖKSÜZ, Ömer (2007), “Yerel Yönetimlerin Çoğu Alt Yapı Açısından Yerel Sosyal Politikalar Uygulamaya Hazır ve Müsait Değil”, *Sosyal Politikalar Dergisi*, Sayı 02,Kış.
- ÖZ, Fatma (2000), *Madde Kullanım Bozuklukları*, Editör: KUM, Nebahat , Psikiyatri Hemşireliği El Kitabı, 2. Baskı, Vehbi Koç Vakfı Yayınları-3, s. 82-100.
- ÖZDEN, Salih Yaşar (1992), *Uyuşturucu Madde Bağımlılığı Teşhis, Tedavi, Tedbir*, Nobel Yayınları, İstanbul.
- ÖZTÜRK, Yusuf ve Osman Günay (2000), “Sürdürülebilir Sağlığın Sağlanmasında Çok Sektörlü Stratejiler”, 21. Yy’da Herkese Sağlık, Erciyes Üni. Yayınları No.126, 96-104.
- PAR-CE-VAL (2008), www.pardeval.org, 14/10/2008
- PARLAK, Bekir ve Zahid Sobacı (2005), *Kuram ve Uygulamalarda Kamu Yönetimi Ulusal ve Global Perspektifler*, Alfa, Aktüel Yayınları,İstanbul.
- POLAT, Oğuz (2004), “Çocukta Korkulu Rüya: Uyuşturucu”, Çocuk Forumu, Mayıs-Ağustos, s. 1-10.
- RAY, Oakley ve C. Ksir (1996), “Drugs, Society and Human Behavior”, 7th Edt. , Mosby, Missouri.
- Republic of Turkey Ministry Of Interior (2007), “Action Plan for The Implementation Of National Policy And Strategy Document On Counteracting Addictive Substance And Substance Addiction 2007-2009”, www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index33671EN.html
- RUBINSTEIN, Mark L. (2008), “Who’s Smoking? Cotinine Versus Self-Report in Adolescent Populations”, Journal of Adolescent Health, [www.jahonline.org/article/S1054-139X\(08\)00288-7/fulltext](http://www.jahonline.org/article/S1054-139X(08)00288-7/fulltext), 19.09.2008
- SAATÇIOĞLU, Ömer, A. Yapıcı, G. Cığerli, R. Üney ve D. Çakmak (2007), “Yatarak Tedavi Gören Bağımlı Hastalarda Nüksün Değerlendirilmesi”, *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 8, Sayı 3, s. 133-137.

- SAYAL, Ahmet, A. Aydın, K. Demirkan ve A. Işimer (2005), “Alkol Kullanımı ve Suç Oranı”, *Gülhane Tıp Dergisi*, Cilt 47, Sayı 1, s.14-17.
- SEYYAR Ali ve Oral Demir (2008), *Katılımcılık ve Kalkınma Ekseninde Yerel Sosyal Politikalar*, Kam Yayınları, İstanbul
- SEZER, Birkan Uysal, (1987) Yerel Yönetimin Çevresi - Halkla İlişkiler ve Kanaat Araştırmaları", *Amme İdaresi Dergisi*, C. 20, S. 1.
- SIEVEKING, Caspar F. (2006), “Rehabilitation in The Paracelsus-Wiehengebirschclinic Bad Essen The German Way of Addiction Treatment”, www.paracelsus-kliniken.de/img/ejbfile/The%20Treatment%20of%20Depedency.doc?id=1631
- SUÇİN, Sevgi (2008), “Almanya, Hollanda, İtalya, Fransa ve İsveç’te Madde Kullanımı ve Mücadele Profili”, www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=30986&DOSYASIM=5Avrupa.pdf, 12/11/2008.
- SUÇİN, Sevgi (2008), “Amerika’da Madde Bağımlılığı İle Mücadele Yöntem ve Araçları”, www.saglik.gov.tr/TR/dosyagoster.aspx?DIL=1&BELGEANAH=30991&DOSYASIM=Amerikada.pdf, 22/09/2008.
- T.C. Başbakanlık Aile ve Sosyal Araştırmalar Genel Müdürlüğü (2006), “AB Ülkelerinde ve Türkiye’de Aile Politikaları”, www.aile.gov.tr/dosya/?Id=84, 18/10/2008.
- TBMM Araştırma Komisyonu Raporu (2008) “Komisyon Tarafından Tespit Edilen Temel Sorunlar ve Çözüm Önerileri” www.0-18.org/raporlar/meclis_arastirma_kom_rapor3.doc, 20/11/2008.
- TC BAŞBAKANLIK ÖZÜRLÜLER İDARESİ BAŞKANLIĞI (1999), “Çağdaş Yaşam ve Özürllüler”, 1. Özürllüler Şurası, Ankara, Aralık, Takav Matbaacılık.
- TEKELİ, İlhan (2003), “Siyasal Toplum İle Sivil Toplum Arasında Yerini Belirlemede Olan Yerel Yönetimler”, Cilt 12, Nisan, s.5-15

