

sarhoşluğun hangi derecesinde haddin uygulanacağı, suçun oluşması, ispatı ve cezanın infazı gibi hususlarda İslâm hukukçuları arasında esasa veya ayrıntıya ilişkin birçok fikhî tartışma cereyan etmiştir (bk. HAD; SARHOŞLUK). Fıkıh literatürünün ceza hukuku bölümünde ortaya çıkan bu zengin doktrin, sonuçta İslâm'ın içkiyle mücadelesinin bir başka boyutu olup getirilen müeyyidelerin, ferdi ve sosyal realiteleri de göz ardı etmeyecek insanlığı bu içki hastalığından kurtarmaya yönelik etkili bir çaba olarak görülmesi gerekir.

BİBLİYOGRAFYA :

Lisânü'l-'Arab, "hmr", "tcr" md.leri; *Tâcû'l-'arûs*, "hânût", "hmr" md.leri; Wensinck, *el-Mu'cerm*, "hmr" md.; a.mlf., "Khamr", *EP* (İng.), IV, 994-997; Buhârî, "Eşribe", 2-6; Müslim, "Mü-sâkât", 67, "Eşribe", 3, 73; İbn Mâce, "Eşribe", 6, 10; Ebû Dâvûd, "Eşribe", 1, 2, 5, "Et'ime", 18, "Tib", 11; Tirmizî, "Tefsîrü'l-'Kur'ân", 6, "Eşribe", 3, "Büyü", 58-59, "Edeb", 43; İbn Ebû'd-Dünyâ, *Zemmü'l-müskir* (nşr. Mes'ad Abdülhamîd es-Sa'denî), Kahire 1992, s. 15-52; Cessâs, *Ahkâmü'l-'Kur'ân* (Kamhâvî), II, 3-10; III, 164-167; IV, 122-129; Vâhidî, *Esbâbü'n-nüzûl*, Kahire 1387/1968, s. 38, 87, 118; Serahsî, *el-Meb-sûl*, II, 205; XXIV, 2-34; Kâsânî, *Bedâ'i'*, V, 112-118; İbn Rüşd, *Bidâyetü'l-müctehid*, I, 382-387; İbn Kudâme, *el-Muğnî*, Kahire 1389/1969, IX, 158-173; Kurtubî, *el-Câmi'*, III, 51-62; V, 201-203; VI, 285-292; X, 128; Nüveyrî, *Nihâyetü'l-ereb*, IV, 76-125; Abdullah b. Yûsuf ez-Zey-lâî, *Naşbü'r-râye*, [baskı yeri yok] 1393/1973 (el-Mektebetü'l-İslâmiyye), IV, 295-312; Ahmed b. İmâd el-Akfehîsî, *İkrâmü men ya'ş bi-tahrî-mi'l-hamr ve'l-haşîş*, Tanta 1411/1991; Şirbinî, *Muğnî'l-muhtâc*, IV, 186-190; el-Fetâvâ'l-Hindiyîye, V, 409-412; İbn Âbidîn, *Reddû'l-muhtâr* (Kahire), VI, 391-392, 448-455; Mahmûd Şükrî el-Âlûsî, *Bulûğu'l-ereb*, I, 323; III, 24-27; Cevâd Ali, *el-Mufaşşal*, IV, 664-673; Sâlih b. Abdülazîz Âlû Mansûr, *Mevkıfû'l-İslâm mine'l-hamr*, Kahire 1975; M. İqbal Siddiqî, *Why Is-lam Forbids Intoxicants and Gambling*, Lahore 1981, s. 24-39; Vehbe ez-Zühaylî, *el-Fik-hû'l-İslâmî ve edilletüh*, Dimaşk 1404/1984, III, 536-543, 580-581; VI, 148-168; Bilmen, *Kamus*², III, 15, 19-20, 250-260; İzzet Haseneyn, *el-Müskirât ve'l-muḥaddirât beyne's-şer'i'a ve'l-kânûn*, Kahire 1986; Abdülvehhâb Abdüsselâm Tavîle, *Fikḥü'l-eşribe ve ḥaddühâ*, Kahire 1406/1986; Ahmed Fethî Behnesî, *el-Hamr ve'l-muḥaddirât fi'l-İslâm*, Kahire 1409/1989, s. 5-116; J. Sadan, "Maşh'rûbat", a.e., VI, 720-722; P. Heine, "Nabîdh", a.e., VII, 840; "Eşribe", *Mu.F*, V, 11-30; Menderes Gürkan, "İçecekler", *İslâm'da İnanç, İbadet ve Günlük Yaşayış Ansikpo-ledisi*, İstanbul 1997, II, 346-350.



