

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRATİSYEN HEKİMLERİN
ALKOL KULLANIM SORUNLARI OLAN
HASTALARA YAKLASIMLARININ
GELİSTİRİLMESİ:**

**RANDOMİZE KONTROLLÜ EĞİTİM
ÇALIŞMASI**

YILDIZ AKVARDAR

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

İZMİR-2007

T.C
DOKUZ EYLÜL ÜNİVERSİTESİ
SAGLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

**PRATİSYEN HEKİMLERİN
ALKOL KULLANIM SORUNLARI OLAN
HASTALARA YAKLASIMLARININ
GELİSTİRİLMESİ:**

**RANDOMİZE KONTROLLÜ EĞİTİM
ÇALIŞMASI**

HALK SAĞLIĞI ANABİLİM DALI
DOKTORA TEZİ

YILDIZ AKVARDAR

Danışman Öğretim Üyesi: Prof. Dr. Reyhan Uçku

Bu araştırma DEÜ Bilimsel Araştırma Projeleri Sube Müdürlüğü tarafından
2005-KB-SAG.35 sayı ile desteklenmiştir.

TESEKKÜR

Bu tezin olusturulmasinda destekleyici tutumu ve katkilarindan dolayi tez danismanim Prof. Dr. Reyhan Uçku'ya tesekkür ederim.

Farkli sorumluluklarim nedeniyle uzun süren doktora egitimim boyunca bilgilerinden yararlandigim ve desteklerini hep hissettigim DEÜTF Halk Sagligi Anabilim Dali Öğretim Üyeleri'ne; Prof. Dr. Gazanfer Aksakoglu (özellikle ders dönemime yetismese de bas ucu kitabim olan "Saglikta arastirma teknikleri ve analiz yöntemeleri" kitabini yazdigi için) Prof. Dr. Zuhale Okuyan, Prof. Dr. Reyhan Uçku, Prof. Dr. Gül Ergör, Doç. Dr. Alp Ergör, Doç. Dr. Belgin Ünal, Yard. Doç. Bülent Kiliç, Yard. Doç. Türkan Günay, Yard. Doç. Yücel Demiral'a tesekkür ederim. Birlikte çalismalar ürettik, üretecegiz de...

Doktora programina baslangiç asamasinda ve sonrasinda desteklerini hep hissettigim DEÜTF Psikiyatri Anabilim Dali Öğretim Üyeleri Prof. Dr. Zeliha Tunca, zamansiz yitirdigimiz hocam Prof. Dr. Hüray Fidaner (kendi istegiyle Hüray abla), Prof. Dr. Köksal Alptekin ve özellikle zaman darligi yasadigim anlarda destegini esirgemeyen arkadasim Doç. Dr. Berna Akdede'ye tesekkür ederim.

Tez çalismamin organize edilmesi asamasinda yardim ve destekleri için Konak Saglik Grup Baskani Dr. Ibrahim Padir ve yardimcileri Dr. Nuray Yüçetin ve Dr. Asuman Güzelant'a tesekkür ederim. Kendileri için zor bir dönem olmasina karsin arastirma sürecine katilan ve geribildirimleriyle arastirma sürecini zenginlestiren, onlarsiz arastirmanin gerçekleştirilemeyecegi Konak Saglik Grup Baskanligi'na bagli birinci basamak hizmetlerde çalisan hekim arkadaslara tesekkür ederim.

Tezimde kullandigim egitim kitapçigi ve broşürlerin kullandiklari hale gelmesini saglayan Fehmi Togrul'a (FTV Ajans, ayni zamanda Halk Sagligi AD damadi) tesekkür ederim.

Destegini hep hissettigim ablam Prof. Dr. Emel Ada'ya,

Ikinci kez tez yazma sürecini benimle paylasan (bu kez biraz uzaktan da olsa) esim Taner'e ve tekrar öğrencilik yasayarak istemeyerekte olsa birlikte geçirecegimiz zamanlarimizdan çaldigim oglum Melih'e destekleri ve anlayislari için tesekkür ederim.

Doç. Dr. Yildiz Akvardar

İÇİNDEKİLER

Tesekkür	i
İçindekiler	ii
Tablo listesi.....	iv
Sekil listesi	iv
Özet	v
Abstract	vi
1 GİRİŞ.....	7
2 GENEL BİLGİLER.....	8
2.1 DÜNYADA ALKOL TÜKETİMİ.....	8
2.2 TÜRKİYE’DE ALKOL TÜKETİMİ.....	10
2.3 ALKOL VE ETKİLERİ	13
2.4 ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARI.....	16
2.5 NE KADAR ALKOL İÇMEK “ÇOK İÇMEKTİR”?.....	18
2.5.1 Bir standart içki nedir?.....	18
2.6 TARAMA VE KISA MÜDAHALE YÖNTEMİ	19
2.6.1 Tarama	20
2.6.2 Kısa Müdahale.....	22
2.7 ALKOL SORUNLARININ BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ÖNEMİ.....	24
2.8 DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜNÜN BİRİNCİ BASAMAK SAĞLIK HİZMETLERİNDE ALKOLLE İLİSKİLİ SORUNLARIN TANINMASI VE TEDAVİSİ ÇALIŞMASI	26
2.9 SAĞLIK ÇALIŞANLARINA YÖNELİK EĞİTİM PROGRAMLARININ ETKİNLİĞİ.....	29
3 AMAÇLAR	32
4 GEREÇ VE YÖNTEM.....	33
4.1 ARASTIRMANIN TIPI.....	33
4.2 ARASTIRMANIN EVRENI	33
4.3 ÖRNEK VE ÖRNEKLEME YÖNTEMİ.....	33
4.4 DEĞİSKENLER.....	34
4.5 DEĞİSKENLERİN TANIM VE ÖLÇÜTLERİ.....	35
4.6 GİRİŞİM VE KONTROL GRUPLARINA YAPILAN EĞİTİM, UYGULAMA VE DEĞERLENDİRMELER.....	39
4.7 VERİ TOPLAMA.....	42
4.8 ANALİZ YÖNTEMİ.....	43
4.9 ZAMAN ÇİZELGESİ.....	43
4.10 KISITLILIKLAR.....	43
5 BULGULAR.....	44
5.1 TANIMLAYICI BULGULAR.....	44
5.1.1 Demografik özellikler.....	44
5.1.2 Pratisyen hekimlerin sigara ve alkol kullanma özellikleri.....	45
5.1.3 Pratisyen hekimlerin mesleki uygulamaları.....	47
5.2 EĞİTİM ÖNCESİ PRATİSYEN HEKİMLERİN ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIS ÖZELLİKLERİ.....	48
5.2.1 Pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozuklukları hakkında bilgi düzeyleri.....	48
5.2.2 Pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozukluklarına ilişkin tutumları.....	50
5.2.3 Pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozukluklarına yönelik davranışları.....	52
5.2.4 Hekimlerin alkol kullanım bozukluklarına tanı koyma ve tedavi etme konusunda kendilerine güven duygusu ve erken müdahaleyi teşvik edecek unsurlar.....	53
5.3 EĞİTİM SONRASI BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIS ÖZELLİKLERİ	54
5.4 EĞİTİM SONRASI ALKOL KULLANIM SORUNUNA TANI KOYMAK VE TEDAVİ ETMEK KONUSUNDA GÜVEN ALGISI.....	57

6	TARTISMA.....	59
6.1	PRATISYEN HEKİMLERİN ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARI KONUSUNDA BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIS ÖZELLİKLERİ.....	59
6.2	EGİTİMİN BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIS ÜZERİNE ETKİSİ.....	65
7	SONUÇLAR.....	71
8	ÖNERİLER.....	73
9	Kaynaklar.....	75
10	Ekler.....	81
10.1	EK 1 ANKET FORMU.....	82
10.2	EK 2 AUDIT.....	86
10.3	EK 3 ALKOL KULLANIM ÖYKÜSÜ VE KISA MÜDAHALE.....	87
10.4	EK 4 ROL OYNAMA YÖNTEMİNDE KULLANILAN OLGU ÖRNEKLERİ.....	91
10.5	EK 5 ALKOL KULLANIM ÖYKÜSÜ VE KISA MÜDAHALE.....	92
10.6	EK 6 ETİK KURUL RAPORU.....	93

TABLO LİSTESİ

Tablo 1 DSÖ bölgelerine göre 15 yas ve üzeri eriskinlerde kisi basina dösen alkol tüketimi ..9	
Tablo 2 Türkiye’de alkol kullanım prevalansi ile ilgili toplum tabanlı arastirmalar..... 12	
Tablo 3 AUDIT skorlarına göre risk düzeyi ve müdahale yöntemleri..... 22	
Tablo 4 Arastirma grubunun sosyodemografik özellikleri..... 44	
Tablo 5 Eğitim öncesi ve 2.5 ay sonra girişim ve kontrol gruplarındaki pratisyen hekimlerin yas, cinsiyet ve çalışma süreleri açısından karşılaştırılmaları 45	
Tablo 6 Arastirma grubunun sigara ve alkol içme sıklıkları 45	
Tablo 7 Pratisyen hekimlerin alkol içme sıklığı ve miktarı..... 46	
Tablo 8 Pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozuklukları konusunda eğitim görme oranları 47	
Tablo 9 Arastirma grubunun hastalarıyla davranışları hakkında konuşma-öneri verme durumu 48	
Tablo 10 Arastirma grubunun düşük riskli alkol tüketimi, tarama ölçekleri ve biyokimyasal belirteçleri bilme oranları 48	
Tablo 11 Arastirma grubunun olgu senaryosuna ilişkin soruları bilme oranları..... 49	
Tablo 12 Arastirma grubunun alkol kullanım bozukluklarına ilişkin tutumları..... 51	
Tablo 13 Arastirma grubunun olgu senaryosu ile ilgili davranışları 53	
Tablo 14 Riskli alkol tüketimi konusunda erken müdahaleyi kolaylaştıran faktörler 54	
Tablo 15 Eğitim sonrası pratisyen hekimlerin bilgi, tutum ve davranış puanlarının eğitim öncesi puanlarla karşılaştırılması..... 55	
Tablo 16 2.5 ay sonra pratisyen hekimlerin bilgi, tutum ve davranış puanlarının eğitim öncesi puanlarla karşılaştırılması..... 55	
Tablo 17 Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi, sonrası ve 2.5 ay sonra bilgi, tutum ve davranış puanlarının karşılaştırılması..... 56	
Tablo 18 Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi, sonrası ve 2.5 ay sonra alkol kullanım sorununa tanı koyma ve tedavi etmede güven algisi 58	

SEKİL LİSTESİ

Sekil 1 Eriskin (15 yas üzeri) nüfusta kisi basina alkol tüketimi 11	
Sekil 2 Alkolün neden olduğu hastalıklar..... 15	
Sekil 3 Alkol kullanım bozukluklarının sematik gösterimi 16	
Sekil 4 Bir standart içki tanımı 19	
Sekil 5 Girişim ve kontrol gruplarına yapılan uygulamalar 40	
Sekil 6 Pratisyen hekimlerin tutumla ilgili önermelere katılma düzeyleri 51	
Sekil 7 Girişim ve kontrol gruplarında alkol kullanım sorununa tanı koyma ve tedavi etmek konusunda güven algisi..... 57	

ÖZET

Pratisyen hekimlerin alkol sorunlari olan hastalara yaklasimlarinin gelistirilmesi: Randomize kontrollü eğitim çalismasi

Doç. Dr. Yildiz Akvardar

Asiri alkol tüketimi ve alkolle ilişkili sorunlar tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu araştırmada birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin hastalarında riskli alkol kullanımını saptama ve kısa müdahale yöntemi konusunda bilgi, tutum ve davranışları ve eğitim programının bu özellikler üzerine etkisi araştırılmıştır.

İzmir İli Konak Sağlık Grup Başkanlığı'na (KSGB) bağlı merkezlerde çalışan hekimler (N=226) girişim ve kontrol gruplarına 1:2 oranında sağlık ocakları düzeyinde randomizasyon yapılarak ayrılmıştır. Girişim grubunda 62, kontrol grubunda 73 pratisyen hekim çalışmaya katılmıştır. Girişim grubuna 1 saatlik didaktik sunum + kısa müdahale örneği video + uygulamalı eğitim + yardımcı materyaller (hekim eğitim kitapçığı, hasta broşürleri, Alkol Kullanım Bozukluğu Tarama Ölçeği (AUDIT) ve izlem formları) ve birinci ayda pekiştirme eğitimi verilmiştir. Kontrol grubuna sadece didaktik sunum yapılmıştır. Eğitim öncesinde anket formuyla bilgi, tutum ve davranış değerlendirilmiştir. Eğitim sonunda ve 2.5 ay sonra süreci değerlendirmek üzere aynı anket tekrar uygulanmıştır.

Pratisyen hekimlerin riskli alkol kullanımı düzeyleri, tarama ölçekleri ve biyokimyasal belirteçler konusunda yeterli bilgiye sahip olmadıkları görülmüştür.

Eğitim öncesi girişim ve kontrol gruplarının bilgi, tutum ve davranış puanları ortalamaları benzer bulunmuştur. Eğitimin sonundaki değerlendirmede bilgi puanlarında artış saptanmıştır, girişim ve kontrol grupları arasında kontrol grubu lehine anlamlı fark bulunmuştur. 2.5 ay sonra yapılan değerlendirmede bilgi puanında eğitim sonrası değerlendirmeye göre düşüş olmasına karşın, eğitim öncesine göre hem girişim hem kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı artış saptanmıştır. 2,5 ay sonra yapılan değerlendirmelerde girişim ve kontrol grupları arasında tutum ve davranış puanları açısından farklılık saptanmamıştır. Eğitim programının hekimlerin alkol kullanım sorunlarına ilişkin bilgi düzeylerinde artış sağladığı görülmüştür.

Anahtar sözcükler: Riskli alkol kullanımı, birinci basamak sağlık hizmetleri, tarama, kısa müdahale

ABSTRACT

The Improvement of General Practitioners' Approaches to the Patients with Alcohol Related Problems: A Randomized Controlled Educational Trial

Assoc. Prof. Dr. Yildiz Akvardar

Excessive alcohol consumption and alcohol related problems are significant public health problems worldwide. It is aimed to assess the primary health care working general practitioners' knowledge, attitude and behavior related to the detection of risky alcohol use and brief intervention and to investigate the effect of education on these aspects.

General practitioners working in the Konak (KGSB) region (n=226) were separated into intervention and control groups with 1:2 ratio and randomized according to the health centers. Sixty two general practitioners participated in the intervention group and 73 in the control group. One hour didactic lecture + a video example of brief intervention + skills training with role playing + intervention materials (physician education booklet + patient self-help brochures + Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) + follow-up forms) were provided to intervention group. Control group had didactic lecture only. Participants answered a questionnaire related to knowledge, attitude and behavior before the implementation of the programme. The same questionnaire was applied at the end of the education sessions and at the 2.5 month follow-up.

General practitioners did not have enough knowledge concerning the risky alcohol use levels, screening tests and biochemical markers.

Pre-intervention knowledge, attitude and behavior scores were similar between groups. A significant increase was observed in knowledge post-intervention scores in advantage of control group. In spite of the decrease in knowledge scores at the 2.5 month follow-up, a significant increase related to pre-intervention scores was established. No significant difference was observed in attitude and behavior scores.

Some improvement in knowledge had been provided by the education programme.

Key words: Risky alcohol use, primary health care, screening, brief intervention

1 GIRIS

Asiri alkol tüketimi ve alkolle ilişkili sorunlar tüm dünyada önemli bir halk sağlığı sorunudur (1). Alkol bağımlılığı önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır. Alkolle ilişkili sorunların gelişiminde birçok faktör katkıda bulunmaktadır. İçme sınırlarının ve asiri alkol tüketimiyle ilişkili risklerin bilinmemesi en önemli faktörlerdir. Asiri alkol kullananların çoğuna tanı konulamamaktadır. Sıklıkla alkol kullanımıyla ilişkili olmayacak belirtiler ya da sorunlarla başvururlardır. Alkol sorunları, başta gelen önlenebilir hastalık ve yaralanma nedenidir. Alkol sorunları yaşayan hastalara erken müdahalelerin etkinliği gösterilmiştir. Sağlık ocaklarına başvurular alkol sorunlarına erken dönemde müdahale etme olanakları yaratır (2). Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda alkol tüketiminin taranması hastaları düşük-riskli tüketim düzeyleri ve asiri alkol kullanımının riskleri hakkında eğitmek için fırsat sağlar (3).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kısa müdahale ile ilişkili birçok kontrollü çalışmada asiri düzeyde alkol tüketiminin %20 oranında azaldığı gösterilmiştir (4). Pratisyen hekimler riskli alkol kullananlara kısa müdahale yapmada en uygun kişilerdir. Ancak yapılan çalışmalar pratisyen hekimlerin birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu sırasında alkol kullanım sorunlarını irdelemeye istekli olmadıklarını ve kısa müdahale uygulamalarının eksik kaldığını göstermektedir (5). Bu isteksizlik ve eksikliğin temel nedenleri arasında zamansızlık, eğitim yetersizliği, hastaların alkolle ilişkili soruları olumsuz karşılayacağı korkusu, danışmanlık yapmada yetersizlik algisi, “alkolikler”in müdahalelere yanıt vermediği inancı yer almaktadır. Önemli bir halk sağlığı sorunu olarak alkol kullanımının birinci basamak sağlık hizmetlerinde irdelenmesini gereklidir. Erken tanı ve gerekli müdahalelerin yapılması sorunun daha büyümesini engelleyecektir.

Beceriye dayalı müdahale yöntemi eğitimi verilmesi sağlık ocagında çalışan pratisyen hekimlerin alkol sorunları yaşayan hastaları tarama ve müdahale yapma konusunda bilgi ve becerilerini artıracaktır. Ülkemizde alkol kullanım bozukluklarına ilişkin pratisyen hekimlere yönelik yapılandırılmış bir eğitim programı bulunmamaktadır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin riskli alkol kullanımı konusunda bilgi düzeylerini, tutumlarını ve davranışlarını saptamak ve hazırlanan eğitim programının bu parametrelerde değişikliğe neden olup olmadığını değerlendirmek amacıyla bu araştırma planlanmıştır.

2 GENEL BILGILER

Asiri alkol kullanimi ve alkolle iliskili sorunlar tüm dünyada önemli bir halk sagligi sorunudur. Alkol bagimlilik ve önemli morbidite ve mortalite nedenleri arasındadır. Orta düzeyde alkol tüketiminin koroner kalp hastaligi riskini azalttigina iliskin sonuçlarda yaşam tarzı, sosyoekonomik durum gibi degiskenlerin etkili olabilecegi göz ardı edilmemelidir (6). Asiri alkol tüketiminin saglik konusunda önemli riskler tasidigi bilinmektedir; mental bozukluklar, yaralanmalar, özellikle karaciger sirozu ve meme kanseri gibi birçok hastaliga yol açmaktadır.