- TOPÇUOĞLU, Volkan ve Y. Bez (2005), “Madde Kullanımına Bağlı Enfeksiyonlar”, *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 6, Sayı 2, s. 89-96.
- TOPRAK, Sadık ve Esin Akgül (2007), “Madde Kullandığı İddiası İle adli Tıp Kurumu 4. İhtisas Kurulu’nda 1997-2000 Yılları Arasında Muayene Edilen Olguların Psikiyatrik Komorbiditeleri”, *Adli Psikiyatri Dergisi*, Sayı 4.
- TOUMBOUROU, John W., T. Stockwell, C. Neighbors, J. Sturge, J. Rehm (2007), “Interventions to Reduce Harm associated With Adolescent Substance Use”, *The Lancet*, vol. 369, No. 4, 1391-1401.
- TÜRK, Abdülkadir (1999), *Geliyorum Diyen Tehlike*, Bayrak Yayınları, İstanbul.
- TÜRKCAN, Ahmet, B. Coşkun, E. İlem ve D. Çakmak (2001), “Alkol Bağımlılarında Bir Tedavi Programının 3 Aylık İzlem Sonuçları”, *Bağımlılık Dergisi*, <http://uvt.ulakbim.gov.tr/uvt/index.php?>, 21/09/2008.
- Türkiye Yeşilay Cemiyeti (2007), “Yeşilay Haftası Raporu”, www.yesilay.org.tr/2007_YESILAY_RAPORU.doc , 24/11/2008.
- ULUSOY Ahmet ve Tekin Akdemir (2006), *Mahalli İdareler*, Seçkin Yayıncılık, Ankara.
- United States Department of State Bureau for International Narcotics and Law Enforcement Affairs (2007), “International Narcotics Control Strategy Report”, Vol. 1, s.499-501, <http://www.state.gov/documents/organization/81446.pdf> , 12/11/2008.
- UNODC (United Nations Office on Drug and Crime) (2008), World Drug Report, http://www.unodc.org/documents/wdr/WDR_2008/WDR_2008_eng_web.pdf, 15.09.2008.
- UNODC (United Nations Office on Drugs and Crime) (2003), “Drug Abuse Treatment Toolkit/ Drug Abuse Treatment and Rehabilitation”, http://www.unodc.org/pdf/report_2003-07-17_1.pdf, 20/11/2008.
- UZUN Turgay ve Serap Özen (2004), *Avrupa Birliği Sürecinde Türkiye*, Seçkin Yayınları, Ankara.
- UZUN, Özcan (), “Madde Kullanımı İle İlişkili Bozukluklar”, www.gata.edu.tr/dahilibilimler/ruhsagligi/dersnot%205.7.doc?ref=BenimShopum.com –, 10/10/2008