MUSTAFA BAKTİR

Tıp Açısından İçki. Düşük yoğunlukta alkol içeren bira ve şarap türü mayalı içkilerin, insanların tarım hayatına geçtiği Neolitik dönemden itibaren Mısır'dan Çin'e kadar eski dünyanın hemen her ye-

rinde bilinmesine karşılık yüksek alkol dereceli damıtık içkiler, Ortaçağ'da Araplar'ın imbibik üzerinde değişiklikler yapıp ileri damıtma teknikleri geliştirmesiyle ortaya çıkmıştır. Avrupalılar, Endülü's Arapları'ndan "el-kühûl" dedikleri bu keyif verici maddeyi öğrendiler ve adını da benimseyerek *alcohol* (alcohol "alkol") şeklinde dillerine dahil ettiler. Böylece Batılı simyager ve hakim-tabipler, insanoğlunun binlerce yıldan beri her yerde aradığı "âb-ı hayat"ı bulduklarına inandılar ve bu yeni metotla değişik bitkilerden ürettikleri alkol derecesi yüksek içkilere hastalar üzerinde yaptığı ağrı dindirme, dert unutturma, cesaret ve canlılık verme gibi geçici etkilerinden dolayı "hayat suyu" anlamına gelen Grekçe *hydôr bios*. Latince *aqua vitae* vb. demeye başladılar. Türkçe'ye Batı'dan gelen *ispirto* (it. spirito) kelimesinin aslı da Latince *spiritus* (can, ruh, hayatın özü) ismidir.

Bugün hemen hemen hiçbir tedavi edici özelliğinin bulunmadığı bilinen ve bütün dünyada bağımlılığı ve kötüye kullanımı en yaygın madde olan alkol insanlık tarihi boyunca farklı şekillerde algılanmış, üretim ve tüketimi devlet tarafından bazan Amerika Birleşik Devletleri'nde olduğu gibi yasaklanmış, bazan da glasnost öncesi Sovyetler Birliği'nde görüldüğü gibi teşvik edilmiştir. Alkol kullanımı ve doğrudan doğruya çağımızda özellikle Batı toplumlarının en önemli problemlerinden biridir. Alkol kullanımının, yol açtığı sağlık sorunları yanında trafik kazaları, intiharlar, suça yönelme, aile bölünmesi, iş hayatının bozulması, meslek kayıpları ve çeşitli ekonomik yıkımlar açısından toplumlara verdiği zararlar çok boyutlu bir bio-psikososyal sorun oluşturmaktadır.

Alınan alkolün yaklaşık % 10'u midede, kalanı ise ince bağırsaklarda emilerek kısa sürede kana karışır. Aç karnına alınan alkolün emilmesi daha hızlı, tok karnına alınanınki daha yavaştır. Dolayısıyla kandaki alkol yoğunluğunun en yüksek noktaya ulaşma süresi 30-90 dakika arasında değişir. Alkol emildikten sonra vücut özümleme faaliyetine geçerek kandaki alkol yoğunluğunu düşürmeye çalışır ve büyük bir kısmını karaciğerde yakarak su ve karbondioksit dönüştürürken kalanı da solunum ve idrar yoluyla dışarı atar. Ancak bu süreçte vücut, asetaldehid birikmesi sonucu zehirlenme belirtileri göstermeye başlar. İnsan vücudu aşırı alkol yüklenmesine karşı bir noktaya kadar kendini savunmakta ve mide yaptığı sal-