2.1 Dünyada Alkol Tüketimi

Dünya Saglik Örgütü (DSÖ) dünyada 2 milyar kisinin alkol kullandigini, 76.3 milyon kiside alkol kullanım bozuklugu oldugunu öngörmektedir (1). Halk sagligi açısından dünyanın birçok yerinde alkol tüketimi ile iliskili küresel yük (mortalite ve morbidite baglamında) önemli boyutlardadır. Dünya çapında alkol tüketimi ölümlerin % 3.2'sine (1.8 milyon), kaybedilen DALY'lerin (Disability-Adjusted Life Years; yetersizlige göre düzeltilmiş yaşam yılları) % 4.0'üne (58.3 milyon) neden olmaktadır. Alkolden kaynaklanan yük tütünden daha fazladır, çünkü alkol sorunları yaşamın daha erken dönemlerinde ortaya çıkmaktadır. Alkol tüketimi ile 60'dan fazla hastalık ve yaralanma arasında nedensel iliski bilinmektedir. Alkol tüketimi 1999 yılında sadece Avrupa'da 15–29 yaşlar arasındaki gençlerde 55 000'in üzerinde ölüme neden olmuştur. Uzun süreli kronik alkol kullanımının olumsuz saglik sonuçları yaşamın geç dönemlerine dek ölüm ya da yetersizlige neden olmasa da, alkol kullanımına bağlı amaçlı ya da amaçsız yaralanmaları içeren akut sonuçlar gençler arasında daha yaygındır (7). Birçok akut ve kronik saglik etkilerinin yanı sıra, alkol tüketimi geniş sosyal, mental ve duygusal sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar is yerinde devamsızlık, iliskilerde istismar şeklinde de görülmektedir.

Alkol, dünya sagligına güvensiz seks, kızamik ve sitma ile aynı oranda, tütünden ise daha pahalıya mal olmaktadır. [(Üretim + ithal ürünler + ek stoklar) - ihraç edilenler] olarak tanımlanan alkol mevcudu (availability), erişkin basına düşen alkol tüketiminin ortalama kaba bir ölçütüdür. Erişkin basına alkol mevcudu 1983'teki yükselisten sonra küresel nüfusun artisiyla birlikte, zengin ülkelerde alkol tüketiminin azalması sonucu düşüş göstermektedir (8). Ancak küresel alkol tüketimindeki düşüş, saglik açısından önemli olan bölgesel farklılıkları maskeleymektedir. Alkolün oluşturduğu zararları azaltacak teknoloji ve hizmete

sahip olan zengin ülkeler tüketimlerini azaltmaktadırlar. Fakir, gelişmekte olan ülkelerle ekonomisi geçiş durumunda olan ülkelerde ise alkol kullanımı artmaktadır.

Tablo 1 DSÖ bölgelerine göre 15 yaş ve üzeri erişkinlerde kişi başına düşen alkol tüketimi *

Bölge ler	Tüketim Ortalama (lt)	En az-en çok (lt)	Ortanca	Verisi olan/tüm ülkeler	Kapsanan nüfus yüzdesi
Afrika	1.37	0.02–7.72	0.95	7/46	34
Amerika	6.98	1.66–14.03	5.74	19/36	95
Doğu Akdeniz	0.30	0.05–10.00	0.53	2/22	19
Avrupa	8.6	0.85–15.12	8.26	22/52	45
Güneydoğu Asya	1.15	0.004–8.64	0.99	2/10	67
Bati Pasifik	5.54	0.34–18.39	1.95	9/28	93

*A summary of Global Status Report on Alcohol, World Health Organization, 2001'den alınmıştır (8).

Ekonomik gelişme düzeyi ve din alkol tüketiminde en etkili belirleyicilerdir (4). Büyük oranda Müslüman olan Doğu Akdeniz Bölgesi'ndeki içme miktarının düşük olması alkol tüketim düzeyi ve biçiminde dinin rolünü göstermektedir. Alkol kullanımının dinle ilişkisi çalışmalarda gösterilmiştir (9-12).

Kadınlar erkeklerden daha az içme eğilimindedirler, bu farklılık gelişmiş ülkelere göre diğer ülkelerde daha belirgindir. Dolayısıyla erkekler alkolün direkt sonuçlarıyla karşılaşırken, kadınlar aile içi şiddet, terk edilme ve fakirlik gibi dolaylı etkilerine maruz kalmaktadırlar (6).

2001 yılında DSÖ'nce yayınlanan "A Summary of Global Status Report on Alcohol" de (8) dünyada saptanan alkol tüketiminin ana hatları aşağıda belirtilmiştir:

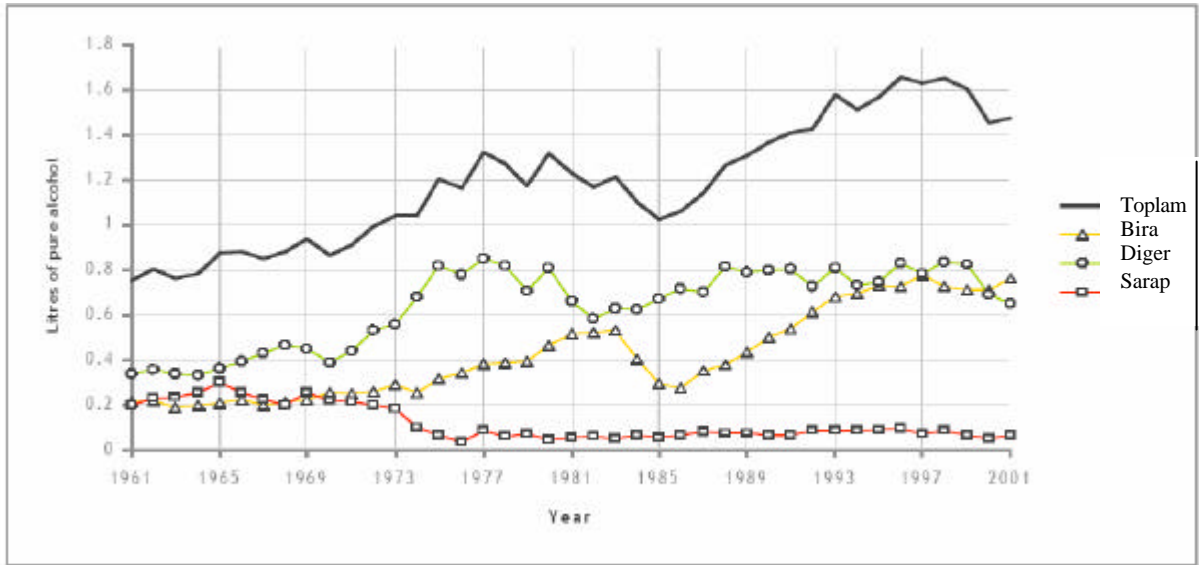
- Alkol tüketimi gelişmiş ülkelerde azalırken, Orta ve Doğu Avrupa'da ve birçok gelişmekte olan ülkede artmaktadır.
- Bu ülkelerde erkekler alkol içme konusunda baskı çekmekte, daha fazla ağır içici olma eğilimindedirler.
- Ağır içiciliğin tehlikeli örüntüleri birçok ülkede görülmektedir.
- Alkol, kızamık ya da sıtma kadar ölüm ve yetersizliğe (disability) yol açmakta, tütün ya da yasal olmayan maddelerden daha fazla ölüm ve yetersizlikle yaşam yılı kaybına neden olmaktadır.

- Alkol, Orta ve Dogu Avrupa'nin bazi bölgelerinde erkeklerin yasam beklentisinde belirgin azalmaya neden olmaktadır.
- Tüm dünyada alkol kullanimi ve yarattigi sorunlar hakkında öğrenilecek daha çok sey olmasina karsin, alkolün dünya sagligi için önemli bir tehlike olduguna dair yeterli kanit vardır.
- Birçok gelismekte olan ülkede kaydi yapilamayan, ev tüketimi için degisik biçimlerde alkol üretimi yaygindir.
- Bira ve damitilmis içki üretimi gelismis ülkelerdeki birkaç büyük sirketin elindedir. Bu kuruluşlar alkollü içeceklere talebi artirmak için pazarlama konusunda ve alkol ticaretine girmek için var olan engelleri korumak üzere büyük harcamalar yapmaktadirlar. Gelismis ülkelerdeki tüketimin azalmasi ile birlikte bu sirketler gelismekte olan ve geçis döneminde olan ülkelerde, geleneksel olarak az alkol içen ya da hiç içmeyen kadin ve gençler arasında yeni pazarlar olusturmak için girisimlerini artirmislardir. Bu yeni pazarlarin birçokunda alkol gelir yaratan bir potansiyel olarak görülmekte, ancak alkolle ilişkili sorunlarin önemli maliyeti göz ardi edilmektedir.
- Alkolle ilişkili zarari önlemek ve azaltmak için en etkili oldugu belirlenmis önlemler arasında fiziksel ulasilabilirliigi kisitlayanlar (örn; yasaklar, minimum yas yasaları tekel ve lisans sistemleri), alkol vergileri, fiyat indirimine yönelik kisitlamalar (örn, "happy hour"), maksimum kan alkol düzeyi gibi politikalar sayilabilir. İçki siselerinin üzerine uyarici etiketlerin konulmasi, alkol reklam ve promosyonuna kisitlamalar getirilmesi, kısa müdahale ve diger tedavi sekillerinin saglanması diger önleyici araçlardir.
- Talebi azaltmak için halk sagligi yönelimli teknolojiler gelismekte olan ülkelerden çok gelismis ülkelerde daha yaygindir, ancak serbest pazar reformlariyle yok olma tehlikesiyle karsi karsiyadirlar.
- Alkolle ilişkili sorunlari önlemek üzere yerel kültür ve ahlaki degerlerle uyumlu kapsimli ulusal programlarin gelistirilmesi gereklidir.

2.2 Türkiye'de Alkol Tüketimi

Ülkemizde alkol kullanım bozukluklari nedeniyle tedaviye basvurularin artisi, tüketilen alkol miktarinin artmasi ve alkol içmeye baslama yasinin küçülmesi nedeniyle gelismis ülkelerdeki kadar büyük sorun olmasa da alkol kullanımının giderek artan bir sorun oldugunu söyleyebiliriz. Örneğin AMATEM (Alkol ve Madde Bagimliliği Arastirma ve Tedavi

Merkezi)'e başvurular 1991 yılında 3 455 kisten 1995'te 4 653'e yükselmiştir. Rakı tüketimi 1971 ve 1997 yıllarında yılda 19 788 000 litreden 71 268 000 litreye artmıştır (13). 1987 ve 1997 yılları arasında sarap, votka ve bira tüketimi sırasıyla %2.05, %76.74, %62.84 oranında artmıştır. Kisi başına düşen alkol tüketimi 1961 yılında **0.75** litre iken (bira 0.21 lt; sarap 0.20 lt; ağır içkiler 0.34 lt), 1971'de **0.91**, 1981'de **1.23**, 1991'de **1.41**, 2000 yılında **1.58** litre (bira 0.71; sarap 0.06 lt; ağır içkiler 0.80 lt) olmuştur (Şekil 1) (14).



Şekil 1 Eriskin (15 yaş üzeri) nüfusta kişi başına alkol tüketimi *

*WHO Global Status Report on Alcohol 2004, Country Profiles: Turkey'den (14) alınmıştır.

Ülkemizde alkol kullanımına ilişkin çalışmalar farklı demografik gruplarda ve farklı yöntemlerle araştırılmıştır. Toplumda yapılan araştırmalara örnek olarak Ankara'da Park Eğitim Sağlık Ocağı Bölgesi'nde 15 yaş üstü 2238 kaside (1097 erkek, 1 141 kadın) alkol kullanım yaygınlığı %14.1, alkol bağımlılığı % 0.9 (erkeklerde %1.9) olarak bulunmuştur (15). "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" araştırmasında 18-65 yaş arası 7479 kaside (3370 erkek, 4109 kadın) alkol bağımlılığı yaygınlığı %0.8 (erkeklerde %1.7; kadınlarda % 0.1) olarak saptanmıştır (16). 1997 yılında İstanbul'da 12-65 yaş arası 1550 kişilik (807 erkek, 743 kadın) İstanbul nüfusunu yansıtan örnekleme yapılan araştırmada yaşam boyu alkol kullanımı %33.5, araştırma yapıldığı sıradaki (halen) alkol kullanım yaygınlığı %25.6 (erkeklerde %34.5, kadınlarda %15.9), CAGE ölçeğinde iki "evet" yanıtı ile belirlenen riskli alkol kullanımı %6.8 olarak bildirilmiştir (17). 2000 yılında yine İstanbul'da 15 yaş üstü 707 kişi ile yapılan çalışmada yaşam boyu alkol kullanımı % 54.7 (erkeklerde %73.4, kadınlarda %35.0), son bir yıl içinde haftada en az bir kez alkol kullanımı erkeklerde %17.9, kadınlarda

%2.3 olarak bulunmuştur, alkol bağımliliğini öngörmek üzere alkol yoksunluğu yasayanların oranı %1'dir (18). 1997–1998 yılları arasında yapılan ulusal çalışmada 20 yaş ve üzeri (11 080 erkek, 13 708 kadın) 24 788 kisi halen alkol kullanmama (non-current users) oranı %91.6 olarak bildirilmiştir (19). Üstün ve arkadaşlarının 2000–2001 yılları arasında 18 yaş ve üzeri 5061 kisi (2896 erkek, 2165 kadın) geçen yıl içinde alkol kullanmama oranı %80.4 (erkeklerde %77.5, kadınlarda % 82.5), ICD–10 ölçütlerine göre alkol bağımliliği %1.3 (erkeklerde %1.7, kadınlarda %0.7) olarak bildirilmiştir (20). 2003 yılı Dünya Sağlık Araştırması'na göre Türkiye'de 18 yaş ve üzeri 11 152 kişiyi (4782 erkek, 6370 kadın) içeren çalışmada yaşam boyu alkol kullanmama oranı %91.6 (erkeklerde %81.9; kadınlarda %99.5)'dir. Ağır ve zararlı içme oranı (günlük saf alkol tüketiminin erkeklerde 40 gr ya da daha fazla, kadınlarda 20 gr ya da daha fazla olması) %1.1 (erkeklerde %1.9, kadınlarda %0.5)'dir (20). Ağır epizodik içme davranışı (bir kerede 5 ya da daha fazla standart içki tüketimi) %0.9'dur (erkeklerde %2.1, kadınlarda %0.1).

Tablo 2 Türkiye'de alkol kullanım prevalansı ile ilgili toplum tabanlı araştırmalar

Araştırmacı	Yıl	Yer	Örnek büyüklüğü	Yaşam boyu alkol kullanım oranı (%)	Alkol Kullanım Bozukluğu
Arikan ve ark. ¹⁵	1996	Ankara Sağlık Ocakı bölgesi	15 yaş üzeri 2238 kişi (1097 erkek, 1141 kadın)	14.1	1.07 (CAGE 2 puan) 0.9 (CIDI ile Alkol Bağımliliği)
Akvardar ve ark. ¹⁷	1997	Istanbul	12-65 yaş 1550 kişi (807 erkek, 743 kadın)	33.5	6.8 (CAGE 2 puan; riskli kullanım)
Ögel ve ark. ¹⁸	2000	Istanbul	15 yaş üstü 707 kişi (kadın sayısı belirtilmemiş)	54.5	1.0 (yoksunluk yasama)
Kiliç ¹⁶	1997	Ulusal çalışma (DSÖ)	18-65 yaş 7479 kişi (3370 erkek, 4109 kadın)		0.8 (CIDI ile Alkol Bağımliliği)
Satman ve ark. ¹⁹	1997-1998	Türk Diyabet Epidemiyoloji çalışması	20 yaş üzeri 24 788 kişi (11080 erkek, 13708 kadın)	8.4 (halen kullanım)	
Üstün ve ark. ²⁰	2000-2001	Multi Country Survey(DSÖ)	18 yaş üzeri 5061 kişi (2165 erkek, 2896 kadın)	19.6 (son bir yıl içinde)	1.3 (haftada en az bir kez 6 ya da daha fazla standart içki içme)
Üstün ve ark. ²⁰	2003	World Health Survey(DSÖ)	18 yaş üzeri 11 152 kişi (4782 erkek, 6370 kadın)	18.9	1.1 (erkekler günde 40gr, kadınlar 30grdan fazla)

Ülkemizde 2000 yılından sonra lise ve üniversite öğrencilerinde yapılan çalışmalarda yaşam boyu alkol kullanım oranı % 46.1–71.2 (21-24) arasında bildirilmiştir.

Ülkemizde alkol kullanımı prevalansının % 31.4 - % 90.0 arasında bildirilen diğer ülkelere (25-29) göre daha düşük olduğu görülmektedir. Alkol kullanımının düşük olmasında İslam'ın etkisinin, alkol kullanımının günlük yaşamın bir parçası olmamasının, genellikle sosyal ortamlarda alkol içilmesinin ya da sosyal baskı nedeniyle az bildirimin etkili olabileceği düşünülmüştür (17). Ülkemizde erkekler kadınlara göre daha fazla içme, daha fazla oranda ağır içici olma ve alkolle ilişkili sorunlar yaşama eğilimindedirler. Geleneksel olarak alkol kullanımı erkekler için kabul edilebilir olmasına karşın, kadınların sosyal rollerindeki değişikliklerle birlikte genç nüfusta kadınlarda alkol kullanım yaygınlığı artmaktadır (21). Alkolle ilişkili sorunlar kadınlar arasında artmasına karşın, her kültürde erkekler arasında önemli ölçüde daha siktir (26, 27, 7, 22, 24, 13).

Akvardar ve arkadaşları (17) alkol kullanımının üniversite mezunlarında (%41.5) daha yaygın olduğunu ancak riskli düzeyde alkol kullanımının alkol içmeye daha erken başlayan daha az eğitilmiş grupta (%37.6) daha fazla olduğunu bildirmişlerdir.

Birinci sınıf tıp fakültesi öğrencilerinin altıncı sınıf öğrencileri, asistan ve uzman doktorlardan daha erken yaşlarda alkol kullanmaya başladıkları saptanmıştır (30). Alkol içmeye başlama yaşı küçüldükçe alkole bağlı sorunların gelişme riski artmaktadır.

İstanbul'da 1994–1996 yılları arasında 7249 otopsinin gözden geçirilmesinde, tüm trafik kazası olgularının % 21.9'unda alkol saptanmıştır (31).

İzmir'de Dokuz Eylül Üniversitesi İlaç ve Zehirlenme Bilgi Merkezi'ne 1993–2002 yılları arasındaki 30 485 başvurunun 996'si (% 3.3) alkol zehirlenmesi ile ilişkili bulunmuştur (32). 1996–2000 yılları arasında 331 ölümlü sonuçlanan zehirlenme olgusunu kapsayan çalışmada alkol (% 20) üçüncü en sık neden olarak saptanmıştır (33). Ölümle sonuçlanan alkol zehirlenme olguları arasında %34 olguda ölüm nedeninin etanol olduğu belirlenmiştir.

2.3 Alkol ve Etkileri

Alkol tüketimi ile 60'dan fazla hastalık ve yaralanma arasında nedensel ilişki bilinmektedir (34). Uzun süreli kronik alkol kullanımının olumsuz sağlık sonuçları yaşamın geç dönemlerine dek ölüm ya da yetersizliğe neden olmasa da, alkol kullanımına bağlı amaçlı ya da amaçsız yaralanmaları içeren akut sonuçlar gençler arasında daha yaygındır.

Birçok akut ve kronik sağlık etkilerinin yani sıra, alkol tüketimi geniş sosyal, mental ve emosyonel sorunlara neden olmaktadır. Bu sorunlar iş yerinde devamsızlık, ilişkilerde istismar şeklinde görülmektedir (7). Alkolün neden olduğu hastalıklar Şekil 1'de gösterilmiştir.