- Welfare Information (2008), “US Welfare System”, <http://www.welfareinfo.org/> , 15/11/2008.
- WESTOVER, Arthur N., S. McBride ve R.W. Haley (2007), “Stroke in young Adults Who Abuse Amphetamines or Cocaine”, *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 64, s. 495-502.
- WHO (World Health Organisation) (2008), “Substance Abuse”, www.who.int/substance_abuse/facts/, 22.09.2008
- WHO (World Health Organization) (2004), “Policy Brief:Reduction of HIV Transmission Through Drug-Dependence Treatment” www.unodc.org/documents/hiv-aids/reduc_HIV_trans_drug_dep_treat_eng.pdf, 14/10/2008
- YILDIRIM, Kazım, (2007), *Sosyal Hizmet*, Sakarya Yayıncılık.
- YILDIZ, Mustafa (2008), “Türkiye’de Ruhsal İyileştirim (Psikososyal Rehabilitasyon): Karşılanmamış Gereksinimler”, <http://psikiyatri.org/online/content/view/>, 11/08/2008.
- YÖRÜKOĞLU, Atalay, “Ulusal Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı Politikaları 2. Çalıştayı (2007)”, *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, Cilt 14, Sayı 1, s. 57-66.
- YUMRU, Mehmet, H.A. Savaş, H. Tutkun, H. Herken, M. Karasu ve H.E. Dülger (2005), “Gaziantep Üniversitesi’nde adli psikiyatrik açıdan incelenmiş olan olguların değerlendirilmesi: *Yüksek oranda alkol-madde kullanımı*”, *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, <http://lokman.cu.edu.tr/psikiyatri/derindex/apd/fulltext/2005/30.pdf>
- YÜNCÜ, Zeki (2007), “Çocuklarımızı Bağımlılıktan Korumalıyız! Nasıl? Neden?”, 9. Ulusal Psikolojik Danışma ve Rehberlik Kongresi Kongre Özet Kitabı, s. 31-32.
- YÜNCÜ, Zeki, C. Aydın, H. Coşkunol., E. Altıntoprak ve A. T. Bayram (2006), “Çocuk ve Ergenlere Yönelik Bir Bağımlılık Merkezine İki yıl Süresince Başvuran Olguların Sosyodemografik Değerlendirilmesi”, *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 7, Sayı 1, s.31-37.

- YÜNCÜ, Zeki, U. Yıldız, S. Kesebir, E. Altıntoprak ve H. Coşkunol (2005),
“Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Olguların Sosyal Destek Sistemlerinin
Değerlendirilmesi”, *Bağımlılık Dergisi*, Cilt 6, Sayı 3, s. 129-135.
- ZASTROW, Charles (1996), *Social Problems Issues and Solutions*, 4th Edt.,
Wadsworth Publishing Co., USA.
- ZITELLI, Basil J. ve Holly W. Davis (2002), *Atlas Of Pediatric Physical
Diagnosis*, 4th Edt., Mosby, USA.

EKLER

EK 1

DSM 4'E GÖRE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARININ TANISAL KRİTERLERİ

Madde Bağımlılığı Tanı Kriterleri

12 aylık süre içerisinde, herhangi bir zaman diliminde aşağıdaki maddelerden en az üçünün görülmesi gerekir:

Aşağıdakilerden herhangi biriyle tanımlanan “Tolerans”

İntoksikasyon (Alınan maddenin MSS üzerinde yaptığı etki nedeniyle gelişen, geçici psikolojik ve fizyolojik değişiklikler) ya da arzulanan etkiyi elde edebilmek için maddenin dozunu sürekli arttırmak

Maddenin sürekli aynı miktarda alınması sonucu etkisinin belirgin bir şekilde azalması

Yoksunluk

Maddeye karşı gelişen karakteristik yoksunluk sendromu

Yoksunluk belirtilerini önlemek ya da şiddetini azaltmak amacıyla aynı maddenin ya da ,benzer etki gösteren bir maddenin alınması

Uzun dönemde kullanılan madde miktarının artması

Sürekli olarak madde kullanımını sonlandırmayı ya da kontrol edebilmeyi istemek veya bu yönde yapılan girişimlerin başarısızlıkla sonuçlanması

Maddeyi elde edebilme yolunda fazlasıyla zaman harcama

Sosyal ya da çalışma hayatına yönelik önemli aktivitelere katılımın azalması ya da tamamen bırakılması

Fizyolojik ve psikolojik pek çok soruna yol açtığını ya da mevcut problemleri kötüleştirdiğini bile bile madde kullanımını sürdürmek (Ksir ve Ray, 1996; Uzun, 2008; Ekşi, 1999; Öz, 2000).