gılarla cidarını korumaya çalışırken arkasından çıkış kapağını kapatarak alkolün ince bağırsağa geçip kana karışmasını engellemekte, daha sonra da kusma refleksiyle onu dışarı atmaktadır. Ancak yine de aşırı yüklenme devam ettiğinde alkol koması ve arkasından ölümün gerçekleşmesi kaçınılmaz olmaktadır. Alkol merkezî sinir sistemi ve beyin üzerine fizyolojik baskı yapar. İçkinin beyni uyarıcı etkisi olduğu şeklinde bir görüş varsa da bu doğru değildir. Alkol alındığı zaman başlangıçta kişinin canlanması, neşelenmesi, beyindeki savunma ve karşı kontrol mekanizmalarının ilk anda baskı altında kalmasının sonucudur. Bu durum, birçok kimseyi ve bazı hekimleri yanıltmakta ve az dozda alınan alkolün uyarıcı etki yaptığı gibi yanlış bir kanaate yol açmaktadır. Alkol zehirlenmesinin bir miktar ilerlemesiyle kişinin bunalımı yatışmakla birlikte kendini kontrol edemediği görülür; hafıza zayıflar, dikkat toparlanamaz ve basiret tamamen kaybolur. Kendine aşırı güven kazanan kişi canlı, taşkın ve girişkendir. Kontrolsüz mizaç dalgalanmaları ve duygusal patlamalar ortaya çıkar, bu psikolojik değişikliklere davranış ve idrak bozuklukları da eşlik eder. Akşamları içki alınması genellikle uykuya dalmayı kolaylaştırır da alkolün asıl uykusu üzerinde ters etkisi vardır. Alkol, uykunun hızlı göz hareketlerinin olduğu ve rüyaların görüldüğü dönemini etkileyerek derin uykuyu azaltır ve daha sık, daha uzun uyanma dönemleriyle uykuyu parçalanmasını artırır; dolayısıyla uyumaya yardım ettiği kanaati yanlıştır. Alkol zehirlenmesinin başlangıcında şahıslar çok konuşkan ve hoşsohbet veya tam tersine içe kapanık ve somurtkan, yahut hırçın ve kavgacı ya da gülme ve ağlama nöbetlerinin birbirini takip ettiği bir görüntü sergiler. Bazı kişilerde alkolün tesiri kısa sürede görülmez, yani alkol alımı onlar için zehirlenmenin başlangıcında genellikle rahatlatıcı ve neşelendirici rol oynar. Fakat sıkıntıları, problemlerini ve öfkelerini kontrol altında tutabilen bu şahıslar ilerleyen saatlerde alkolün kontrol mekanizmalarını depresyona uğratması ve bu arada savunma mekanizmalarını da yıkması sonucunda daha sıkıntılı, üzüntülü, öfkeli ve saldırgan olurlar; bu yüzden beraber içmeye gittiği arkadaşını içki masasında öldürenlerin sayısı az değildir. Bazıları da çok hafif etkisi olabilecek kadar az miktarda alkol aldığı halde hemen çılgınlık derecesinde ağır davranış bozuklukları gösterir.

Aşırı içki içmenin ilk ve en önemli yan etkisi karaciğer hasarı şeklindedir. Genellikle alkol fazla miktarda alındığında yağ ve proteinlerin birikmesine bağlı olarak karaciğerde yağlanmaya, dolayısıyla bu organın büyümesine ve sonuçta siroz hastalığına yol açar. Yine aşırı ve uzun süreli kullanıma mide, bağırsaklar ve pankreasta ağır bozukluklara, tansiyon yükselmesine ve kalp atışlarının düzensiz hale gelmesine sebep olur; ayrıca kan yapımıyla ilgili sistemi olumsuz yönde etkileyerek karaciğer, kalın bağırsak ve akciğer gibi çeşitli organlarda kanser riskini arttırır. Alkoliklerin % 10'unda kısırlık ve alkole bağlı sirozu olan erkeklerin % 30-50'sinde testis küçülmesi görülmektedir.

Aktif alkol kullanıcılarının en yüksek yüzdesine ve alkol tüketiminin en büyük payına yirmi-otuz beş yaş grubu sahiptir; bu pay ve diğer sayısal değerler ileriki yaşlarda azalmakta, altmış beş ve daha yukarı yaşlarda ise alkolden kaçınma başlamaktadır. Kime alkolik denileceği, kimin normal içici sayılacağı daima tartışıldığı gibi alkol kullananların hiçbiri alkolik olacağını düşünerek içmeye başlamamaktadır. Aşırı istek duyulan alkolün kişi için psikolojik ve fizyolojik ihtiyaç haline gelmesi, sık sık ve bol miktarda alınması, alınmadığı zaman yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ve günlük hayatın sürdürülememesi alkol bağımlılığının oluştuğunu gösterir.