Erkekler için günde iki standart içki, kadınlar için bir standart içkinin koroner kalp hastalığı riskini azalttığı gösterilmiştir. Ancak önerilen sınırların üzerinde alkol tüketimiyle yarar zarara dönüşmektedir (34).

2.4 Alkol Kullanım Bozuklukları

Alkole ilişki sorunları tartışırken “kullanım”, “riskli alkol kullanımı”, “kötüye kullanım”, “bağımlılık” terimlerini ayırt etmek önemlidir (34).

Kullanım: her türlü alkol kullanımını kapsar.

Düşük riskli alkol kullanımı: alkole ilişkili sorunlara yol açmayan, yasal ve tıbbi sınırlar içinde alkol kullanımıdır. Alkol kullanımının her zaman risk içerdiği unutulmamalıdır.



Sekil 3 Alkol kullanım bozukluklarının sematik gösterimi

Riskli alkol kullanımı (at risk drinking, risky drinking, hazardous drinking,): alkol içen kişiye zarar verme riski olan alkol tüketimidir; bu zarar fiziksel, mental ya da sosyal alanlarda olabilir. Riskin boyutunu değerlendirirken, kullanım örüntüsü ve aile öyküsü gibi etkenlerde değerlendirilmelidir. Riskli alkol kullanımı olan kişiler bir ya da 2 standart içkiden daha fazla içen, ya da bir kerede dört ya da beş içkiden fazla içen kişilerdir (35). Riskli alkol kullananlar arasında 21 yaşın altında alkol kullananlar, hamile kadınlar, belirli ilaçları (örneğin; sedatif-

hipnotikler, metranidazol, antihipertansif ilaçlar gibi) kullanan kisiler, hipertansiyon, diyabet gibi hastaligi olanlar, ya da makine-araç kullanan kisiler sayilabilir.

Zararli alkol kullanimi (harmful drinking): alkol kullanimi olumsuz sonuclara (fiziksel ya da psikolojik zarar) yol açmistir. (Alkol kötüye kullanimi tanisini karsilamaktadır).

Alkol kötüye kullanimi:

DSM IV-TR' ye (36) göre asagidakilerden bir ya da daha fazlasinin son 12 ay içinde yasanmis olmasi durumunda alkol kötüye kullanimi söz konusudur.

- Sorumluluklari yerine getirememe
- Tehlikeli durumlarda tekrarlanan alkol kullanimi
- Tekrarlayan yasal sorunlar
- Kisiler arasi sorunlara karsin alkol kullanimini sürdürme

Alkol bagimliliği:

DSM IV-TR' ye (36) göre son 12 ay içinde asagidakilerden üç ya da daha fazlasinin yasanmis olmasi durumunda alkol bagimliliği tanisi konulur.

- ☞ Tolerans
- ☞ Yoksunluk
- ☞ Istenen ya da planlanandan daha fazla kullanma
- ☞ Devamli azaltmayi isteme
- ☞ Kullanmak ya da etkisinden arinmak için fazla zaman harcama
- ☞ Sosyal/mesleksi/yaratıcı islevselligin azalması
- ☞ Fiziksel/psikolojik sorunlara karsin kullanimi sürdürme

Alkol bagimliliği:

ICD-10'da (37) bilissel, davranissal, fizyolojik belirtilerin biraraya toplandigi hastalik tablosu olarak tanimlanmaktadır.

Asagidakilerden üç ya da daha fazlasinin son 12 ay içinde yasanmis olmasi

*İçmek için güçlü bir istek ya da kompülsiyon hissi

*İçme davranisina baslama, sonlandırma ya da kullanım düzeyini kontrol etmede güçlük

*Alkol kullanimi kesildiginde ya da azaltildiginda fizyolojik yoksunluk durumu ya da yoksunluk belirtilerini önlemek ya da hafifletmek için alkol kullanimi

*Tolerans; daha önce daha düşük dozlarda olusan etkileri elde etmek için daha yüksek dozlarda alkol kullanimi

*Alkol kullanimi nedeniyle alternatif haz ve ilgilerin giderek artan sekilde ihmal

*Zararli sonuqlarin gorulmesine karsin kullanimi surdurme

Kronik alkol tuketimi uzun sureli tibbi durumlara; orn; karaciger hasari, belirli kanserler, alkol bagimlilikina yol acma riski tasimaktadir. Alkol tuketimi az kullanmaktan cok fazla miktarda alkol kullanimina, alkolle iliskili sorunlar hic olmamasindan, belirgin-siddetli sorunlara kadar degisiklik gosterir (38). Tuketim miktarı ve zarar arasında iliski soz konusudur; alkol miktarı arttikca zarar riski de artar. Bu nedenle alkolle iliskili zarara verilen yanıtta farklı düzeylerde olmalıdır; kısa müdahalelerle birincil korumadan özelleşmiş tedavilere kadar uzanan, başka bir deyişle, geniş spektrumda zarara uyan geniş spektrumda müdahalelere gereksinim vardır. Bu konuda özelleşmiş tedavi tek tedavi noktası olamaz. Eğer alkolle iliskili zarar anlamlı olarak azaltılacaksa, toplumdaki sikligi nedeniyle müdahale için birincil odak hafif ya da orta düzey zarar yasayan kisiler olmalıdır. Alkol içme örüntülerinin ve risklerin belirlenmesi, için kisilerin saglik gereksinimlerine uygun müdahalelerin belirlenmesi için gereklidir (34).

2.5 Ne Kadar Alkol İçmek “Çok İçmektir”?

Alkol içmek, alkolle iliskili sorunlara yol açtiginda ya da var olan sorunlari artirdiginda ya da diger saglik problemlerinin iyilestirilmesini etkilediginde ‘**çok içmek**’ ya da ‘**riskli alkol kullanımı**’ olarak değerlendirilir (39).

- **Günde 4** standart içkiden fazla VE **haftada 14** standart içkiden fazla içen erkekler,
- **Günde 3** standart içkiden fazla VE **haftada 7** standart içkiden fazla içen kadınların ve 65 yaş üstü erkeklerin

alkolle iliskili sorun yasama riski artmiştir; bu kisiler ‘**çok içiyor**’ ya da ‘**riskli alkol kullanıyorlardır**’.

2.5.1 Bir standart içki nedir?

Farklı ülkelerde saglik eğitimcileri ve araştırmacıları ülkelerindeki tipik içki büyüklüklerine göre farklı standart içki tanımı uygulamaktadırlar (34); örneğin; Kanada’da 1 standart içki 13.6 gr., Amerika Birleşik Devletleri’nde 14 gr., İngiltere’de 8 gr., Avustralya’da 10 gr., Japonya’da 19.75 gr. bir standart içki olarak kabul edilmektedir.

Bir sise bira, bir tek raki, bir kadeh sarap bir standart içkidir (34;39)
Bir standart içki 12-14 gr. etanol içerir.



Sekil 4 Bir standart içki tanımı

Bir içkinin alkol miktarı nasıl hesaplanır?

hacim X içerdiği alkol oranı X dönüştürme katsayısı

Dönüştürme katsayısı= 0.79 (bir mililitre etanolde 0.79 gr. saf etanol bulunmaktadır) (34)

- * Bir sise bira; 330 ml x %5 x 0.79 = 13 gram etanol
 - * Bir kadeh sarap; 140 ml x %12 x 0.79 = 13.3 gram etanol
 - * Bir tek votka, cin, votka; 40 ml x %40 x 0.79 = 12.6 gram etanol
 - * Bir tek rakı; 40 ml x %45 x 0.79= 14.1 gram etanol
- 500 ml olan biralar 1,5 standart içki, bir duble rakı 2 standart içki olarak değerlendirilir.

2.6 Tarama ve Kısa Müdahale Yöntemi

Tarama ve kısa müdahale potansiyel bir sorunu araştırın ve bu sorun hakkında kişinin bir şeyler yapmaya başlamasını motive eden uygulamalardır (40). Son 20 yıl içinde araştırmalar tarama ve kısa müdahalenin 5-10 dakikalık kısa öneri+kendine yardım kitapçığı zararlı alkol tüketimini azaltmada etkili olduğunu göstermektedir (41;42). “Kısa müdahale” terimi hastanın davranışını değiştirmeye ve hastanın tedavi uyumunu artırmaya odaklanan, süresi sınırlı, hasta merkezli danışmanlık yöntemidir (43).

Tarama ve kısa müdahale yöntemi dört basamaktan oluşmaktadır (39):

Basamak 1. Alkol kullanımını *sormak*

Basamak 2. Alkol kullanım bozukluklarını *değerlendirmek* (riskli alkol kullanımı, alkol kötüye kullanımı, alkol bağımlılığı)

Basamak 3. Uygun davranisi *önermek ve yardımcı olmak* (örn; içme hedefi belirlemek, hiç içki içmemek, uzmana sevk etmek)

Basamak 4. Hastanın gelişimini *izlemek, desteği sürdürmek*.

Kısa müdahalenin temel esasları İngilizcede FRAMES sözcüğüyle kısaltılmıştır (40): Geribildirim (Feedback); kişiye riskleri, rahatsızlığı ve o anki durumuyla ilgili geribildirim verilir.

Sorumluluk (Responsibility) Kişisel değişim için sorumluluk bireye verilir.

Değişim önerilir (Advice).

Tedavi stratejileri menüsü (Menu) ya da alternatif tedaviler ya da kendi kendine yardım stratejileri kişiye sunulur.

Empatik (Empathic) yaklaşım gösterilir.

Yeterlilik (Self-efficacy); kişinin başarı için iyimserliği ve umudu güçlendirilir.

2.6.1 Tarama

Taramanın amacı alkolle ilişkili sorunları azaltmaktır.

- Yoğun içilen günler sorgulanarak,
- Tarama testleri [Alkol Kullanım Bozuklukları Tarama Testi (AUDIT), CAGE, Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT)] uygulanarak yapılabilir. Çoğu tarama testleri alkol bağımliliğini saptamaya odaklanmıştır (44) Örneğin, Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener sözcüklerinin baş harflerinden oluşan CAGE uygulaması kolay dört sorudan oluşan ve iki pozitif yanıtın muhtemel alkol kullanım bozukluğu olarak değerlendirildiği bir testtir. CAGE içki içmeyle ilişkili kontrol kaybını, psikolojik sonuçları, kişilerarası sorunları ve fizyolojik bağımliliği sorgulamaktadır. Ancak CAGE'in riskli alkol kullanımını saptamada kullanımı daha az tanımlanmıştır. AUDIT riskli ve zararlı alkol kullanımını tanımlamak üzere geliştirilen tek tarama ölçeğidir. Yeni çalışmalar erken, ağır içiciliği saptamada AUDIT'in CAGE ve MATT'a göre daha üstün olduğunu göstermektedir (44;45).

Alkol kullanım bozuklukları için tarama yapılmasının yaygınlaştırılmasını destekleyen birçok neden vardır (35).

1. Birçok kişi sağlık çalışanlarından kendilerine sigara-alkol kullanımı gibi özgün sağlık davranışları hakkında soru sormasını bekler.

2. Arastirmalar kisilerin saglik davranislarini degistirmeye istekli olduklarini göstermektedir.
3. Gelismis ülkelerde ev halki örnekleri ve birinci basamak saglik hizmetlerinde yapılan siklik çalismalari erkeklerin %20'sinin, kadinlarin %10'unun önerilen düzeylerin üzerinde alkol kullandiklarini göstermektedir. Alkol kullanim bozukluklari en az, rutin taramanin standart uygulama oldugu hipertansiyon, diyabet ve depresyon kadar yaygindir.
4. Alkol kullanimi dünyada basta gelen ölüm nedenlerinden biridir ve saglik, aile ve sosyal alanlarda birçok sorunla iliskilidir.

Hangi durumlarda tarama yapilmasi düşünölmelidir?

- Rutin muayenenin bir parçasi olarak tüm hastalarda
- Alkolle etkilesen ilaçlari reçeteye yazmadan önce
- Acil basvurular sirasinda
- Hamilelerde ya da hamile kalmak isteyenlerde
- Asiri alkol içme eğilimi olan kisilerde (sigara içenler, ergenler ve genç eriskinler)
- Alkolün yol açmis olabilecegi saglik sorunlari olan hastalarda; (kardiyak aritmi, diyabet, gastrointestinal sorunlar, depresyon ya da anksiyete, kalp hastaligi, hipertansiyon)

Tarama testi AUDIT nedir? (EK 1)

Alkol kullanim bozukluklari tarama testi (AUDIT) zararli alkol tüketimi ve alkol bagimliliği olan kisileri tanımlamak üzere Dünya Saglik Örgütü (DSÖ) tarafından World Health Organization Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption (46) kapsamında gelistirilmistir. Alkol kötüye kullanımının tüm spektrumundaki kisileri tanıyabilmesi AUDIT'in bir avantajidir, uzmanlik disi ortamlarda erken müdahale olanagi yaratmaktadır (47). On sorudan olusmaktadır. İlk üç soru düzenli ve aralikli alkol kullanımının miktar ve sikligini ölçer. Sonraki üç soru olasi bagimlilik belirtilerini sorgular. Son dört soru alkol kullanimi ile iliskili o andaki ve yasam boyu sorunlarla ilgilidir.

Her soru besli Likert ölçeği (0–4) ile puanlanir, 40 en siddetli skordur. Uluslararası olarak birinci basamak saglik hizmetlerinde test edilmiş, 5 dakikada doldurulabilen, yüksek geçerlik ve güvenilirliğe sahip bir tarama testidir. Bu test sonucu;

- 65 yasa kadar erkeklerde 8 ve üzeri puan,
- Kadınlarda ve 65 yas üzeri erkeklerde 4 ya da daha fazla puan *riskli alkol kullanımı* olarak değerlendirilmektedir (46).

AUDIT’te yüksek skorlar alkol bağımlılığı ile ilişkilidir. DSÖ’nün AUDIT kılavuzu AUDIT skorlarından dört alan tanımlamıştır (0–7, 8–15, 16–19, 20–40) ; artan risk düzeyleriyle birlikte artan müdahale düzeylerini yansıtmaktadır (46). Tarama yapıldıktan sonraki basamak her hastanın gereksinimlerini karşılayan uygun bir müdahalenin sağlanmasıdır. AUDIT skorlarıyla dört risk düzeyi belirlenmektedir (Tablo 1).

Tablo 3 AUDIT skorlarına göre risk düzeyi ve müdahale yöntemleri

AUDIT skoru	Risk düzeyi	Müdahale
0-7	I	Alkolle ilgili eğitim
8-15	II	Basit öneri
16-19	III	Basit öneri+kısa danışmanlık+sürekli izlem
20-40	IV	Tanısal değerlendirme ve tedavi için uzmana sevk etme

2.6.2 Kısa Müdahale

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde günlük uygulamalarda

- alkol tarama,
- kısa müdahale ve
- gerektiğinde tedavi için sevk etmek yer almalıdır.

Alkol kullanımı sigara içme, beslenme, egzersiz yapmak gibi diğer sağlık davranışlarıyla eş zamanlı sorgulanabilir. Empatik, yüzleştirici olmayan bir yaklaşım hastaları rahatlatacaktır (39).

Basamak 1. Alkol kullanımını sormak

“Bira, sarap, raki, votka gibi alkollü içecekler içiyor musunuz?” sorusu başvuran herkese sorulmalıdır. “Evet” yanıtı veren herkese yoğun içilen günler sorulmalıdır :

- Geçen yıl içinde kaç kez bir gündeiçki içtiniz?

<i>5 ya da daha fazla</i>	<i>4 ya da daha fazla</i>
<i>(erkekler için)</i>	<i>(kadınlar için)</i>

- Ortalama olarak haftada kaç gün içki içiyorsunuz?
- İçtiğiniz bir günde ortalama kaç içki içiyorsunuz? sorularıyla içme sıklığı ve miktarı belirlenir.

Basamak 2. Alkol kullanım bozuklukları (riskli alkol kullanımı, alkol kötüye kullanımı, alkol bağımlılığı) değerlendirilir. Haftalık ve bir günde içilen alkol miktarı riskli alkol kullanımını gösteriyorsa alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı açısından değerlendirilir.

RISKLI ALKOL KULLANIMI İÇİN:

Basamak 3. Uygun davranış (örneğin; içme hedefi belirlemek, hiç içki içmemek, uzmana sevk etmek) önerilir ve yardımcı olunur. Sonuç ve önerilerin açık bir şekilde belirtilmesi ve eğer varsa hastanın endişeleri ve tıbbi bulgularla ilişkilendirilmesi gerekir. Kişinin içme alışkanlıklarını değiştirmek için ne kadar hazır olduğunu ölçmek, hedef oluşturmaya yardımcı olmak (düşük riskli sınırlara azaltmak ya da bir süre için hiç içmemek), bir plan üzerinde uzlaşmak gerekir: [Neler yapacak ya da yapmayacak? (örneğin; isten sonra bara gitmeyecek, evde içtiklerini ölçecek, alkollü ve alkolsüz içkileri sırayla içecek). İçmesi nasıl izlenecek (günlük tutmak, mutfak takvimi). Yüksek riskli durumları nasıl önleyecek? Kim yardımcı olabilir? (esi ya da içmeyen arkadaşları)]

Basamak 4. Hastanın gelişimi izlenir, destek sürdürülür. Her görüşmede alkol kullanımı kaydedilir ve hedefler gözden geçirilir. Önerilere bağlı kalması desteklenir ve teşvik edilir. İçme hedefleri gözden geçirilir (örneğin; eğer tıbbi durum değişmişse ya da eğer içkiyi bırakan hasta tekrar içmek isterse). Hedefleri gerçekleştiremezse bile tekrar gelmesi teşvik edilir. Yılda en az bir kez tekrar tarama yapmak gerekir. Hedeflerin gerçekleştirilemediği durumlarda değişimin zor olduğunu belirtmek, olumlu değişiklikleri desteklemek ve hedefe ulaşmadaki engelleri belirlemek gerekir. Hedef ve planı tekrar gözden geçirilerek bir süre hiç içmemek hedeflenebilir. Önemli kişiler plana dahil edilir. Eğer hasta azaltmıyor ya da bırakmıyorsa tanı tekrar değerlendirilir.

ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARI İÇİN

Basamak 3. Uygun davranış önerilir ve destek olunur (örneğin; içme hedefi belirlemek, hiç içki içmemek, uzmana sevk etmek). Sonuç ve önerileri net olarak belirtmek gerekir: “Alkol

kullanım bozukluğu tanısı aldığınız için içmeyi bırakmanızı öneririm.” Varsa hastanın endişeleri ve tıbbi bulgularıyla ilişkilendirilir. İçme hedefi belirlenir. Alkol kullanım bozukluğu olan hastaların çoğu için içmemek (abstinans=arınıklık) en güvenli yoldur. Daha hafif kötüye kullanım ya da bağımlılığı olan hastalar ve tam olarak bırakmak istemeyenler azaltmayı başarabilirler. Bağımlılık uzmanı tarafından değerlendirilmek üzere sevk etmek düşünülebilir. Adsız Alkolik’lerin toplantılarına katılım önerilir, ilaç tedavisi değerlendirilir. İzlem randevuları düzenlenir.