Madde Kötüye Kullanımı Tanı Kriterleri

I-12 aylık süre zarfında aşağıdaki maddelerden bir veya daha fazlasının görülmesi gerekir:

- Bireyin madde kullanımı nedeniyle çalışma, okul ya da ev yaşantısındaki önemli sorumluluklarını yerine getirmede zorlanması.
- Fiziksel yönden tehlikeli durumlarda bile madde kullanmayı sürdürmek
- Sık sık -madde kullanımı ile bağlantılı- yasal sorunlar yaşamak
- Dönemsel ya da sürekli sosyal ve kişilerarası ilişkilerde problem yaşamak ya da mevcut sorunların alevlenmesi

II-Semptomlar hiçbir zaman “madde bağımlılığı” kriterlerini karşılamaz (Ksir ve Ray, 1996; Uzun, 2008).

EK 2

ADSIZ ALKOLİKLER “12 ADIM” PRENSİPLERİ

Alkole karşı güçsüz olduğumuzu ve yaşantımızın yönetilemez hale geldiğini kabul ettik

Sadece bizden üstün bir gücün akıl sağlığımızı geri getirebileceğine inandık

İrademizi ve hayatımızı algıladığımız anlamdaki Tanrı’ya teslim etmeye karar verdik

Geçmişimizin ahlaki bir dökümünü araştıracı ve korkusuz bir bakışla yaptık

Kusurlarımızı açık bir dille Tanrı’ya, kendimize ve bir başkasına itiraf ettik

Tanrı’nın bu kişilik bozukluklarını düzeltmesi için tüm benliğimizle hazırlandık

Tanrı’dan eksikliklerimizi gidermesini alçakgönüllülükle diledik

Zarar verdiğimiz insanların listesini çıkarttık ve hatalarımızı düzeltmeye istekli hale geldik

Daha önce zararımız dokunan kişilerden, onları veya başkalarını rahatsız etmeyeceğimizden emin olduğumuz zaman, doğrudan özür diledik ve hatalarımızı mümkün olduğu kadar telafi ettik

Kişisel dökümümüzü yapmaya devam ettik ve hatalı olduğumuz zamanlar bunu derhal itiraf ettik

Dua ve meditasyon yoluyla algıladığımız anlamdaki Tanrı ile bilinçli bağlantımızı geliştirmeye devam ettik. O’nun bizlere uygun gördüğü şeyleri anlamak, bunları yerine getirebilmek ve gerekli gücü vermesi amacıyla dua ettik