Alkol bağımlılarının genellikle alkolü bırakmaları veya alıştıkları dozu azaltmaları halinde ortaya çıkan belirtiler kümesine "alkol yoksunluk sendromu" denilir. Bu halin klasik belirtisi olan titreme nöbetleri ve sinirlilik alkolün kesilmesinden altı ile sekiz saat sonra gelişir; sekiz ile on iki saat sonra idrak bozuklukları, on iki ile yirmi dört saat sonra da sara nöbetleri başlayabilir. Genellikle otuz beş yaşından sonra, çok uzun süreyle fazla miktarda alkol kullanımından dolayı hafıza bozuklukları meydana gelir. Aşırı alkol kullanımı kişinin eşine olan sevgi ve saygısının, bu arada cinsel ilgisinin de giderek azalıp kaybolmasına, özellikle onu umursamaz ve aşağılayıcı tavırlar takınmasına, içinde beliren kıskançlık ve aldatılma duygularını şiddetle sergilemesine yol açar. Çok sinirli, huzursuz, alingan, her şeyden şüphelenen ve sık sık öfke patlamaları gösteren bu kişilerde önceleri sadece sarhoşluk anında dışa vurulan şüphe, korku ve saldırgan davranışlar zamanla süreklilik kazanıp gerçek bir hezeyan halini alır ve

kişinin bütün düşüncelerine ve hayatına hâkim olur. Hastalardaki aldatılma ve kıskançlık hezeyanları, şahsın aile hayatını sarsan ve bazan intihara veya adam öldürmeye yol açabilecek kadar tehlike arzeden, "alkol paranoyası" adı verilen bir hastalıktır. Son yirmi otuz yılda yapılan çalışmalar, alkol kullanımıyla ilişkili zararların ve bozuklukların sadece alkolü kullananlarla ve yetişkinlerle sınırlı kalmadığını, gelecek nesilleri de etkilediğini göstermiştir. Bir alkolik kadının özürülü bir çocuğa sahip olma riski % 35 gibi yüksek bir orandadır. Bu risk, anneleri içki içen çocukların ana rahminde iken alkole mâruz kalmalarının sonucudur. Alkol ana rahmindeki büyümeyi ve doğum sonrası gelişmeyi engeller; çocukta zekâ geriliğine, boy kısalığına ve davranış bozukluklarına sebep olur.

Evliliklerde kaçınılmaz bir gerilime ve tahribata yol açan alkol ailede sosyoekonomik problemlere yol açabilir. Sürekli çekişme ve şiddetle dolu bir aile atmosferi çocuklar üzerinde yıkıcı bir rol oynar ve sarhoş anne babalar çocuklarının onlarla özdeşleşmesi açısından kötü örnek oluştururlar. Aşırı alkol alan kişilerin çocuklarında duygusal çöküntü ve davranış bozukluklarının gelişme riski çok yüksektir, bu çocukların çoğu okulda başarılı olamaz. Alkol kullanımı ile antisosyal kişilik gelişmesi arasında aşikâr bir ilişki vardır ve bu durum özellikle çocuk yaşta alkole başlayan gençlerde görülür. Alkol, suça yönelimi ve saldırgan davranışları kamçılar; ayrıca başka madde bağımlılıklarını da körükler. Her yıl, sadece alkol kullanımı ile doğrudan ilişkili binlerce ölüm meydana gelmektedir. Dünya Sağlık Teşkilâtı'nın Türkiye'nin de içinde bulunduğu otuz ülkeyi kapsayan son araştırma raporlarına göre cinayetlerin % 85'i (% 60-70'i aile içine dönüktür), tecavüzlerin % 50'si, şiddet olaylarının % 50'si, eşlerini dövenlerin % 70'i, işe gitmeyenlerin % 60'ı ve akıl hastalıklarının % 40-50'si (bu oran bizzat alkol kullananlarla ilgilidir; onlardan doğan çocuklarda akıl azalılar % 90'lardadır) alkolden kaynaklanmaktadır.