Basamak 4. Hastanın gelişimi *izlenir, destek sürdürülür.* Her görüşmede alkol kullanımı kaydedilir ve hedefler gözden geçirilir. Önerilere bağlı kalması desteklenir ve teşvik edilir. Hasta sevki kabul ederse bir uzmanla görüşme sağlanır. Alkol bağımlılığı için ilaç tedavisinin en az üç ay, klinik olarak gerekliyse daha uzun kullanımı sürdürülür. Eslik eden medikal ve psikiyatrik bozukluklar değerlendirilir. Hedefleri gerçekleştiremeyenlere değişimin zor olduğunu belirtmek, alkolü kesme önerisini netleştirerek azaltma/kesme çabalarını desteklemek, alkolü sorunlarla ilişkilendirmek gerekir. Bağımlılık uzmanına sevk etmeyi düşünmek, önemli kişileri plana dahil etmek, ilaç tedavisini değerlendirmek düşünülebilir. Eslik eden medikal ve psikiyatrik bozuklukları tekrar değerlendirmek gerekir.

2.7 Alkol Sorunlarının Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Önemi

Alkolle ilişki zararın önlenmesi ve yönetiminde (management) birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolü giderek daha fazla vurgulanmaktadır (3;38). Uluslar arası çalışmaları kapsayan altı sistematik gözden geçirme ve metaanaliz çalışmaları kısa müdahalenin birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanımını desteklemektedir (40). Ancak, birinci basamak sağlık hizmetlerinde kısa müdahalelerin etkinliği ve maliyet etkinliği (cost-effectiveness) kanıtlarına karşın, bu müdahaleler rutin klinik uygulamalar içinde yer almamaktadır. Pratisyen hekimler alkolü zor bir konu olarak görmekte ve çoğunlukla önleyici öneriler sağlamak, hatta etkin bir şekilde tarama yapmak konusunda yetersiz kalmaktadırlar.

Alkolle ilişkili sorunları olan-olmayan, toplumun büyük çoğunluğu her tür sağlık sorunu için birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurmaktadır (2). Bu nedenle alkolle ilişkili sorunların tanınması için uygun bir ortamdır. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler, alkol içmeleri sağlıklarına zararlı ya da zarar verebilecek hastaları tanıma ve müdahale etmek için önemli bir konumdadırlar. Ayrıca alkol bağımlısı olan hastaların

tedaviye baslamalarında da önemli rol oynayabilirler. Birinci basamak sağlık hizmetleri izlem ve tekrarlayan müdahaleler için ideal bir ortamdır. Birinci basamakta çalışan hekimlerin iş yükleri nedeniyle müdahaleler kısa olmalıdır. Kısa müdahaleler, var olan ya da potansiyel alkol sorununu tanımlamayı ve kişiyi bunun hakkında bir şeyler yapmaya motive etmeyi amaçlamaktadır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde tarama ve kısa müdahale programının iki yararı vardır:

1. Alkol bağımlılığı gelişebilecek riskli alkol kullanımı olan, alkolle ilişkili zarar riskinin azaltılabileceği kişileri tanımak ve yardımcı olmaktır.
2. Alkol bağımlılığı olan bireyleri erken dönemde tanıyarak sevk etmek, böylece bağımlılığın ilerlemesini engellemektir.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde alkol tüketimi taraması ve kısa müdahale, alkol sorunlarının erken tanınması ve tüm hastaları eğitmek için kullanılarak zamanla alkolün olumsuz etkileri azaltılacaktır. Alkol sorunları olan hastalara erken müdahalelerin etkinliğini gösterilmiştir (48). Bu çalışmalar birinci basamakta, travma ve acil merkezlerinde yapılmıştır. Alkolle ilişkili sorunları olan hastaların tarama aracılığıyla başlangıçta tanınmaları, davranış değişimleri hakkında danışmanlık ve sürekli destek gerekmektedir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan hekimler diyabetik ve hipertansiyonlu hastaların tedavisinde deneyimlidirler. Bu konudaki uzmanlık, riskli alkol kullanımına benzer müdahale yapılmasında yararlı olacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kısa müdahale ile ilişkili birçok kontrollü çalışmada asiri düzeyde alkol tüketiminin %20 oranında azaldığı gösterilmiştir (4;49). Birinci basamak sağlık hizmeti çalışanlarının alkol kullanımları sağlıklarına zararlı kişileri tanımak ve müdahale etmek sorumlulukları vardır. Ancak yapılan çalışmalar pratisyen hekimlerin birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu sırasında alkol kullanım sorunlarını irdelemeye istekli olmadıklarını ve kısa müdahale uygulamalarının eksik kaldığını göstermektedir (5). Bu isteksizlik ve eksikliğin temel nedenleri arasında zamansızlık, eğitim yetersizliği, hastaların alkolle ilişkili soruları olumsuz karşılayacağı korkusu, danışmanlık yapmada yetersizlik algısı, “alkolikler”in müdahalelere yanıt vermediği inancı yer almaktadır. Önemli bir halk sağlığı sorunu olarak alkol kullanımının birinci basamak sağlık hizmetlerinde irdelenmesini gereklidir. Erken tanı ve gerekli müdahalelerin yapılması sorunun daha büyümesini engelleyecektir.

2.8 Dünya Sağlık Örgütü'nün Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Alkolle İlişkili Sorunların Tanınması ve Tedavisi Çalışması

(WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-related Problems in Primary Health Care)

Alkolle ilişkili yetersizlikler gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde birinci basamak sağlık hizmetlerinin önemli bir ilgi alanı haline gelmiştir. Alkolle ilişkili sorunların sosyal, medikal ve ekonomik maliyetine karşın, “alkolizmin” tedavisinde geleneksel yaklaşımda yoğun medikal ve sosyal rehabilitasyon, erken tanı ve ikincil korumaya tercih edilmektedir (50). 1980’de DSÖ Uzman Komitesi zararlı alkol tüketimi olan kişilerin sağlık ve sosyal sonuçları belirginleşmeden fark edilmesi için etkin yöntemlere gereksinimi vurgulayarak, birinci basamak sağlık hizmetlerinde minimum zaman ve kaynakla uygulanabilecek yöntemlerin geliştirilmesi için çağrıda bulunmuştur. Bu öneri birkaç ülkede alkolle ilişkili sorunlara halk sağlığı yaklaşımını uygulama çabalarının olumlu sonuçlar verdiği bir zamana denk gelmiştir. Bu çabalar yeni tarama yöntemlerini düşük maliyetli erken müdahale yöntemleriyle birleştirmeye yönelik düzenlenmiştir. Bu programlar için itici güç, hastalık prevalansı ve yaşam tarzıyla ilişkili davranışsal risk faktörleri arasındaki ilişkiye yönelik halk sağlığı ilgisinden kaynaklanmıştır. Sigara içme, eksersiz eksikliği ve asiri alkol tüketimi gibi yaşam tarzıyla ilişkili risk faktörlerinin kısa müdahalelere sıklıkla yanıt vermesi nedeniyle birinci basamak sağlık hizmetlerine davranışı değiştirme programlarının yerleştirilmesine daha fazla önem verilmektedir. Alkol tarama ve kısa müdahalesine artan ilgiye diğer nedenler arasında; çeşitli davranış değiştirme yöntemlerinin etkinliği, özellikle gelişmekte olan ülkelerde sağlık hizmeti kaynaklarının korunması gereksinimi, alkolle ilişkili yetersizliklerin kavramlaştırılmasındaki değişiklikler, riskli alkol kullanımının toplumdaki hastalık yükünün alkol bağımlıları ile kıyaslanabilir olması ve erken müdahale aracılığıyla alkol bağımlılığı gelişiminin önlenmesiyle ilgili kanıtlar sayılabilir.

Yirmi beş yıl süren ve tüm dünyada alkolle ilişkili zararı birinci basamak sağlık hizmetlerinin riskli-zararlı alkol kullanımını saptama ve müdahale etme yetisini artırarak azaltmayı amaçlayan “WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care” başlıklı araştırma programı dört fazdan oluşmaktadır (51):

Faz I. Arastirmanın ilk bölümünde birinci basamak saglik hizmetlerinde riskli-zararli alkol kullanimi olan kisileri saptamak için güvenilir ve geçerli bir tarama ölçeği olan AUDIT gelistirilmistir (1982-1987) (46).

Faz II. Riskli alkol kullanimiyla iliskili saglik risklerini azaltmak üzere birinci basamak saglik hizmetlerinde tarama ve kısa müdahale konulu bir klinik çalisma gerçektirilmistir (1987-1992) (50;52). Arastirmanın amaçlari: 1. basit öneri ve kısa danismanligin alkol içme miktarı ve sikligina etkisini arastirmak; 2. azalan alkol tüketiminin alkolle iliskili sorunların önlenmesindeki rolünü arastirmak; 3. kısa müdahale yöntemlerinin ülkeler arasi (cross-national) genellenebilirliğini degerlendirmektir. Çalisma on ülkede (Kosta Rika, Avustralya, Ingiltere, Norveç, Meksika, Kenya, Bulgaristan, Sovyetler Birliği, Zimbabve, Amerika Birlesik Devleti) gerçektirilmistir. Alkol bağimli olmayan, yoğun alkol tüketimi olan 1661 (1362 erkek, 299 kadın) kisi hastane, birinci basamak klinikleri, isyerleri ve eğitim kurumlarından çalismaya alınmistir. Merkezlerde hastalar üç gruba ayrilarak, *kontrol grubuna* sadece 20 dakikalik saglik görüşmesi; *basit öneri grubuna* ayni genel saglik görüşmesine ek olarak ayiklik ya da daha az içmenin önemi hakkında 5 dakikalik öneri; *kisa danismanlik grubuna* 5 dakikalik öneriye ek 15 dakikalik danismanlik yapilmis, ayrıca “aliskanlik kirici plan” içeren kendine yardım kilavuzu verilmistir. Erkeklerde demografik faktörler ve sosyo-kültürel etkiler kontrol edildikten sonra bile müdahalelerin ortalama alkol tüketimi ve sikliginda önemli etkisi olduğu görülmüştür. Kadınların alkol tüketimlerinde hem kontrol hem girisim gruplarında önemli azalma izlenmistir. Sonuçlar müdahalenin yogunlugunun içme davranisindaki değisiklik miktarıyla iliskili olmadigini göstermistir; 5 dakikalik basit öneri 20 dakikalik kısa danismanlik kadar etkili bulunmustur.

Faz III. Tarama ve kısa müdahalenin birinci basamak saglik hizmetlerine basarili bir sekilde yayginlasmasi için gerekli kosullarla iliskili olan bu bölüm üç asamada ve Avustralya, Kanada, Danimarka, Fiji, Macaristan, Italya, Yeni Zelanda, Norveç, Polonya ve Ingiltere’yi içeren birçok ülkede gerçektirilmistir (1993-1998) (53).

Birinci asamada (Strand 1), posta ile gönderilen anket formu ile pratisyen hekimlerin birinci basamakta koruyucu tip ve erken alkol müdahalesi ile ilgili bilgi, tutum ve uygulamaları degerlendirilmistir (4). Ingiltere çalishmasinda pratisyen hekimlerin alkol hakkında rutin olarak soru sormadıkları ve asiri alkol kullanan ya da alkolle iliskili sorunları olan az sayıda hastaya müdahalede buldukları belirlenmistir. Pratisyen hekimler zaman ve

egitim eksikligini, devlet politikalarından yardım eksikligini uygulamadaki ana engeller olarak tanımlamışlardır. Benzer bulgular diğer ülkelerde de elde edilmiştir.

İkinci asamada (Strand 2), birinci basamak sağlık hizmetlerinde koruyucu tip ve erken alkol müdahalesi için engeller ve kolaylaştırıcı faktörlerle ilgili pratisyen hekimlerle telefonla derinlemesine görüşmeler ve anahtar kişilerle bireysel görüşmeler gerçekleştirilmiştir. İngiltere çalışmasında, devletin yönettiği tesvikler, bu tip işi yapmak için ücret, alkol ve koruyucu tip konusunda daha iyi tip eğitimi, iş yükünün ve birinci basamakta yönetsel baskıların hafifletilmesi ana tesvikler olarak tanımlanmıştır.

Üçüncü asamada (Strand 3), birinci basamak sağlık hizmetlerinde kısa müdahale paketinin yaygınlaşmasında farklı pazarlama, eğitim ve destek yöntemlerinin etkinliği ve maliyet etkinliği randomize kontrollü bir çalışmada değerlendirilmiştir. Avustralya’da geliştirilen ve denenilen “Drink-less” programı kullanılmıştır. Paket, kısa müdahale programının kullanımını teşvik eden broşür, pratisyen hekimler ve hastayı karşılayan kişiler için hazırlanmış program kılavuzu, AUDIT ölçeği, hastaların skorlarını hızlı değerlendirmek üzere puanlama şablonu, hastalara anlatmak üzere güvenli sınırlarda alkol kullanımı, azaltmanın yararları, davranış değişimi ve hedef oluşturma bilgilerini içeren öneri kartı, hastalar için kendine-yardım kitapçığını içermektedir. Avustralya, Danimarka, Yeni Zelanda ve İngiltere’nin yayınlanan sonuçları, pratisyen hekimler arasında kısa müdahalelerin yayılmasında telefonla pazarlamanın en maliyet etkin yol olduğu, eğitim ve devamlı telefon desteğinin uygulamanın yaygınlaşma oranını artırdığını göstermiştir.

Faz IV. Bu fazda erken tanı ve kısa müdahalenin birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaygın, rutin ve devamlı yerleşmesi amacıyla ülkesel yöntemlerin geliştirilmesi ve uygulanması amaçlanmıştır (1998-2006) (51). Yaklaşık 20 yıl önce Thom ve Tellez (1986) pratisyen hekimleri alkol sorunlarını saptama ve tedavi etmeye yöneltme çabalarını “zor bir iş” (“a difficult business”) olarak tanımlamışlardır. Faz IV çalışmaları bu özelliğin halen devam ettiğini göstermiştir. Faz IV’ün çalışma olarak sona ermesinden sonra da devam edecek sürekli ve yineleyici bir süreci başlatması beklenmektedir. Gelişmiş endüstriyel ülkelerde sigara içmeye karşı tarama ve kısa müdahalenin birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaygın olarak kullanılmasının yaklaşık 40 yıl aldığı düşünüldüğünde, benzer sürecin riskli alkol kullanımı içinde gelişmesi beklenebilir.

2.9 Sağlık Çalışanlarına Yönelik Eğitim Programlarının Etkinliği

Sağlık çalışanları için etkili grup eğitim yöntemleri; 1. eğitim programlarının yerinde (on-site) yapılması, 2. spesifik, basamaklandırılmış, kanıta dayalı klinik protokollerin kullanımı, 3. akran grup tartışmaları, 4. beceriye dayalı rol oynama ve 5. güvenilir bir uzman eğitici tarafından verilmesini içermektedir (35). Eğitim programları diğer müdahale yöntemleriyle (akran geri bildirim gibi) bir arada kullanıldığında daha etkili olmaktadır.

Davis ve arkadaşları 1975-1998 yılları arasında yayınlanmış 113'ü sağlık çalışanlarını içeren 224 müdahale çalışmasını gözden geçirdiklerinde, %70'inde klinik performansta değişiklikler ve %48 oranında olumlu sağlık sonuçları bulmuşlardır (35). Sunumlar (lectures) ve el notlarıyla yapılan resmi sürekli eğitim kurslarının sınırlı etkisi olduğu gösterilmiştir. "Akran tartışması" ve "beceri uygulama seansları" içeren eğitim programları sunumlarla sınırlı programlardan daha etkilidir. En etkili yöntemler; hekim için hatırlatıcı kontrol listeleri (checklistler), hasta aracılığıyla yapılan (patient-mediated) müdahaleleri, klinik dışı hastaya ulaşma (outreach vizits), akademik ayrintilendirme (academic detailing) ve düşünce liderlerini (opinion leaderleri) içerir.

Cohen, Halvorson ve Gosselink (1994) etkin sürekli tıp eğitimi (CME) ile ilişkili faktörleri tanımlamışlardır. Eğiticiler akranları tarafından saygın ve etkili olarak tanımlandığında, çoğul yöntemler kullanıldığında, özellikle bu yöntemler sadece hekimleri motive etmek için değil, onlara yeni beceriler öğretecek ve çalıştıkları çevreyi değiştirmelerine yardımcı olacak şekilde düzenlendiğinde etkinlik artmaktadır (35).

Schwartz ve Cohen (1990) eğitimi "yeni bilginin sağlanması"ni gerekli görmekte, ancak davranış değişikliği için yeterli bulmamaktadırlar (35). Hekimler davranışlarını değiştirmeyi düşünmeden önce güçlü kanıtlara gereksinim duyarlar. Karmaşık davranışsal ve organizasyonla ilgili etkenleri dikkate almayan, sadece eğitime dayalı müdahaleler genellikle davranış değişikliğinde başarılı olmamaktadır. Soumerai ve Avorn (1990) klinisyenlerle çalışmalarında "kisa olması, tekrar edilmesi ve önerilen uygulamaların pekiştirilmesi"nin eğitim programlarının ana elemanları olduğunu kaydetmişlerdir. Costanza ve arkadaşları (1999) mamografi ve klinik meme muayenesi oranlarını artırmak üzere klinisyenler için eğitim programı geliştirmişlerdir. Müdahale, küçük çalışma grupları ve standart hastaları kullanarak muayene odasında (in-office) değerlendirilmeden olmuştur. Çalışmada kendi kendine meme muayenesi ve mamografi için danışmanlıkta önemli artış gösterilmiştir.

Klinisyenler alkol tarama sorulari, kısa müdahale teknikleri ve motivasyonel görüşmeyi daha rahat yapabilecekleri olanaklara gereksinmektedirler (35). Gereken “sözcükleri” söylemeyi ve hastanın söyledikleri kadar söyleyemediklerine (sözel olmayan ipuçları) odaklanmayı öğrenmeleri gerekir.

Meslektaşlarla ya da iyilesmekte olan kişilerle rol-oylama ve standart hastaların kullanımı, klinisyenlere alkol sorunları için hastalara nasıl tarama yapacaklarını öğretmek için etkili yöntemlerdir (35). Rol oynama büyük gruplarda esleme tekniği kullanılarak (çalışma grubu katılımcıları yanlarındaki kişiyle eslesirler) ya da küçük grup seanslarında kullanılabilir. Bu yöntemlerin alkol alanında sağlık çalışanının davranışını değiştirmesindeki etkisini incelemek için randomize çalışmalara gereksinim olduğu belirtilmektedir.

Davranışını değiştirmek kolay bir süreç değildir, ancak geri bildirim en güçlü değişim yöntemlerinden biridir, özellikle bir klinisyen değişmesi gerektiğini algiliyorsa (tıpkı hastalarda olduğu gibi) (35). Ockene ve arkadaşları (54) alkol kullanım bozuklukları için hasta merkezli kısa danışmanlık oranlarını artırmak üzere, klinisyenin davranışının değişiminde geribildirim kullanıldığı ilk çalışmayı yapmışlardır. Otuz bir sağlık çalışanı (14 doktor, 12 asistan ve 5 uzman hemşire) danışmanlık konusunda eğitilmiştir. Sağlık çalışanları 2 saatlik grup eğitim çalışması ve bundan 2–6 hafta sonra 10-20 dakikalık bireysel geri bildirim seansına katılmışlardır. Eğitim, sağlık çalışanlarına riskli alkol kullananlar için hasta-merkezli danışmanlık öğretmek üzere planlanmıştır. Klinik becerilerin değerlendirilmesinde standart hastalar kullanılmıştır. Eğitim sonrası yapılan değerlendirmede eğitim öncesine göre sağlık çalışanlarının danışmanlık becerilerinde, müdahale yapmaya hazır olmaları, müdahale yapmayı önemli ve yararlı bulmaları ölçütlerinde anlamlı artış görülmüştür. Grup eğitim programı artı bireysel, kısa geribildirim birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarının riskli alkol kullanan kişilere yönelik bilgi, tutum ve danışmanlık becerilerinde önemli gelişme sağlayacağı belirtilmiştir.