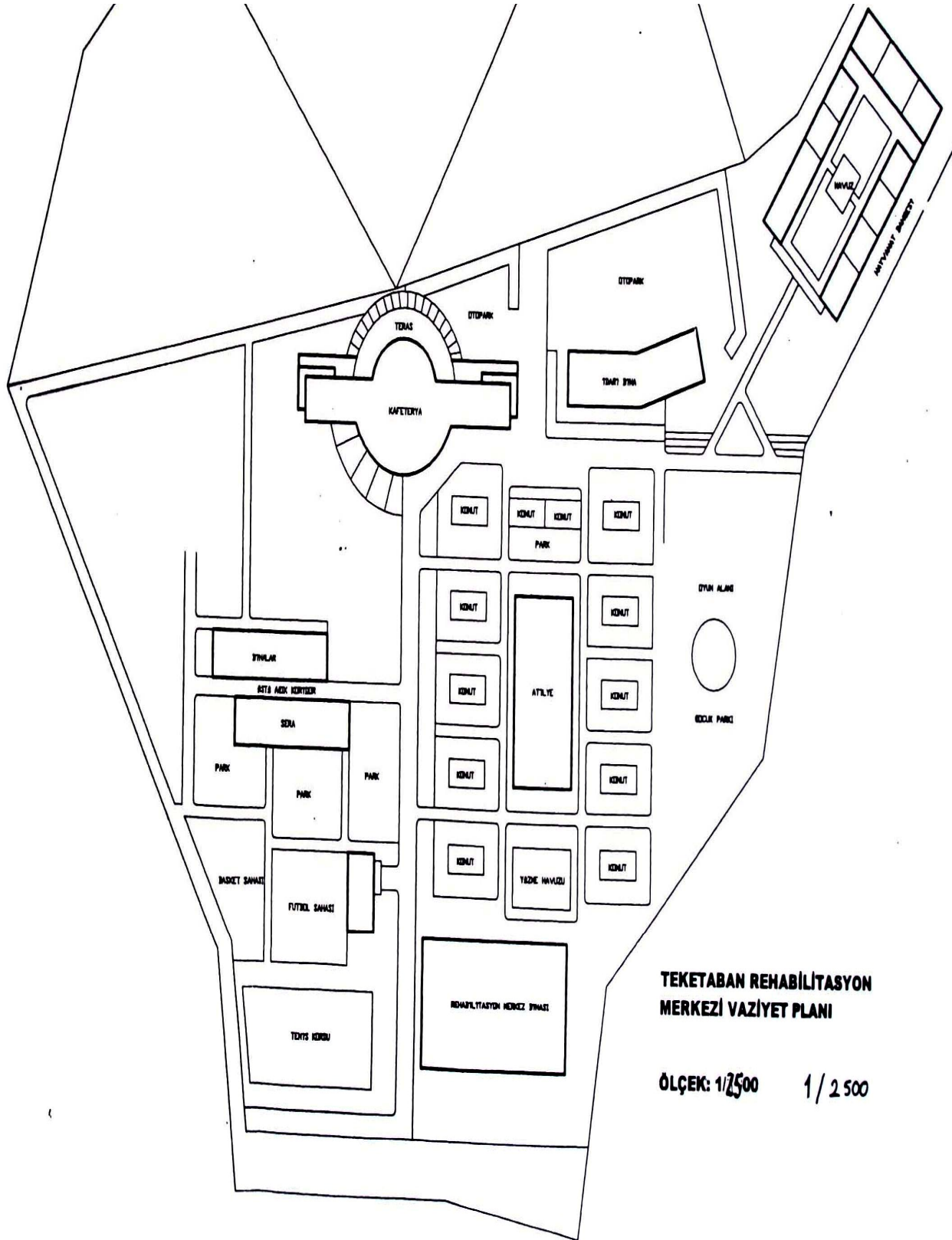
Bu basamakların sonucu olarak, ruhsal bir uyanışla, bu mesajı alkoliklere taşımaya ve bu ilkeleri tüm işlerimizde uygulamaya çalıştık (www.AdsizAlkolikler.com).

EK 3

ÖRNEK PROJE: Karapürçek İlçesi Sosyal Rehabilitasyon Merkezi Vaziyet Planı ve Mimari Projesi







**TEKETABAN REHABİLİTASYON
MERKEZİ VAZİYET PLANI**

ÖLÇEK: 1/2500 1/2500

ÖZGEÇMİŞ

27.07.1979 tarihinde Ankara-Çubuk'da doğan Soner KARATAŞOĞLU, ilk ve orta öğrenimini Kocaeli-Derince'de tamamladı. Marmara Üniversitesi İ.İ.B.F maliye bölümünü kazandı ve aynı bölümden 2002 yılında mezun oldu. Mezuniyetin ardından Maliye Bakanlığında Aday İdari Memur ve Gelir Uzman Yardımcısı olarak çalıştı. 2004 yılında İçişleri Bakanlığı Kaymakam Adaylığı sınavını kazandı. İçişleri Bakanlığı tarafından 33 ay süren bir eğitime tabi tutulduktan sonra, savunmuş olduğu “Fransa da Yerel Yönetimler Çerçevesinde Mahalle Yönetimi” tezinin kabul edilmesi üzerine, 15.03.2007 tarihinde Sakarya ili Karapürçek ilçesi Kaymakamı olarak atandı. Dokuz ay süreyle Fransa’da idarecilik eğitimi alan ve Kamu Diplomasisi Kursunu başarıyla bitiren Soner KARATAŞOĞLU, evli ve bir çocuk sahibidir.