Alkolizmin tedavisinde başarılı olabilmek için kişinin durumunu kabullenmesi, alkolü bırakmaya kesin kararlı ve tedavi için istekli olması gerekir. Hasta alkolü bırakmayı istemediği halde eşinin veya yakınlarının arzusu yahut baskısı ile ya da alkole ilişkili bir bozukluğun ortaya çıkması sebebiyle doktora gittiğinde başarı şansı çok daha az olmakta, zoraki tedavi

o kişiyi geçici bir süre alkolden uzak tutmaktan başka bir anlam taşımamaktadır. Öte yandan tedavi, alkolün kesinlikle ve tam anlamıyla terkedilmesinin sağlanmasına yönelik olmalıdır, çünkü alkol bağımlısının az veya kontrollü içmesi diye bir çözüm yolu yoktur; bunun aksini savunmak hastanın da hekimin de kendini aldatmasından başka bir şey değildir. Bugün alkole mücadelenin en etkili yolunun alkole hiç başlamamak olduğu kabul edilmektedir. Bu sebeple kişinin kendine ve çevresine zarar vermeden mâkul ölçülerde alkol kullanmasının hoş karşılanıp onaylanması belki de insanları alkolizme götüren en etkili yol ve en tehlikeli tuzaktır. Zira bütün teorik yaklaşımlara rağmen alkole başlayan kimselerden kimin kontrollü içme aşamasında kalacağı ve kimin alkolik olacağı önceden kestirilememektedir. Alkolikler sadece alkol kullananlar arasında çıktığına göre alkolizmi önlemenin en kesin yolu alkolün ilk kadehini ağza sürmemektir. Kişi ve toplumu alkolden uzak tutacak tedbirleri almadan ve insanları alkolizme götüren sebepleri ortadan kaldırmadan sadece kanunlarla içki yasağı koymanın sorunu çözmediği, alkolün yasa dışı ve çok para kazandıran bir madde haline gelerek yer altı teşkilâtlarının elinde daha zararlı bir şekilde yayıldığı görülmektedir. Buna karşılık kişinin mânevî değerlerini geliştirip kendi yaşantısını kendisinin koymasını sağlayan dinin koruyucu rolü daha etkilidir. Nitekim İslâm'da içkinin kesin olarak haram kılınması sebebiyle, gerek devletin alkolü yasakladığı gerekse yasaklamadığı İslâm ülkelerinde alkolizm oranı çok düşüktür. İçki içmenin günah olduğuna inanan müslümanların çok büyük bir kısmı ağızlarına bir damla bile alkol koymazlar. Günah olduğuna inanmakla birlikte kendini tutamadığını söyleyerek alkol alan müslümanların da çoğu ramazan ayı gelince içkiyi bırakır; bunlar oruç tutmasalar dahi o ay hiç içmezler; bu da içkiden kurtulmak için iyi bir fırsattır. Öte yandan alkol üretiminin azaltılması, satın alacak kişilerin yaşları ile satış yer, gün ve saatlerinin sınırlandırılması, reklamların yasaklanması gibi tedbirler kişilerin alkole yönelmesini kısmen önleyebilmekte ve toplumda alkol tüketimini azaltmaktadır. Bazı ülkelerde cumartesi ve pazar günleri içki satışının yasaklanması o günlerde trafik kazalarını belirgin bir şekilde azaltmıştır. Türkiye'de 1973 yılında biray alkolsüz içki sayan ve her yerde kolayca satışına izin veren bir kanunun çık-

rılması bira tüketiminin artmasına, okul kantinleriyle okul yakınlarındaki kahvehanelerde çocuk ve gençlerin bu hafif alkollü içkiyi meşrubat gibi içmelerine ve bu suretle başlayan alkol bağımlılığı vak'alarının çoğalmasına sebep olmuş, ancak 1984'te kanunun değiştirilerek biranın tekrar ruhsata bağlanmasıyla bu olumsuz gelişmelerin önü bir ölçüde alınmıştır. Devlet İstatistik Enstitüsü'nün verileri de ülkemizde hızlı nüfus artışına rağmen alkollü içki tüketiminin pek fazla değişmediğini, hatta bazı yıllar bir önceki yıla göre azaldığını göstermektedir. Ancak verilen rakamlara yurda kaçak giren, gümrük giriş mağazaları ile sınır pazarlarında satılan ve kaçak imal edilen içkiler dahil olmadığı için genel tüketim hakkında kesin bir sonuca varılabilmek mümkün değildir. Türkiye'nin altı yıllık alkollü içki tüketim rakamları (litre) şöyledir: 678.179.152 (1993), 713.277.005, 800.953.641, 861.588.326, 885.182.994, 785.604.384 (1998).