Bendtsen ve Akerlind (2) güney İsveç’te dört birinci basamak sağlık merkezinde yaptıkları girişim çalışmasında riskli alkol kullanımı için tarama ve kısa müdahaleyi tanıtmayı amaçlamışlardır. Çalışmaya katılan 19 pratisyen hekim ve 30 hemşireye birinci basamak sağlık hizmetlerinde erken tanı ve müdahaleye yönelik programın uygulanmasından önce ve uygulamadan dört ay sonra (12 pratisyen hekim ve 25 hemşire) tutum ve uygulamadaki değişikliği değerlendirmek üzere anket uygulanmıştır. Çalışma grubundan üç kişi, birinci basamak sağlık merkezinde 1-2 ay boyunca hekim ve hemşirelere riskli alkol kullanım sorunu

olan kisileri nasıl saptayacakları ve nasıl öneride bulunacaklarını öğretmek ve süpervizyonla destek olmuştur. Personel ve hastalar için bilgi materyalleri hazırlanmıştır. Program pratisyen hekimler üzerinde daha etkili olmuştur. Girişim sonrası pratisyen hekimler hemşirelere göre erken tanı ve müdahale uygulamalarında daha fazla artış bildirmişlerdir. Hemşire ve pratisyen hekimlerin alkolle ilişkili sorunlarla çalışmaya yönelik tutumlarında önemli bir pozitif değişim görülmüştür. Grubun çoğu becerilerinin arttığını bildirmiştir. Araştırmacılar birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışanların alkol müdahaleleri yapmalarını geliştirmek için gelecekteki çabaların alkol müdahalesi konusunda zaten pozitif olan tutumu değiştirmekten çok, eğitim, süpervizyon ve başarılı sonuçları olan klinik örnekler verilmesine odaklanması gerektiğini bildirmişlerdir.

Alkol tarama ve kısa müdahalesinin yerleştirilmesi için potansiyel bir program; 1. Alkol kullanımı sorularının rutin hasta kaydının bir parçası olarak vital bulguları kontrol eden hemşire tarafından yapılması, 2. Alkol kullanım bozukluğu tarama ölçeği (AUDIT ya da MATT gibi) kullanılması, 3. Klinisyene tarama yapmayı ya da önceki tedavi önerileri üzerine izlem yapmayı hatırlatan bilgisayarlı hatırlatıcı sistem (sekreterin görevi), 4. Çalışma kitaplarının kullanımını içeren kısa müdahale protokolleri, 5. Sekreter tarafından periyodik olarak güncellenen ve görüşme odalarına asılan alkol konusunda uzman kişilerin, kendine yardım toplantılarının listesini içerir (35).

Akademik detaylandırma (academic detailing) klinik ya da hastaneye dayalı eğitsel aktivitedir. Bu müdahale, eğitimi sağlayan kişinin klinik çalışma ortamında ya da hastanede yapılan eğitsel ya da beceri programlarını içerir. Müdahale; 1. kısa didaktik sunumları, 2. rol oynama kullanarak beceri eğitimini, 3. performans geri bildirim ve personel direncinin kırılması ile ilgili yöntemleri içerebilir. Akademik detaylandırmayı diğer yöntemlerle kıyaslayan iki çalışma Faz IV-DSÖ kaynaklı alkol müdahale programının bir parçası olarak gerçekleştirilmiştir. Danimarka'da yapılan, hekimleri sorunlu içicilik için tarama ve kısa müdahale yapmaya ikna etmek üzere akademik detaylandırma, telefon görüşmesi ve mektup yöntemlerinin etkinliğinin araştırıldığı çalışmada, 143 pratisyen hekim üç yöntemden birine randomize olarak ayrılmıştır. Akademik detaylandırmanın hekimleri eğitsel materyalleri okuma ve uygulamaya daha çok ikna ettiği bulunmuştur (55). Avustralya'da yapılan ikinci çalışmada akademik detaylandırma, tele-pazarlama ve mektup yöntemleri 628 pratisyen hekimle çalışılmıştır (56). Akademik detaylandırma hekimleri alkol tarama ve kısa müdahale

protokollerini kullanmak ve üç aylık kayıt izlemine katılmak konusunda iki kez daha fazla ikna edici bulunmuştur.

Standart didaktik eğitim programlarının hekimin davranışını değiştirmekte ve bunu takiben hasta sonuçlarının iyileşmesinde yetersiz kaldığı gösterilmiştir (48). Beceriye dayalı interaktif eğitimin ise davranışı (uygulamayı) değiştirebileceği yönünde kanıtlar vardır. Ancak bu kanıtlarda metodolojik olarak kısıtlıdır; kontrollü çalışmalara değil, gözlemsel çalışmalara dayanmaktadır.

3 AMAÇLAR

Birinci basamak sağlık kurumlarında çalışan pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozuklukları ve müdahale yöntemleri konusunda

1. Bilgi düzeylerinin belirlenmesi
2. Tutum ve davranışlarının belirlenmesi
3. Alkol kullanım bozukluklarında kısa müdahaleye yönelik hazırlanan eğitim programının bilgi, tutum ve davranış üzerine etkisinin incelenmesi
4. İki farklı eğitim yönteminin bilgi, tutum ve davranış üzerine etkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

4 GEREÇ VE YÖNTEM

4.1 Arastirmanın Tipi

Bu araştırma iki aşamalı olarak tanımlanabilir: 1. aşama tanımlayıcı, 2. aşama girişimseldir.

4.2 Arastirmanın Evreni

Araştırma evreni, Konak Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'ndeki 42 sağlık ocağı, 7 Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi ve 3 Verem Savaş Dispanseri olmak üzere toplam 52 birinci basamak sağlık kurumunda hizmet veren 226 pratisyen hekimidir.

Konak Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi'nin 2003 yıl ortası nüfusu 864042'dir, 261477 hane bulunmaktadır. Bölge Karabağlar, Kadifekale, Gültepe, Gürçesme, Eski İzmir gibi sosyo-ekonomik düzeyi oldukça düşük olan bölgelerin yanı sıra Alsancak, Hatay ve Güzelyalı gibi sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan bölgeleri de kapsamıyla kozmopolit bir yapıdadır.

4.3 Örnek ve Örneklem Yöntemi

Araştırmanın tanımlayıcı yönü olan bilgi, tutum ve davranış düzeyini belirlemek için örnek seçilmeyip tüm hekimlere (n=226) ulaşılması amaçlanmıştır. Eğitim yönteminin bilgi, tutum ve davranış üzerine etkisini belirlemek için hekimler girişim ve kontrol gruplarına 1:2 oranında ayrılacak şekilde örnek büyüklüğü hesaplanmıştır. Bu konuda daha önce yapılan bir çalışma olmadığı için belirli etki büyüklüğü hesaplanamamıştır. Uygun öngörüler sağlayacak kaynaklar olmadığında “küçük”, “orta”, “büyük” etki büyüklüğü için tanımlamalara dayanan konvansiyonel değerlerin kullanılması önerilmektedir (57). Eğitimle bilgi, tutum ve davranışta orta düzeyde (0.50) etki büyüklüğü öngörülerek, %95 güven aralığı ve %90 güç ile girişim ve kontrol gruplarının eşit olması halinde örnek büyüklüğü [verilen güç düzeylerinde t-test için gereken örnek büyüklüğü tablosundan (57) yararlanılarak] 85 kişi olarak bulunmuştur. Girişim ve kontrol gruplarına 1:2 oranında bir yerleşme olabilmesi için eşit olmayan yerleşme (unequal allocation) formülü (58) uygulanarak $[(m=r+1/2r \times n); r=2 \text{ ve } n=85 \text{ alındığında örnek büyüklüğü } m=(2+1/2 \times 2) \times 85= 63.75 \text{ bulunmuştur}]$ girişim grubunun en az 64 kişi, kontrol grubunun ise en az 128 kişi olması gerektiği hesaplanmıştır.

Hekim sayısı göz önüne alınarak sağlık ocakları düzeyinde blok randomizasyon (59) yapılmıştır. Girişim Kontrol Kontrol (GKK) bloguna 1 kodu; Kontrol Girişim Kontrol (KGK) bloguna 2 kodu; Kontrol Kontrol Girişim (KKG) bloguna 3 kodu verilerek randomize

sayılar tablosundan rasgele seçilen bir sayıdan başlayarak 1,2,3 sayılarının dağılımına göre sağlık ocakları listesinden girişim ve kontrol grupları belirlenmiştir (GKKKGKKKG.....gibi). Randomizasyon sonrası girişim grubunda 17 birinci basamak sağlık kurumunda 82, kontrol grubunda 35 kurumda 144 pratisyen hekim çalışma grubunu oluşturmuştur. İlk üç randomizasyonda girişim grubunda yeterli hekim sayısının olmaması ve girişim ve kontrol gruplarındaki sağlık ocaklarının bulunduğu semtlerin farklı sosyoekonomik dağılım göstermeleri nedeniyle dördüncü randomizasyonda belirlenen kurumlar girişim ve kontrol gruplarını oluşturmuştur.

4.4 Değişkenler

1. Demografik özellikler

Cinsiyet

Yaş

2. Pratisyen hekimlerin sigara ve alkol kullanma özellikleri

Sigara kullanma durumu

Alkol kullanma durumu, sıklığı, miktarı

3. Pratisyen hekimlerin mesleki özellikleri ve uygulamaları

Mezun olduğu okul

Çalışma süresi

Alkol ve alkolle ilişkili sorunlarla ilgili mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alma durumu

Alkol tüketimini azaltmak konusunda danışmanlık yapmada kendisini yeterli hissetme durumu

4. Alkol kullanım bozuklukları hakkında bilgi düzeyi

Erkek ve kadında düşük riskli alkol kullanım sınırı

Kadın ve erkek için bir kez de düşük riskli kullanılacak maksimum alkol miktarı

Tarama testleri

Alkol kullanım bozuklukları için biyokimyasal belirteçler

Kısa müdahale yöntemi (soru sorma, tarama testi uygulama, KCFT'leri isteme, riskleri tanımlama ve sonuçlarını tartışma, öneride bulunma, tesvik etme)

5. Alkol kullanım bozukluklarına yönelik tutum

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde alkol kullanımının önemi

Alkol kullanımına ilişkin sorun yaşayan kişileri davranışlarını değiştirmek ya da tedavi etmekle ilgili pratisyen hekimlerin sorumlulukları

Hekimlerin alkol kullanım sorunlarına yaklaşımda hastaların verecekleri yanıtla ilişkili düşünce ve inançları

6. Alkol kullanım bozuklukları konusunda davranış

Alkol kullanımı konusunda hastalarla konuşmak, öneri vermek

Kısa müdahale yöntemini uygulamak (alkol kullanımıyla ilgili soru sormak, alkol kullanımı ve belirtilerin ilişkili olduğunu belirtmek, içkiyi azaltma ya da kesmeyi önermek, KCFT'lerini istemek, tartışmak üzere tekrar gelmesini önermek)

Hastaların asiri alkol tüketimiyle ilgili endişe nedeniyle istenen kan tahlili sayısı

Yardımcı olunan alkolle ilişkili sorun yaşayan hasta sayısı

7. Hekimlerin alkol kullanım bozukluklarına tanı koyma ve tedavi etme konusunda kendilerine güven duygusu ve erken müdahaleyi teşvik edecek unsurlar

Alkol kullanım sorununa tanı koymak ve tedavi etmekle ilgili güven duygusu

Riskli alkol tüketimi için erken müdahale yapmayı teşvik edecek unsurlar

4.5 Değişkenlerin Tanım ve Ölçütleri

1. Demografik özellikler ile ilgili değişkenler;

- Yas: Doğum yılı açık olarak kaydedilmiştir. Veri tabanına yas olarak kaydedilerek bulgularda ortalama ve standart sapma ile sunulmuştur.
- Cinsiyet: kadın- erkek olarak gruplanmıştır.

2. Sigara-alkol kullanma durumuna ait değişkenler

- Sigara kullanma durumu:
Sigara içiyor musunuz sorusuna yanıtlar “hayır”, “evetadet/gün”, “içiyordum-biraktım” olarak tanımlanmıştır. Analizde kullanıyor, kullanmıyor olarak gruplanmıştır.
- Alkol kullanma durumu:

Ne sıklıkla alkollü içecek kullanıyorsunuz sorusuna yanıtlar “hiç”, “ayda bir ya da az”, “ayda 2-4 kez”, “haftada 2-3 kez”, “haftada 4 ya da fazla”, “kullandım, yıl önce bıraktım” olarak tanımlanmıştır. Veri değerlendirilmede kullanıyor-kullanmıyor olarak gruplanmıştır.

Alkol içenler için içtikleri bir günde tükettikleri ortalama alkol miktarını en çok içtikleri türe göre standart içki olarak belirtmeleri istenmiştir. Ayrıca son bir ayda bir oturusta tüketilen maksimum alkol miktarını içilen alkol türüne göre kaydetmeleri istenmiştir. Her iki veri ortalama ve standart sapma ile sunulmuştur.

3. Pratisyen hekimlerin mesleki özellikleri ve uygulamalarıyla ilgili değişkenler

- Mezun olduğu okul: Açık uçlu olarak kaydedilmiştir.
- Çalışma süresi: Açık uçlu olarak kaydedilmiştir. Ortalama ve standart sapma değerleriyle verilmiştir.
- Alkol ve alkolle ilişkili sorunlarla ilgili mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim alma durumu: Hayır ve evet olarak tanımlanmıştır. Eğitim görenlerin süreyi saat olarak belirtmeleri istenmiştir.
- Sağlığı geliştirmeye yönelik hastalara yapılan müdahaleler: Sigara içme, alkol kullanımı, yemek yeme alışkanlığı, egzersiz yapma ve hiçbiri olarak tanımlanmıştır. “Yapıyor-yapmıyor” olarak kodlanmıştır. Gruplarda girişimde bulunma yüzdeleri verilmiştir.
- Alkol tüketimini azaltmak konusunda danışmanlık yapmada kendisini yeterli hissetme durumu: Alkol kullanım sorununa tanı koymada ve tedavi etmede hekimin kendisine güvenini 1=güvenmiyorum, 5=çok güveniyorum olan 1’den 5’e kadar sayı doğrultusunda işaretlemesi istenmiştir. Ortalama puanlar ve standart sapmaları verilmiştir.

4. Alkol kullanım bozuklukları hakkında bilgi düzeyi değişkenleri

- Erkek ve kadında düşük riskli haftalık alkol kullanım sınırı:
“Sağlıklı erişkin bir erkek ya da kadının haftada ne kadarın üzerinde alkol tüketirse alkol kullanımını azaltması önerilir?” sorusuna yanıtların gram alkol/hafta ya da standart içki/hafta olarak yazılması istenmiştir.
Erkekler için 14 standart içki, kadınlar için 7 standart içki üzerindeki yanıtlar doğru olarak kabul edilmiştir. Analiz sırasında biliyor-bilmiyor olarak gruplanmıştır.

- Erkek ve kadın için bir kez de düşük riskli kullanılacak maksimum alkol miktarı:
“Sağlıklı bir erkeğin ya da kadının bir oturusta tükettiği alkol miktarı ne kadarın üzerinde ise alkol kullanımını azaltması önerilir?” sorusuna yanıtların gram alkol/hafta ya da standart içki/hafta olarak yazılması istenmiştir.
Erkekler için 4 standart içki, kadınlar için 3 standart içki üzerindeki yanıtlar doğru olarak kabul edilmiştir. Analiz sırasında biliyor-bilmiyor olarak gruplandırılmıştır.
- Tarama testleri
Riskli alkol kullanımını belirlemek için bilinen tarama ölçeklerinin yazılması istenmiştir. En çok kullanılan CAGE, AUDIT, MATT gibi tarama testlerinden en az birini belirten “biliyor”, hiçbir şey yazmayanlar “bilmiyor” olarak gruplandırılmıştır.
- Biyokimyasal belirteçler
Riskli alkol kullanımını belirlemek üzere belirtilen biyokimyasal belirteçler (ortalama eritrosit hacmi (MCV), alanin aminotransferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), gama-glutamiltransferaz (GGT), lipidler) sorgulanmış, daha sonra biliyor-bilmiyor olarak gruplandırılmıştır.
- Pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozuklukları konusundaki bilgileri hasta senaryosuyla da değerlendirilmiştir. Alt solunum yolu enfeksiyonuyla sağlık ocağına başvuran, haftalık alkol tüketimi oldukça yüksek (36 standart içki) olan, hepatomegali, kan basıncı yüksekliği ve tremor saptanan bir hasta örneği verilmiştir. Kısa müdahale yöntemi ile ilgili yapılması gerekenleri tanımlayan yedi önerme “evet-hayır” olarak yanıtlanmıştır. Yanıtlar veri değerlendirmede “biliyor-bilmiyor” olarak kodlanmıştır.
Veri değerlendirme aşamasında 14 bilgi sorusunun yanıtları (biliyor=1, bilmiyor=0) toplanarak 0–14 arası bilgi puanı elde edilmiştir. Bilgi puanları ortalama ve standart sapma olarak verilmiştir.

5. Alkol kullanım bozukluklarına yönelik tutumla ilgili değişkenler

- Birinci basamak sağlık hizmetlerinde alkol kullanımı önemli bir konu değildir.
- Hastaların alkol sorunları ile uğraşmak için vaktim yok.

- Sagligi korumak doktorlarin degil, hastalarin sorumlulugudur
- Alkol sorunu yasayan hastalara yardim etmek bosa vakit harcamaktir
- Alkol tüketimi hakkında hastalara soru sormak uygun degildir, çünkü kisiye alkol problemi oldugunu söylemek, onlari alkolik olma ile suçlama olarak görülebilir.
- Hastalarla alkol kullanimi hakkında konusmak bana zor gelir.
- Asiri alkol tüketiminin asikar belirtileri olmayan riskli içicileri tanımak zordur.
- Hastalar alkol kullanımına iliskin önerileri yerine getirmezler ve davranislarini degistirmezler.
- Doktorlarin kendileri alkole karsi liberal tutum gösterirler.
- Alkol tüketimleri hakkında soru sormam hastalarimi kizdirir. önermelerine katilmak olumsuz tutum olarak degerlendirilmistir.

Pratisyen hekimlerden alkol kullanım sorunlarına tutumla iliskili 10 önermeye ne düzeyde katildiklarini dörtlü Likert ölçeği (“çok fazla katiliyorum”, “oldukça katiliyorum”, “biraz katiliyorum”, “hiç katilmiyorum”) ile belirtmeleri istenmistir. Veri degerlendirmede yanitlar katiliyorum-katilmiyorum olarak gruplandırilmistir. Önermelere verilen pozitif tutum yanitlarına bir puan verilerek (0–10) arasında tutum puanı belirlenmistir. Grupların eğitim öncesi, sonrası ve 2.5 ay sonra tutum puanı ortalamaları ve standart sapmaları verilmistir.

6. Alkol kullanım bozuklukları konusunda davranis degiskenleri

- Pratisyen hekimlerin alkol kullanım sorunu olan hastaya yaptıkları uygulamalar olgu senaryosu üzerinden degerlendirilmistir. Uyku bozuklugu ve mide yanması olan, haftada 20-21 standart içki alkol tüketen bir hasta örneği verilmistir. Kısa müdahale yöntemi ile ilgili yapılması gerekenleri tanımlayan sekiz önerme evet-hayir olarak yanitlanmistir. Yanitlar veri degerlendirmede yapıyor-yapmıyor olarak kodlanmistir. Sekiz davranis sorusunun yanitları (yapıyor=1, yapmıyor=0) toplanarak (0-8) arasında davranis puanı elde edilmistir. Grupların ortalama davranis puanları hesaplanmış ve standart sapmaları ile birlikte sunulmustur.

- Son bir ayda hastaların asiri alkol tüketimiyle ilgili endişe nedeniyle kaç kez kan tahlili istendiği sayı olarak değerlendirilmiştir.
- Son bir ayda alkolle ilişkili sorun yaşayan kaç hastaya yardımcı olunduğu sayı olarak değerlendirilmiştir.

7. Hekimlerin alkol kullanım bozukluklarına erken müdahaleyi teşvik edecek unsurlarla ilgili değişkenler

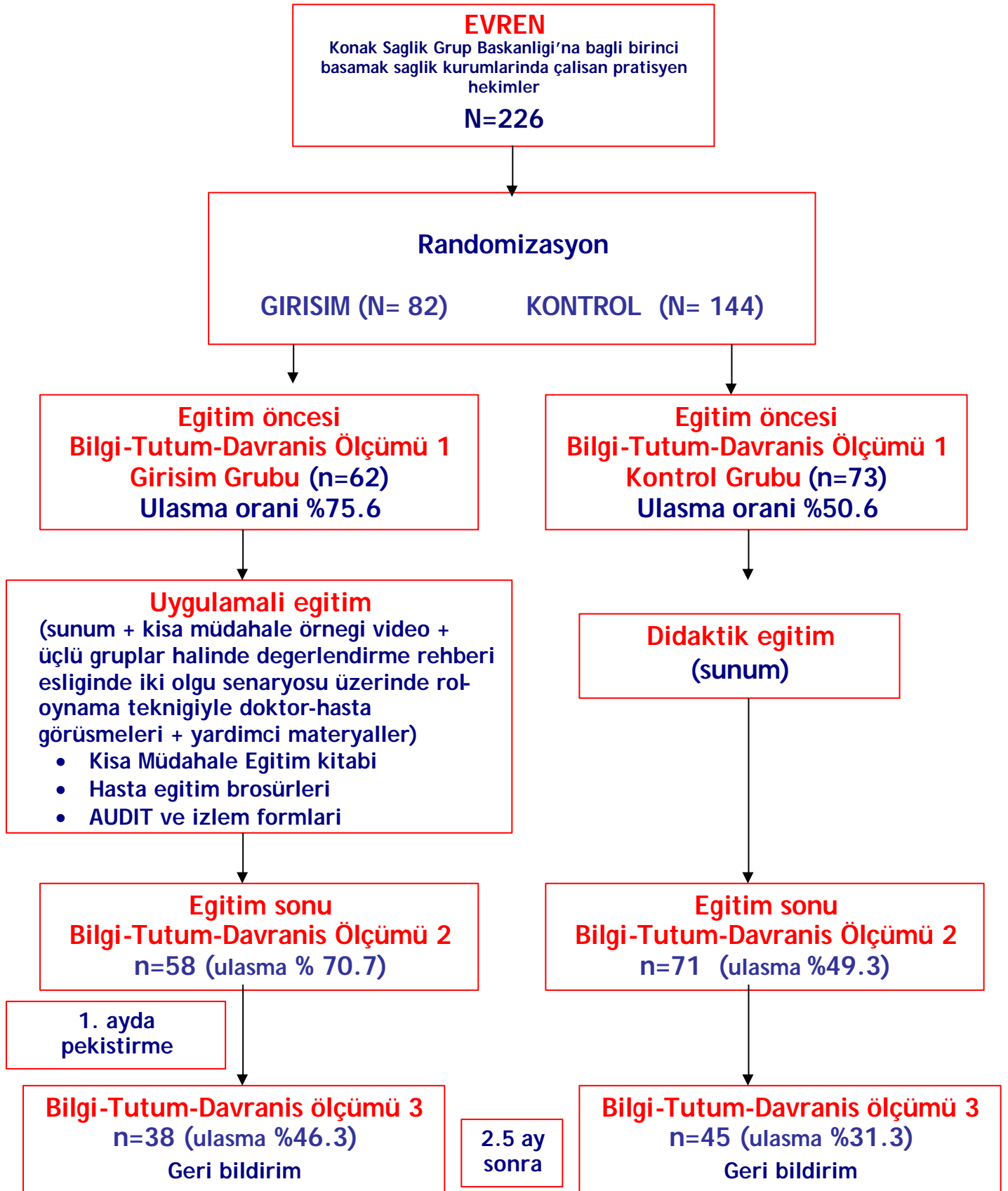
- Toplumun alkol konusunda daha duyarlı olması, hastaların alkol konusunda soru sormaları-öneri istemeleri, hızlı-kolay tarama testlerinin, danışmanlık materyallerinin varlığı, eğitim verilmesi ve hastaları sevk edecek uygun kurumların ve sevk zincirinin olmasına ilişkin yanıtlar dörtlü likert ölçeğiyle “çok fazla”, “oldukça”, “biraz teşvik eder”, “hiç teşvik etmez” olarak tanımlanmıştır. Veri değerlendirmede 3, 2, 1, 0 olarak kodlanmıştır. Önermelerin her biri için grupların ortalamaları değerlendirilmiştir.

4.6 Girişim ve Kontrol Gruplarına Yapılan Eğitim, Uygulama ve Değerlendirmeler

Girişim ve kontrol grupları birbirini izleyen günlerde “Alkol Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım” başlıklı eğitim semineri için Konak Sağlık Grup Başkanlığı eğitim saatine davet edilmiştir. İş düzenini aksatmamak ve tüm pratisyen hekimlerin katılımını sağlamak üzere sabah ve öğleden sonra eğitimler düzenlenmiştir.

Girişim ve kontrol gruplarındaki hekimlere çalışma günlerinde çalışma hakkında bilgi verilmiş, ancak yan tutmayı önlemek üzere girişim ya da kontrol grubu oldukları belirtilmemiştir. Alkol kullanım bozukluklarıyla ilgili var olan bilgi, tutum ve davranışlarını belirlemek üzere eğitim verilmeden önce her iki gruba anket uygulanmıştır. Eğitim sonunda bu anket tekrarlanmıştır.

Girişim grubunda yer alan pratisyen hekimler bir ay sonra animasyon-pekistirme toplantısına çağırılmıştır. Kısa müdahale basamakları gözden geçirilerek uygulamaya yönelik sorunlar ele alınmıştır. Girişim ve kontrol gruplarına yapılan uygulama ve uygulamalara katılım düzeyleri Şekil 5’te görülmektedir.



Şekil 5 Girisim ve kontrol gruplarına yapılan uygulamalar

İlk eğitim etkinliğinden 2.5 ay sonra süreci değerlendirmek üzere girişim ve kontrol gruplarına ayrı toplantılar yapılarak bilgi, tutum ve davranış düzeyi aynı anketle tekrar ölçülmüştür. Bu değerlendirme sırasında grupların eğitim programlarına ilişkin görüşleri, geri bildirimleri alınmıştır. Ayrıca son değerlendirme günlerinde girişim grubuna “Doğum Sonrası Depresyona Yaklaşım” konulu seminer, kontrol grubuna ise Alkol Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Uygulamalı Eğitimi verilmiştir.

Girisim grubuna 1 saatlik sunum biçiminde eğitim + alkol kullanım bozukluklarına yönelik kısa müdahale yöntemine ilişkin uygulamalı yoğun eğitim + aylık toplantı ile pekiştirme eğitimi verilmiştir.

Kontrol grubuna ise sadece 1 saatlik sunum biçiminde eğitim verilmiştir.

Her iki gruba da verilen sunum içeriği:

1. Alkol kullanım bozuklukları epidemiyolojisi
2. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde riskli alkol kullanımının tanınmasının önemi
3. Alkol ve etkileri
4. Riskli alkol kullanımı tanımı ve değerlendirilmesi
5. Alkol kullanım bozuklukları tanı ölçütleri
6. Riskli alkol kullanımını saptamak üzere tarama yapmanın önemi
7. Kısa müdahale yöntemi ana başlıklarıyla verilmiştir.

Girisim grubuna verilen uygulamalı eğitimin içeriği:

1. Tarama araçlarından AUDIT (EK 2) ve CAGE ölçeklerinin uygulamalı olarak anlatılması
2. Kısa müdahale örneği video gösterimi (EK 3) ve ardından tartışma
3. Kısa müdahale yöntemini olgu senaryolarında (EK 4) rol oynama (role-playing) ile uygulama:
Üçlü gruplar halinde değerlendirme rehberi (EK 5) eşliğinde iki olgu senaryosu üzerinde rol-oynama tekniğiyle doktor-hasta görüşmeleri
4. Alkol kullanan hastaya yaklaşım ile ilgili akis semasının sunumu
Üç saatlik eğitimle hekimlerin uygun tanışal ve klinik becerilerini geliştirmek, uygun müdahale yöntemini seçme, uygulama ve izlem planlarını geliştirmek amaçlanmıştır. Girişim grubundaki hekimlere “Alkolle ilişkili sorunlar nasıl önlenir? Alkol kullanımına ilişkin sorunlar ve kısa müdahale” başlıklı her zaman yanlarında bulundurabilecekleri eğitim kitapçığı ve hasta eğitiminde kullanılacak kendine yardım kitapçığı ve broşürü

verilmiştir. Ayrıca poliklinikteki uygulamaları kolaylaştırmak üzere 50'şer adet Alkol Kullanım Bozukluğu Tarama Testi (AUDIT), hasta kendine yardım kitapçığı, broşür ve izleme formlarından oluşan bir dosya girişim grubunu oluşturan sağlık ocaklarına verilmiştir. Girişim grubu bir ay sonra toplanarak aylık uygulamalar değerlendirilmiş, kısa sunum ve kılavuz üzerinde çalışılarak animasyon-pekistirme yapılmıştır. (Hazırlanan kitapçıklar, broşür ve formlar arka kapakta zarf içinde yer almaktadır).

4.7 Veri Toplama

Veri, değişkenleri içeren açık ve kapalı uçlu sorulardan oluşan, DSÖ'nün Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Alkolle İlişkili Sorunların Tanınması ve Tedavisi Çalışması Faz III Aşama 1'de (38) kullanılan anket formundan yararlanılarak hazırlanan, yapılandırılmış anket formuyla toplanmıştır (EK 1). Anket formunun işlevliğini görmek üzere araştırma bölgesi dışında çalışan 10 pratisyen hekimle ön uygulama yapılmıştır. Ön uygulamadan sonra bazı sorular yeniden düzenlenmiştir.

Anket formları eğitim öncesi ve sonrası araştırmacı ve iki asistan tarafından dağıtılmış ve pratisyen hekimler tarafından doldurulmuştur. Eğitim verilmeden araştırmacı tarafından hekimlere çalışma ve anket ile ilgili açıklama yapılmış, gönüllülük esası vurgulanmıştır. Yanıtlamak istemeyen hekimlere anket formunun sonundaki görüşler bölümünü doldurmaları önerilmiştir.

Anket formu açık ve kapalı uçlu 56 soru içeren beş bölümden oluşturulmuştur:

1. genel bilgiler (13 soru);
2. kadın ve erkekte düşük riskli alkol içme düzeyleri, tarama ölçekleri, biyokimyasal belirteçler ve olgunun değerlendirilmesi ile bilgi soruları (14 soru);
3. alkol kullanımına müdahale konusunda tutumla ilgili önermeler (10 soru);
4. alkol kullanım sorunu olan hastalara yaklaşımla ilgili, davranışı belirlemeye yönelik olgu (8 soru);
5. alkol kullanım sorununu tanıma ve tedavi etmede güven duygusu ve müdahale yapmayı kolaylaştıracak faktörler (9 soru).

4.8 Analiz Yöntemi

Arastirmada veri analizi için SPSS for Windows 11.0 paket programından yararlanilmistir. Bilgi, tutum ve davranistaki girisim öncesi, sonrası ve 2.5 ay sonraki değisimler grup içi ve gruplar arası karsilastirmalı olarak incelenmistir. Kategorik verilerin değerlendirilmesinde Ki-kare testi, ortalamaların karsilastirilmasında t testi kullanilmistir.

4.9 Zaman Çizelgesi

	2005					2006															
	N	M	H	T	A	E	E	K	A	O	S	M	N	M	H	T	A	E	E	K	A
Konu seçimi	■	■	■																		
Kaynak inceleme	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Planlama	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■										
Ön çalışma											■										
Veri toplama												■	■	■	■						
Değerlendirme															■	■	■	■	■	■	
Analiz															■	■	■	■	■	■	
Yazım																	■	■	■	■	■

4.10 Kısıtlılıklar

Arastırma planladığı sırada sağlık hizmetlerinde yapısal değisikliklerin başlaması ve araştırma döneminde İzmir'in pilot şehir ilan edilmesi ardından belirsizlik yaşanması nedeniyle katılan pratisyen hekimlerin motivasyonlarının düşük olduğu düşünölmüştür. Gerek birinci basamak sağlık hizmetlerindeki iş yükü gerekse belirsizliğin yarattığı motivasyon eksikliğinin ulaşma oranlarının özellikle kontrol grubunda düşük olmasına neden olduğu düşünölerek, hesaplanan örnek büyüklüğüne ulaşamaması araştırmanın en önemli kısıtlılığı olarak değerlendirilmistir.

5 BULGULAR

5.1 Tanımlayıcı Bulgular

5.1.1 Demografik özellikler

Girisim grubunda 62 pratisyen hekim, kontrol grubunda 73 olmak üzere 135 pratisyen hekim çalışmaya katılmıştır. Araştırma grubunun yaş ortalaması 39.8 ± 5.8 'dir.

Girisim ve kontrol grupları yaş ortalaması arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 4).

Araştırma grubunun %61.5'i kadındır. Girisim ve kontrol gruplarında kadın-erkek dağılımı farklıdır (Tablo 4).

Tablo 4 Araştırma grubunun sosyodemografik özellikleri

Özellikler	Tüm grup	Girisim	Kontrol	t	p
	n=135	n=62	n=73		
	Ortalama (S)	Ortalama (S)	Ortalama (S)		
Yaş	39.8 (5.8)	40.1 (5.9)	39.6 (5.8)	0.55	0.582
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)	χ^2	p
Cinsiyet					
Erkek	52 (38.5)	30 (48.4)	22 (30.1)	0.03	0.023
Kadın	83 (61.5)	32 (51.6)	51 (69.9)		

2.5 ay sonra yapılan değerlendirmede girişim grubunda 38 pratisyen hekim, kontrol grubunda 45 pratisyen hekim yer almıştır. Hekimlerin tümü ilk eğitim çalışmasına katılan hekimlerdir. Girisim ve kontrol grupları olarak eğitim öncesi ve 2.5 ay sonra bilgi, tutum ve davranışları değerlendirilen hekimlerin yaş, cinsiyet, çalışma süreleri ortalamaları arasında farklılık yoktur (Tablo 5).

Tablo 5 Eğitim öncesi ve 2.5 ay sonra girişim ve kontrol gruplarındaki pratisyen hekimlerin yaş, cinsiyet ve çalışma süreleri açısından karşılaştırılmaları

Girisim grubu		Ortalama (S)	p
Yas	Egitim öncesi	40.1 (5.1)	0.223
	2. 5 ay sonra	38.6 (5.3)	
Çalışma süresi	Egitim öncesi	14.0 (5.5)	0.368
	2. 5 ay sonra	13.0 (4.9)	
Cinsiyet (% erkek)	Egitim öncesi	48.4	0.343
	2. 5 ay sonra	42.1	

Kontrol grubu		Ortalama (S)	p
Yas	Egitim öncesi	39.5 (5.7)	0.397
	2. 5 ay sonra	38.7 (4.4)	
Çalışma süresi	Egitim öncesi	13.8 (5.7)	0.772
	2. 5 ay sonra	13.5 (6.0)	
Cinsiyet (% erkek)	Egitim öncesi	30.1	0.326
	2. 5 ay sonra	24.4	

5.1.2 Pratisyen hekimlerin sigara ve alkol kullanma özellikleri

Arastirma grubunun %35.6'si sigara içmektedir (Tablo 6). Günde içilen sigara adeti ortalamasi 14.09±10.25'tir (ortanca=11). Sigara kullanma oranı girişim ve kontrol gruplarında sırasıyla; % 40.3 ve %31.5 bulunmuştur. Günde içilen sigara adeti ortancası girişim grubunda 15 (1–40 adet; ortalama 14.87±11.10), kontrol grubunda 10 (1–40 adet; ortalama=13.33±9.55) olarak saptanmıştır. Tüm grubun %11.9'u, girişim grubunun %12.9'u, kontrol grubunun %11.0'i sigarayı bıraktığını belirtmiştir.

Tablo 6 Arastirma grubunun sigara ve alkol içme sıklıkları

	Tüm grup	Girisim	Kontrol	χ ²	p
	Sayı (%)	Sayı (%)	Sayı (%)		
Sigara içme	48 (35.6)	25 (40.3)	23 (31.5)	0.37	0.188
Alkol içme	107 (79.3)	53 (85.5)	54 (74.0)	0.136	0.075

Tüm grupta alkol kullanma oranı %79.3'tür (Tablo 6). Girişim grubunun % 85.5'i, kontrol grubunun %74.0'ü alkol kullandığını belirtmiştir. Grupların sigara ve alkol kullanma oranları arasında anlamlı fark yoktur. Alkol içme sıklığı ve miktarı Tablo 7'de görülmektedir.

Tablo 7 Pratisyen hekimlerin alkol içme sıklığı ve miktarı

	Tüm Grup (n=135)	Girişim (n=62)	Kontrol (n=73)
	%	%	%
Alkol içme sıklığı			
Hiç	18.5	12.9	23.3
Ayda 1	40.7	38.7	42.5
Ayda 2-4	25.2	32.3	19.2
Haftada 2-3	11.1	11.3	11.0
Haftada 4	2.2	3.2	1.4
Biraktım	2.2	1.6	2.7
Bir günde tüketilen alkol miktarı (standart içki)			
Ort±S	2.31±1.40	2.52±1.64	2.15±1.10
Ortanca	2.0	2.0	2.0
En az-en çok	(1-8)	(1-8)	(1-5)
Son 1 ayda tüketilen maksimum alkol miktarı (standart içki)			
Ort±S	3.23±3.0	3.66±3.60	2.85±2.24
Ortanca	2.0	3.0	2
En az-en çok	(0-18)	(0-18)	(0-10)

Tüm grupta alkol içmeyenlerin oranı %18.5'tir. Alkol içmeyenlerin kontrol grubunda daha fazla olduğu, sık alkol kullanımının girişim grubunda daha çok görüldüğü belirlenmiştir. Tüm grupta ortalama bir günde tüketilen alkol miktarı 2.31±3.0 standart içki (ortanca=2.0), son bir ayda bir kez de tüketilen maksimum alkol miktarı 3.23±3.0 standart içkidir (ortanca=2.0). Bir günde tüketilen ve son bir ayda tüketilen maksimum alkol miktarları girişim grubunda daha yüksek olarak bulunmuştur. Ancak gruplar arasında alkol içme sıklığı, ortalama bir günde tüketilen alkol miktarı ve son bir ayda tüketilen maksimum alkol miktarı açısından anlamlı fark yoktur.