Bugün Türkiye'de alkolizmin tedavisiyle Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi'nin Alkol ve Madde Bağımlıları Tedavi Merkezi (AMATEM) ilgilenmekte, alkolle mücadele işini ise Türkiye Yeşilay Cemiyeti yürütmektedir. Türkiye Yeşilay Cemiyeti 1 Mart 1920 tarihinde kurulmuştur. Genel merkezi İstanbul'da olup Türkiye'nin birçok il ve ilçesinde şube ve temsilcilikleri bulunmaktadır.

BİBLİYOGRAFYA :

Ayhan Songar, "İptilalar ve İntoksikasyon Psikozları", *Psikiyatri Psikobioloji ve Ruh Hastalıkları*, İstanbul 1980, s. 417-466; Salih Yaşar Özden v.dğr., "Alkol Bağımlılığı Sendromunda Biyolojik Tedavi Giderlerinin Araştırılması", *XVIII. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi*, İstanbul 1982, s. 109-115; W. A. Lishman, "Effect of Alcohol on the Nervous System", *Organic Psychiatry, The Psychological Consequences of Cerebral Disorder*, Oxford 1987, s. 508-544; F. E. Bloom, "Neurobiology of Alcohol Action and Alcoholism", *Review of Psychiatry* (ed. A. Tasman v.dğr.), Washington 1989, VIII, 309-322; C. R. Colinger v.dğr., "Epidemiology and Genetics of Alcoholism", a.e., VIII, 293-308; Salih Yaşar Özden, *Uyuşturucu Madde Bağımlılığı*, İstanbul 1992; P. G. Janicak v.dğr., "The Alcoholic Patient", *Principles and Practice of Psychopharmacotherapy*, Baltimore 1993, s. 520-527; M. Orhan Öztürk, "Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar", *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*, Ankara 1995, s. 393-419; M. Gelder v.dğr., "The Abuse of Alcohol and Drugs", *Oxford Textbook of Psychiatry*, Oxford 1996, s. 438-481; Adnan Ziyalar, *Sosyal Psikiyatri*, İstanbul 1999, s. 194-247; Musa Tosun, *Alkol ve Diğer Maddeler ile İlişkili Bozukluklar*, İstanbul 2000.



MUSA TOSUN

İD

(bk. BAYRAM).

İDÂ'

(bk. VEDÎA).

İDÂ'

(الإيداع)

Bir şairin başkalarından bir mısra veya daha az miktarda alıntı yapması anlamında tazmin türü (bk. TAZMİN).

İDÂDÎ

(إعدادی)

Rüşdiye mezunlarını yüksek okullara hazırlamak için açılan, günümüzdeki liseye denk orta öğretim kurumu.

Sözlükte "bir şeyi hazırlamaya mahsus yer" anlamına gelen idâdî (i'dâdî) kelimesi önceleri, Tanzimat döneminin ilk yıllarına kadar Batı tarzında açılan okulların hazırlık sınıfları için kullanılmış, 1847'de faaliyete geçen rüşdiyelere öğrenci hazırlamaya ayrılan sıbyan mekteplerine de idâdî denilmiştir. Lise dengi olarak açılan idâdîler, askerî ve mülkî (sivil) yüksek okullara öğrenci yetiştirmeye yönelik faaliyetleri bakımından iki kısma ayrılabilir.