Hekimlerin %4.4'ünün (5 erkek, 1 kadın pratisyen hekim) ortalama tükettikleri alkol miktarının düşük riskli alkol kullanım sınırlarını (erkekler için =5 standart içki, kadınlar için

=4 standart içki) astigi saptanmıştır. Son bir ayda bir kez de tüketilen maksimum alkol miktarı değerlendirildiğinde düşük riskli sınırları aşan %17.0 (17 erkek, 6 kadın pratisyen hekim) olarak bulunmuştur.

5.1.3 Pratisyen hekimlerin mesleki uygulamaları

Arastırma grubunun pratisyen hekim olarak çalışma süresi 13.9 ± 5.7 yıldır. Girişim ve kontrol gruplarının pratisyen hekim olarak çalışma süreleri (sırasıyla 14.1 ± 5.5 ; 13.9 ± 6.0) arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Hekimlerin %25.4'ü mezuniyet öncesi ve %11.7'si mezuniyet sonrası alkol kullanım bozuklukları konusunda eğitim gördüklerini belirtmişlerdir (Tablo 8). Mezuniyet öncesi alkol kullanım bozukluklarına ilişkin eğitim süresi ortalaması girişim grubunda 2.14 ± 0.24 saat, kontrol grubunda 2.18 ± 0.92 saat olarak belirlenmiştir.

Tablo 8 Pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozuklukları konusunda eğitim görme oranları

Alkol kullanım bozuklukları konusunda eğitim	Tüm grup Sayı (%)	Girişim Sayı (%)	Kontrol Sayı (%)	χ^2	p
Mezuniyet öncesi	34 (25.4)	18 (29.5)	16 (21.9)	0.32	0.210
Mezuniyet sonrası	21 (11.7)	6 (9.8)	15 (20.5)	0.10	0.071

Sağlık ocagında hekimin bir günde gördüğü hasta sayısının 5–200 hasta arasında değiştiği (ortanca=50) belirlenmiştir. Pratisyen hekimler hastalarının % 0-30'unda (girişim grubunda ortanca= %3.0, kontrol grubunda %2.0) alkol kullanım bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir.

Tablo 9'da pratisyen hekimlerin sağlığı olumsuz etkileyecek alışkanlıklar ve davranışlar ile ilgili hastalarına öneri verme durumları görülmektedir. Çoğu pratisyen hekim hastaları ile sigara içme (girişim-kontrol gruplarında sırasıyla %93.5–94.5), yemek yeme alışkanlığı (%86.3–91.9) ve egzersiz yapma (%78.1–82.3) konusunda konuşarak onlara öneri verdiğini belirtirken, daha düşük oranda alkol kullanımına (%38.9–51.6) müdahalede bulduklarını vurgulamışlardır.

Tablo 9 Arastirma grubunun hastalariyla davranislari hakkında konusma-öneri verme durumu

	Tüm grup	Girisim	Kontrol	χ^2	p
	%	%	%		
Sigara içme	94.1	93.5	94.5	0.05	1.0
Alkol içme	44.8	51.6	38.9	2.18	0.16
Yemek yeme	88.9	91.9	86.3	1.08	0.41
Egzersiz yapma	80.0	82.3	78.1	0.36	0.67

5.2 Eğitim Öncesi Pratisyen Hekimlerin Alkol Kullanım Bozuklukları Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranış Özellikleri

5.2.1 Pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozuklukları hakkında bilgi düzeyleri

Eğitim öncesi bilgi düzeyleri değerlendirildiğinde pratisyen hekimlerin %70-80'inin kadın ve erkekler için düşük riskli alkol kullanımı düzeylerini bilmediği saptanmıştır. Riskli alkol kullanım düzeyleri, tarama ölçekleri ve biyokimyasal belirteçler hakkında bilgi konusunda girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Tablo 10).

Tablo 10 Arastirma grubunun düşük riskli alkol tüketimi, tarama ölçekleri ve biyokimyasal belirteçleri bilme oranları

	Tüm grup	Girisim	Kontrol	χ^2	p
	(n=135)	(n=62)	(n=73)		
	%	%	%		
Erkek için haftada düşük riskli alkol tüketimi	20.0	22.6	17.8	0.447	0.523
Erkek için bir oturusta düşük riskli alkol tüketimi	20.0	17.7	21.9	0.365	0.667
Kadın için haftada düşük riskli alkol tüketimi	28.1	25.8	30.1	0.311	0.701
Kadın için bir oturusta düşük riskli alkol tüketimi	20.0	19.4	20.5	0.030	1.00
Tarama ölçeği	-	-	-		
Biyokimyasal belirteç	25.2	25.8	24.7	0.023	1.00

Riskli alkol kullanımını belirlemek üzere kullanılan tarama testlerinin pratisyen hekimlerce bilinmediği saptanmıştır. Aynı amaçla kullanılan biyokimyasal belirteçlerin bilinme oranı (%25.2) da düşüktür. Karaciger fonksiyon testleri girişim grubunda 16 hekim,

kontrol grubunda 18 hekim tarafından belirtilmiştir. GGT girisim grubunda 9, kontrol grubunda 10 hekim tarafından belirtilmiştir. Kolesterol ve trigliserit 2 hekim tarafından, MCV bir hekim tarafından belirtilmiştir.

Pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozuklukları konusundaki bilgileri hasta senaryosuyla da değerlendirilmiştir (Tablo 11). Bu senaryoda alt solunum yolu enfeksiyonuyla başvuran bir hastanın haftalık alkol tüketimi oldukça yüksek (36 standart içki) olarak belirtilmiştir. Alkol kullanımına bağlı karaciğer yağlanması olan hastaya pratisyen hekimlerin hepsi alkol kullanımı ile ilgili sorular sorulması gerektiğini belirtmiştir. Hastaya alkolün sorunlarıyla ilişkili olduğunun söylenmesi gerektiği hekimlerin %92.5'i tarafından belirtilmiştir. Hastanın alkol kullanımını kesmesi gerektiğini düşünenlerin oranı %58.1'dir. Hekimlerin %75.4'ü istenenin aksine, hastanın sevk edilmesi gerektiğini düşünmüştür. Ancak pratisyen hekimlerin %24.6'si sevk gereksiz olduğunu bilmıştır. Olgu senaryosuna ait soruların bilinme oranları arasında girisim ve kontrol grupları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

Tablo 11 Araştırma grubunun olgu senaryosuna ilişkin soruları bilme oranları

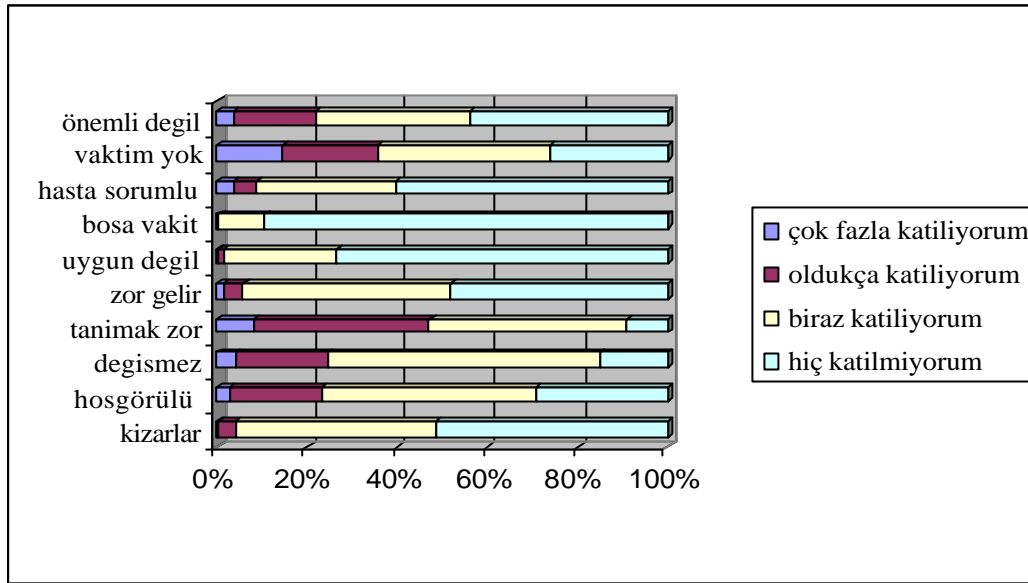
Olgu: alt solunum yolu enfeksiyonu + 36 standart içki/hafta+ karaciğer yağlanması	Tüm grup	Girisim	Kontrol	χ²	p
	%	%	%		
Altta yatan alkol problemi olasılığını ölçmek için alkol kullanımı ile ilgili bazı sorular sorulmalıdır	100.0	100.0	100.0		
Alkolün sorunlarıyla ilişkili olduğu belirtilmelidir.	92.5	95.1	90.3	1.09	0.34
Bay R'nin alkol tüketimi kişisel sağlık fişine kaydedilmeli ama bu seferlik alkol kullanımına ilişkin bir şey söylenmemelidir.	84.6	81.0	87.5	1.03	0.33
Bay R'nin alkol tüketimi kişisel sağlık fişine kaydedilmeli ve alkol içmeyi azaltması önerilmelidir.	17.1	11.7	21.7	2.30	0.16
Bay R'nin alkol tüketimi kişisel sağlık fişine kaydedilmeli ve alkol içmeyi tümüyle kesmesi önerilmelidir.	58.1	67.3	51.5	2.94	0.09
Karaciğer enzimleri istenmelidir.	100.0	100.0	100.0		
Bay R'ye alkol kullanımı hakkında görüşmek üzere tekrar gelmesi söylenmelidir.	96.1	98.3	94.2	1.42	0.37
Bay R içki içmesiyle ilgili bir uzmana/merkeze sevk edilmelidir.	24.6	25.9	23.6	0.08	0.83

Tüm bilgi sorularının yanıtları toplanarak bilgi puanı olarak değerlendirildiğinde araştırma grubunun eğitim öncesi bilgi puanı ortalaması 6.67 ± 1.70 'tir. Eğitim öncesi girişim ve kontrol gruplarının bilgi puanları (sırasıyla 6.54 ± 1.89 ; 6.70 ± 1.42 ; $p=0.814$) ortalamaları arasında anlamlı fark bulunmamıştır.

5.2.2 Pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozukluklarına ilişkin tutumları

Pratisyen hekimlerin %57.0'si birinci basamak sağlık hizmetlerinde alkol kullanımının önemli bir sorun olmadığını, %74.1'i hastaların alkol sorunları ile uğraşmak için vaktinin olmadığını, %59.7'si sağlığı korumanın doktorların değil, hastaların sorumluluğunda olduğunu, %91.1 asiri alkol tüketiminin asikar belirtileri olmayan riskli içicileri tanımanın zor olduğunu, %85.2'si hastaların alkol kullanımına ilişkin önerileri yerine getirmediği ve davranışlarını değiştirmediklerini, % 71.1'i doktorların alkole karşı hoşgörülü olduklarını düşünmektedir (Şekil 5, Tablo 12).

Pratisyen hekimlerin, %48.9'u alkol tüketimi hakkında soru sormanın hastaları kızdıracağını ve %47.4'ü hastalarla alkol kullanımı hakkında konuşmanın kendisine zor geldiğini belirtmişlerdir. Az sayıda pratisyen hekim alkol sorunu olan hastalara yardım etmenin bosa vakit harcamak olduğunu (%12.6), kişiye alkol problemi olduğunu söylemenin onu alkolik olma ile suçlamak olarak görülebileceği için alkol tüketimi hakkında soru sormanın uygun olmadığını (%27.4) belirtmişlerdir. Eğitim öncesi değerlendirmelerde girişim ve kontrol gruplarının alkol kullanım bozuklukları ile ilgili önermelere tutumları benzer bulunmuştur.



Sekil 6 Pratisyen hekimlerin tutumla ilgili önermelere katılma düzeyleri

Tablo 12 Arastirma grubunun alkol kullanim bozukluklarına ilişkin tutumları

	Tüm grup %	Girisim %	Kontrol %	χ^2	p
1. Birinci basamak saglik hizmetlerinde alkol kullanimi önemli bir konu degildir.	57.0	53.2	60.3	0.68	0.48
2. Hastaların alkol sorunları ile uğrasmak için vaktim yok.	74.1	77.4	71.2	0.66	0.43
3. Sağlığı korumak doktorların değil, hastaların sorumlulugudur.	59.3	59.7	58.9	0.00	1.00
4. Alkol sorunu yasayan hastalara yardım etmek bosa vakit harcamaktır.	12.6	12.9	12.3	0.01	1.00
5. Alkol tüketimi hakkında hastalara soru sormak uygun değildir, çünkü kişiye alkol problemi olduğunu söylemek, onları alkolik olma ile suçlama olarak görülebilir.	27.4	24.2	30.1	0.59	0.56
6. Hastalarla alkol kullanımı hakkında konuşmak bana zor gelir.	47.4	53.2	42.5	1.55	0.23
7. Asiri alkol tüketiminin asikar belirtileri olmayan riskli içicileri tanımak zordur.	91.1	93.5	89.0	0.84	0.27
8. Hastalar alkol kullanımına ilişkin önerileri yerine getirmezler ve davranışlarını degistirmezler.	85.2	83.9	86.3	0.15	0.80
9. Doktorların kendileri alkole karşı liberal tutum gösterirler.	71.1	71.0	71.2	0.00	1.00
10. Alkol tüketimleri hakkında soru sormam hastalarımı kızdırır.	48.9	53.2	45.2	0.86	0.39

Pratisyen hekimlerin tutum puani ortalamasi 4.44 ± 2.15 (ortanca=5) bulunmudur.

Girisim ve kontrol gruplarinin alkol kullanim bozukluklari konusunda tutum puanlari ortalamalari (sirasiyla 4.37 ± 2.04 , 4.51 ± 2.25 ; $p=0.716$) arasinda anlamlı fark bulunmamistir.

5.2.3 Pratisyen hekimlerin alkol kullanim bozukluklarina yönelik davranislari

Hekimlerin bu konudaki davranisini belirlemek üzere verilen senaryoda tanımlanan uykuya dalma güçlüğü, mide yakınması olan ve haftada 21 standart içki alkol tüketen, alkol kötüye kullanımı olarak değerlendirilebilecek hastaya araştırma grubunun %91.7'si alkol kullanımı ile ilgili sorular soracağını, %90.2'si alkolün sorunlarıyla ilişkili olduğunu söyleyeceklerini belirtmişlerdir. Alkol kullanımına ilişkin bu seferlik bir şey söylemeyeceklerin oranı %26.9'dur; %31.1'i alkol içmeyi kesmeyi önereceklerini, %58.5'i alkol kullanımı ile ilgili bir uzmana/merkeze sevk edeceklerini belirtmişlerdir.

Hasta senaryosunda yapılanlar konusunda girişim ve kontrol grubunun yanıtları benzer bulunmudur (Tablo 13). Alkolle ilgili sorular sorma, alkolle bazı sorunlar hakkında ilişki kurma, alkol kullanımına ilişkin konuşma kontrol grubunda daha fazladır. Yanıtlar arasında tek anlamlı fark alkol içmeyi kesme önerisinde saptanmıştır. Alkol içmeyi tümüyle kesmek girişim grubu tarafından daha fazla önerilmiştir (sirasiyla % 40.7, 23.1; $p=0.04$).

Tüm grubun olgu ile ilgili davranışlara ilişkin doğru yanıtlarının ortalaması 5.96 ± 1.46 'dir. Eğitim öncesi girişim ve kontrol gruplarının davranış puanları ortalamaları (5.77 ± 1.52 ; 6.12 ± 1.41 ; $p=0.169$) benzer bulunmudur.

Tablo 13 Arastirma grubunun olgu senaryosu ile ilgili davranislari

Olgu: Uyku bozuklugu+mide yanmasi+21 st. içki/hafta	Tüm grup %	Girisim %	Kontr ol %	χ²	p
Altta yatan alkol problemi olasiligini ölçmek için alkol kullanimi ile ilgili bazi sorular sorarim.	91.7	86.4	95.9	3.81	0.06
Alkolün bazi sorunlariyla iliskili oldugunu belirtirim.	90.2	88.5	91.7	0.37	0.57
Bay M'nin alkol tüketimini kisisel saglik fisine kaydederim ama bu seferlik alkol kullanımına iliskin bir sey söylemem.	26.9	29.6	24.6	0.37	0.67
Bay M'nin alkol tüketimini kisisel saglik fisine kaydederim ve alkol içmeyi azaltmasini öneririm.	73.3	73.3	73.2	0.00	1.00
Bay M'nin alkol tüketimini kisisel saglik fisine kaydederim ve alkol içmeyi tümüyle kesmeyi öneririm.	31.1	40.7	23.1	4.29	0.04
Karaciger enzimlerini isterim	90.8	91.9	89.9	0.17	0.76
Bay M'ye alkol kullanimi hakkında görüşmek üzere tekrar gelmesini söylerim.	84.4	82.8	85.7	0.21	0.80
Bay M'yi içki içmesiyle ilgili bir uzmana/merkeze sevk ederim	58.5	59.6	57.6	0.05	0.85

Otuz iki hekim (%23.7) son bir ay içinde hastalarının alkol tüketimiyle ilgili endiseleri nedeniyle kan tahlili istemislerdir. Girisim grubunda 15 pratisyen hekim (%24.1) 1 ila 5 kez arasında, kontrol grubunda 17 pratisyen hekim (%23.2) 1 ila 12 kez arasında kan tahlili istediklerini belirtmislerdir.

Arastirma grubunun %32.5'i son bir ay içinde alkolle iliskili sorunlari olan hastalara yardimci olmuslardir. Girisim grubunda 17 pratisyen hekim (%27.4) son bir ay içinde alkolle iliskili sorunlari olan 1–5 hastaya, kontrol grubunda 27 pratisyen hekim (%36.9) 1–12 hastaya yardimci olduklarini belirtmislerdir.

5.2.4 Hekimlerin alkol kullanım bozukluklarına tani koyma ve tedavi etme konusunda kendilerine güven duygusu ve erken müdahaleyi tesvik edecek unsurlar

Pratisyen hekimler alkol kullanım sorununa *tani koymakta* kendilerine olan güvenlerini 1=güvenmiyorum, 5=çok güveniyorum arasında sayisal bir dogruda degerlendirdiklerinde güven düzeyi ortalamasi 2.6±0.8'dir. Girisim grubunda [2.69±2.44 (ortanca=3)] ve kontrol grubunda [2.51±2.33 (ortanca=3)] güven düzeyi ortalamalari arasında

anlamli fark ($p=0.229$) bulunmamistir. Pratisyen hekimlerin alkol kullanim sorununu *tedavi etmek* konusunda güven düzeyi ortalamasi 1.8 ± 0.9 'dur; girisim grubunda kontrol grubuna göre (sirasiyla 2.06 ± 1.04 , 1.58 ± 0.76 ; $t=3.04$, $df=131$, $p=0.003$) anlamli olarak daha yüksek saptanmistir

Çok fazla, oldukça, biraz tesvik eder ve hiç tesvik etmez siklarinin sirasiyla 3, 2, 1, 0 olarak puanlandigi önermelerin pratisyen hekimleri riskli alkol tüketimi konusunda erken müdahalede bulunmaya ne düzeyde tesvik edecegi arastirilmistir. Pratisyen hekimler toplumun daha duyarli hale gelmesinin, hastalarin alkol tüketimleri konusunda soru sormalarinin, hizli ve kolay tarama anketlerinin ve danismanlik materyallerinin varligi, eğitim saglanmasi ve sevk zincirinin olmasini oldukça tesvik edici bulduklarini belirtmislerdir (Tablo 14).