Askerî İdâdîler. 1844 yılına kadar Bahriye, Mühendishâne, Tıbbiye ve Harbiye gibi askerî mekteplere öğrenci hazırlayan bir orta öğretim kurumu yoktu. Dolayısıyla buralara alınan öğrenciler kendilerine verilen eğitimi alabilecek kapasiteye sahip değildi. Bu husus, Batı tarzı askerî okullardaki eğitim ve öğretim seviyesinin istenilen dereceye yükselmesine engel oluyordu. Özellikle Mekteb-i Harbiye mezunları, aldıkları uzun eğitime rağmen kıtalarda görev alacak niteliğe sahip olamıyorlardı. Bu gerçeği gören mektep kumandanı Emin Paşa'nın teklifi üzerine 1845'te, askerî mekteplere alınacak öğrencilerin daha önce bir hazırlık okulunda eğitilmeleri kararlaştırıldı. Ayrıca aynı yıl içinde Osmanlı eğitim reformunu planlamak üzere kurulan Meclis-i Maârif-i Muvakkat askerî okulların ıslahına dair bazı kararlar aldı. Buna göre askerî okullarda eğitim meslekî derslere yönelik olacak, derslere hazırlık ve diğer derslerin öğretimi için on iki yerde Mekteb-i Fünûn-i

İdâdiyye adıyla okullar açılacaktı. Biri İstanbul'da, diğerleri taşradaki ordu merkezlerinde açılacak beş yıllık askerî idâdîler ordu müşirlerinin idaresinde olacaktı. Buralarda Arapça, Farsça ve yazı dersleri öğrenenler imtihanla, dışarıda öğrenim görenlerden Arapça ve Farsça imtihanlarını başaranlar ise doğrudan Mekteb-i Harbiyye'ye alınacaktı.

İlk askerî idâdî için İstanbul'da Maçka'daki eski Mekteb-i Harbiyye binası tahsis edildi. Ancak bina tamire muhtaç olduğundan gerekli onarımlar bitinceye kadar askerî idâdî Harbiye Mektebi'yle birlikte Beşiktaş Sahilsarayındaki Çinili Köşk'e nakledildi (BA, İrade-Dahiliye, nr. 6572). Daha sonraki yıllarda taşrada da askerî idâdîler açıldı.

1853 tarihli iradesiyle Sultan Abdülmecid, Mekteb-i İdâdî'ye alınan öğrenci kaydının bundan böyle sadece rüşdiye mekteplerinden yapılmasını emretmişti. Rüşdiye mezunlarından vücutça uygun olanlara öncelik hakkı tanınacaktı. Mevcut ihtiyacın bunlar tarafından karşılanamaması halinde diğer okulların öğrencilerine askerî idâdiyye girme imkânı verilecekti. Öte yandan taşrada yeterli rüşdiye mektebi olmadığından buralardaki idâdîlere öğrenci yetiştirmek üzere bu okulların bünyesinde ihtiyat sınıfları açıldı. Aynı şekilde İstanbul'daki idâdî mektebi için de şehirdeki sivil okullardan yeterli miktarda vasıflı öğrenci bulunmadığı için bu mektebe bağlı olarak Mahrec-i Mekâtib-i Askeriyye kuruldu. Bu arada, daha önce alınan karar gereğince rüşdiye mezunları ihtiyacı karşıladıkça taşra idâdîlerinin ihtiyat sınıflarının tadrîcen kapatılması yoluna gidildi. Fakat İstanbul'daki askerî idâdî için yeterli miktarda rüşdiye mezunu olmadığından Mahrec-i Mekâtib-i Askeriyye varlığını Tanzimat döneminin sonlarına kadar sürdürdü (BA, İrade-Meclis-i Maârif, nr. 2265).

Askerî idâdîlere vasıflı öğrenci hazırlama meselesi Sultan Abdülaziz döneminin sonlarına kadar tamamen halledilemedi. İstanbul'daki Mahrec-i Mekâtib-i Askeriyye bu hususta yetersiz kalıyordu. Buraya alınan çocuklar öğrenime sarftan başlatılıyor, kabulleri esnasında yetenek ve zekâ seviyeleri de belirlenemiyordu. Tüzüğünde üst üste sınıfta kalan öğrencilerle ilgili bir madde bulunmadığından zayıf öğrenciler beş altı yıl okulda kalabiliyordu. Ayrıca okula girişleri esnasında yaşları henüz on iki-on üç olan öğrencilerin vücutça uygunlukları da tesbit edilemiyordu. Dolayısıyla askerliğe elverişli fizik yeterli-