Tablo 14 Riskli alkol tüketimi konusunda erken müdahaleyi kolaylastiran faktörler

	Tüm grup ort	Girisim ort	Kontrol ort	t	p
Halk sagligi egitimiyle toplumun alkol konusunda daha duyarli hale gelmesi	1.96	1.95	1.99	-0.27	0.78
Hastalarin alkol tüketimleri hakkında soru sormalari, öneri istemeleri	2.12	2.10	2.14	-0.33	0.73
Hizli ve kolay tarama anketlerinin varligi	2.06	2.02	2.10	-0.70	0.48
Hizli ve kolay danismanlik materyallerinin varligi	2.15	2.18	2.13	0.42	0.67
Riskli alkol kullanimi için müdahale egitimi verilmesi	2.10	2.00	2.20	-1.58	0.11
Hastalari sevk edecek hizmetlerin ve sevk zincirinin olması	2.32	2.28	2.36	-0.60	0.54

5.3 Eğitim Sonrasi Bilgi, Tutum ve Davranis Özellikleri

Eğitim öncesi bilgi, tutum ve davranis açısından girisim ve kontrol gruplari arasında anlamli bir fark bulunmamistir. Gruplara farkli eğitim programlari (didaktik ve uygulamali) uyguladiktan sonra bu özellikler açısından yeniden değerlendirilerek eğitim programlarinin etkisi incelenmistir. Girisim ve kontrol gruplarinda eğitimin hemen sonunda yapılan degerlendirmede her iki grupta da bilgi puanlarinda belirgin artis saptanmistir (Tablo 15).

Tablo 15 Eğitim sonrası pratisyen hekimlerin bilgi, tutum ve davranış puanlarının eğitim öncesi puanlarla karşılaştırılması

	Eğitim öncesi	Eğitim sonrası	t	p
	Ort (S)	Ort (S)		
Girisim	n=62	n=58		
Bilgi	6.63 (2.0)	10.32 (1.9)	-10.10	0.00
Tutum	4.37 (2.0)	4.47 (2.8)	-0.20	0.83
Davranış	5.77 (1.5)	6.03 (1.1)	-1.04	0.30
Kontrol	n=73	n=71		
Bilgi	6.70 (1.4)	11.34 (1.3)	-19.99	0.00
Tutum	4.51 (2.2)	5.10 (2.8)	-1.38	0.16
Davranış	6.12 (1.4)	6.25 (1.0)	-0.61	0.53

Tablo 16 2.5 ay sonra pratisyen hekimlerin bilgi, tutum ve davranış puanlarının eğitim öncesi puanlarla karşılaştırılması

	Eğitim öncesi	2.5 ay sonra	t	p
	Ort (S)	Ort (S)		
Girisim	n=62	n=38		
Bilgi	6.63 (2.0)	7.66 (2.9)	-2.08	0.03
Tutum	4.37 (2.0)	3.74 (2.0)	1.39	0.16
Davranış	5.77 (1.5)	6.06 (1.3)	-0.92	0.35
Kontrol	n=73	n=45		
Bilgi	6.70 (1.4)	7.64 (2.0)	-2.92	0.004
Tutum	4.51 (2.2)	4.04 (2.4)	1.04	0.29
Davranış	6.12 (1.4)	5.80 (1.5)	1.15	0.24

Girisim grubunda eğitim sonrası bilgi puanında eğitim öncesine (sirasıyla; 10.32±1.97, 6.63±2.00; t=-10.10, df=117, P<.0001) göre anlamlı artış görülmüştür (Tablo 14). 2.5 ay sonraki değerlendirmede bilgi puanında eğitim sonrası değerlendirmeye göre düşüş olmasına karşın, eğitim öncesine göre (sirasıyla; 7.66±2.92, 6.63±2.00; t=-2.08, df=98, p=.039) istatistiksel olarak anlamlı artış olmuştur (Tablo 16).

Kontrol grubunda da eğitim sonrası puanında eğitim öncesine (sirasıyla 11.34±1.36, 6.70±1.42; t=-19.9, df=142, p<0.0001) göre artış görülmüştür. 2.5 ay sonraki değerlendirmede girişim grubunda olduğu gibi bilgi puanında eğitim sonrası değerlendirmeye göre düşüş

olmasına karşın, eğitim öncesine göre (sirasıyla; 7.64 ± 2.09 , 6.70 ± 1.41 ; $t = -2.92$, $df = 116$, $p = .004$) istatistiksel olarak anlamlı artış olmuştur (Tablo 16).

Tablo 17’de eğitim öncesi, sonrası ve 2.5 ay sonra girişim ve kontrol gruplarının bilgi, tutum ve davranış puanları karşılaştırılması görülmektedir. Eğitim öncesi gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. Eğitim sonrası bilgi puanı kontrol grubunda (11.34 ± 1.36) girişim grubuna (10.32 ± 1.97) göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. 2.5 ay sonra yapılan değerlendirmede bilgi puanı girişim grubunda (7.66 ± 2.92) kontrol grubundan (7.64 ± 2.09) çok az yüksek bulunmuştur, ancak fark anlamlı değildir.

Eğitim sonrası tutum ve davranış puanları bilgi puanlarına benzer şekilde her iki grupta da artmış, 2.5 ay sonra biraz azalmış, ancak her iki değerlendirmede de gruplar arası anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo 17).

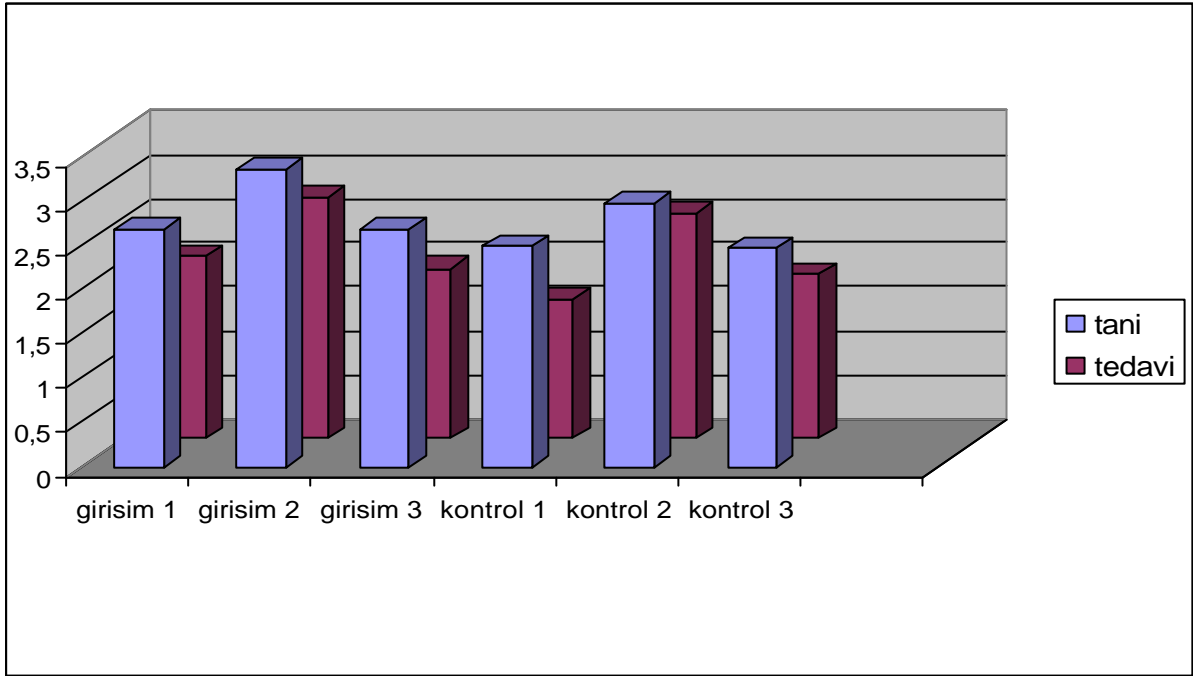
Tablo 17 Girişim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi, sonrası ve 2.5 ay sonra bilgi, tutum ve davranış puanlarının karşılaştırılması

	Girisim	Kontrol	t	p
Bilgi				
Eğitim öncesi	6.54	6.70	-0.23	0.81
Eğitim sonrası	10.32	11.34	-3.45	0.001
2.5 ay sonra	7.66	7.64	0.02	0.98
Tutum				
Eğitim öncesi	4.37	4.51	-0.36	0.71
Eğitim sonrası	4.47	5.10	-1.24	0.21
2.5 ay sonra	3.74	4.04	-0.56	0.57
Davranis				
Eğitim öncesi	5.77	6.12	-1.38	0.16
Eğitim sonrası	6.03	6.25	-1.08	0.27
2.5 ay sonra	6.06	5.80	0.78	0.43

5.4 Eğitim Sonrası Alkol Kullanım Sorununa Tani Koymak ve Tedavi Etmek Konusunda Güven Algisi

Eğitim öncesi alkol kullanım sorununa tani koymada güven algisi açısından girişim ve kontrol grupları arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır (Tablo 18, Sekil 5). Ancak tedavi konusunda kendine güven algisinde girişim grubu lehine anlamlı farklılık vardır. Gruplara farklı eğitim programları uyguladıktan sonra bu özellikler açısından yeniden değerlendirilerek eğitim programlarının etkisi incelenmiştir.

Girisim ve kontrol gruplarında eğitim sonrası yapılan değerlendirmede her iki grupta da tani ve tedavi konusunda artış saptanmıştır (Sekil 5, Tablo 18).



Sekil 7 Girisim ve kontrol gruplarında alkol kullanım sorununa tani koyma ve tedavi etmek konusunda güven algisi

Tablo 18’de eğitim öncesi, sonrası ve 2.5 ay sonra girişim ve kontrol gruplarının alkol kullanım sorununu tanımak ve tedavi etmekte kendine güven algisinin karşılaştırılması görülmektedir. Eğitim öncesi gruplar arasında tani konusunda güven algisi düzeylerinde anlamlı farklılık yoktur. Eğitim sonrası girişim grubunda (3.38 ± 0.85) tani konusunda güven algisi düzeyi kontrol grubundakilere (2.99 ± 0.77) göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. 2.5 ay sonra yapılan değerlendirmede girişim grubu (2.69 ± 1.00) kontrol grubundan (2.49 ± 0.92) daha yüksek bulunmuştur, ancak fark anlamlı değildir.

Egitim öncesi tedavi konusunda güven algisi girisim grubunda (2.06 ± 1.04) kontrol grubuna göre (1.58 ± 0.76) anlamlı olarak daha yüksek belirtilmiştir. Egitim sonrası girisim (2.75 ± 0.92) ve kontrol (2.55 ± 0.83) gruplarının tedavi konusunda güven algisi girisim grubunda daha yüksek olmasına karşın anlamlı farklılık yoktur. (Tablo 18). 2.5 ay sonra yapılan değerlendirmede tedavi konusunda güven algisinde eğitim öncesi ve sonrası değerlendirmeye göre girisim grubunda (1.94 ± 0.89) düşüş olmasına karşın, kontrol grubunda (1.87 ± 0.75) eğitim öncesine göre artış saptanmıştır. Ancak gruplar arası anlamlı fark gözlenmemiştir (Tablo 18).

Tablo 18 Girisim ve kontrol gruplarının eğitim öncesi, sonrası ve 2.5 ay sonra alkol kullanım sorununa tanı koyma ve tedavi etmede güven algisi

	Girisim	Kontrol	t	p
Tanı da güven algisi				
Eğitim öncesi	2.69	2.51	1.20	0.22
Eğitim sonrası	3.38	2.99	2.70	0.008
2.5 ay sonra	2.69	2.49	0.95	0.34
Tedavi de güven algisi				
Eğitim öncesi	2.06	1.58	3.04	0.003
Eğitim sonrası	2.75	2.55	1.23	0.22
2.5 ay sonra	1.94	1.87	0.42	0.67

6 TARTISMA

Yapilandirilmis, beceriye dayali müdahale yöntemi eğitimi verilmesinin birinci basamak saglik hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin alkol sorunlari olan hastalari tarama ve müdahale etmede bilgi, tutum ve davranislarini gelistirecegi varsayilarak, kısa müdahale konusunda beceriye dayali eğitim programi hazirlanmis ve kontrollü bir çalışma düzeneginde test edilmistir. Ülkemizde alkol kullanım bozukluklarina iliskin pratisyen hekimlere yönelik yapilandirilmis bir eğitim programi bulunmamaktadır. Birinci basamak saglik kurumlarında çalışan pratisyen hekimlerin riskli alkol kullanimi konusunda bilgi düzeylerini, tutumlarini ve davranislarini saptamak ve hazirlanan eğitim programinin bu parametrelerde degisiklige neden olup olmadigini degerlendirmek amaciyla bu araştırma planlanmistir.

Alkole iliskili sorunların taranmasi ve tedavi edilmesi birinci basamak saglik hizmetlerine bütünlesmemesi nedeniyle pratisyen hekimlerin bilgi, tutum, beceri ve uygulamalarinin uygunlugu siklikla sorgulanmaktadır. Bu nedenle bu çalışma pratisyen hekimlerin bilgi, tutum ve davranislarini bildiren güncel bir çalışmadir. Ülkemizde bu konudaki ilk çalışmadir. Araştırma sonuçlari;

1. Pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozukluklari konusunda bilgi, tutum ve davranis özellikleri
2. Eğitim programinin bilgi, tutum ve davranis özellikleri üzerine etkisi basliklari altında tartisilacaktır.

6.1 Pratisyen Hekimlerin Alkol Kullanım Bozukluklari Konusunda Bilgi, Tutum ve Davranis Özellikleri

Çalışmaya katılan pratisyen hekimlerin büyük çoğunlugu (yaklasik % 80'i) kadin ve erkekler için düşük riskli alkol kullanimi düzeylerini bilmemektedir. Alkol kullanım bozukluklari tarama ölçekleri ve biyokimyasal belirteçler de pratisyen hekimler tarafından bilinmemektedir. Alkole iliskili sorunların gelismesinde içme sinirlarinin ve asiri alkol tüketimiyle iliskili risklerin bilinmemesi en önemli faktörlerdir. Asiri alkol kullananların çoğuna tanı konulamamaktadır. Oysa alkol sorunlari önlenabilir hastalık ve yaralanma nedenidir. Kısa müdahale, bagimli olmayan ancak önerilenin üzerinde alkol kullanimi olan içicilerde alkol kullanımını ve alkole iliskili sorun riskini azaltabilir (40;43). Örneğin, Andreasson ve arkadaşlarının (1988) çalışmasında genç erkeklerde artan alkol tüketimiyle total mortalite ve siddet nedeni ölümünün relatif riskinin arttigi, eger kısa müdahale ile genç

erkeklerde alkol tüketimi günde 5 standart içkiden (60 gr saf alkol) 2 standart içkiye azaltılabilirse bu erkeklerin ölüm riskinin bes kat azalacağı gösterilmiştir (60). Benzer şekilde artan alkol tüketimiyle siroz gelişmesi ve siroza bağlı ölümlerin relatif riski de kısa müdahaleyle içme düzeylerinin azaltılmasıyla düşürülebilir (61).

Alkol bağımlılığı için en önemli risk etkeni kronik asiri içiciliktir (62). Caetano ve arkadaşları (63) DSM-IV alkol bağımlılığı ve alkol kullanımı konusunda risk analizi yapmışlardır. Analiz araştırma görüşmesinden önceki 12 ay boyunca 12 içki içtiğini belirten 22 102 kişiyi içermektedir. Sonuçlar alkol bağımlılığı riskinin günde tüketilen ortalama içki sayısı ile doğrusal olarak arttığını göstermiştir. Cinsiyet, yaş ve günlük ortalama içkinin etkileri kontrol edilerek, günde bes ya da daha fazla içkinin tüketildiği içme örüntüsünün alkol bağımlısı olma olasılığını artırdığı gösterilmiştir. Bu örüntüde içtiğini belirten kişilerin diğer alkol kullanan kişilere göre altı kat daha fazla alkol bağımlısı olma riski vardır (OR=6.5; %95 GA 5.1–8.2). İçme düzeyi arttıkça bağımlılık riskinin attığına ilişkin güçlü kanıtlar vardır, bir kerede yüksek miktarda alkol tüketimi bu riski artırmaktadır. Çalışmaya katılan pratisyen hekimlerin çoğunun herhangi bir düzey belirtmemiş olmaları bilgi eksikliğinden ya da düzey belirtilemeyeceği düşüncesinden kaynaklanıyor olabilir. Her iki durum da pratisyen hekimlerin kısa müdahale yapmasına engel olabilir (64). Eğer düzey belirtilemeyeceği düşüncesi varsa, pratisyen hekimlerin koruyucu hizmetlerde önemli olan, alkolün neden olduğu sağlık sorunlarıyla ilgili epidemiyolojik veriyi anlamadıkları ya da bilmedikleri öngörülebilir. Bu durumun koruyucu hizmetleri olumsuz etkileyeceği düşünülebilir.

Pratisyen hekimlerin riskli alkol kullanımı, alkol kötüye kullanımı, bağımlılık gibi tanı gruplarını yeterince kavramamaları (65) uygun eğitim eksikliği (2;4;66-68) nedeniyle olabilir. Riskli kullanım, zararlı ya da kötüye kullanım gibi tanıların alkol bağımlılığına ek olarak öğrenilmesi ve kullanılması gereklidir. Farklı sorun dönemlerinde yapılacak müdahalelerde farklı olacaktır.

Araştırma grubunun eğitim öncesi değerlendirmede hiçbir tarama ölçeği ismi verememeleri oldukça düşündürücüdür. Çalışmalar doktorların sıklıkla alkol kullanım bozuklukları konusunda tarama yapmadıklarını, bu nedenle birçok sorunun saptanamadığını ya da yanlış tanı konduğunu göstermektedir (69). Örneğin, Kaner ve arkadaşları (4) İngiltere’de pratisyen hekimlerin hastalarına alkol kullanımları hakkında soru sormadıklarını ve bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran asiri alkol kullananların %98’inin kaçırılacağını belirtmişlerdir. Son 20–30 yılda “riskli alkol tüketimi” olan kişileri

saptamak amacıyla ölçeklerin geliştirilmesi için çok çaba sarf edilmiştir (46). Ancak gerçek yaşamda hekimler alkol kullanımını sormak için bu yapılandırılmış araçları kullanmaya istekli görünmemektedirler (70). Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurular alkol sorunlarına erken dönemde müdahale etme olanakları yaratır. Bu başvurularda alkol tüketiminin taranması hastaları düşük riskli tüketim düzeyleri ve asiri alkol kullanımının riskleri hakkında eğitmek için fırsat sağlar. Ancak erken tanıya yönelik riskli alkol kullanımı düzeyinin, tarama ölçeklerinin ve biyokimyasal belirteçlerin bilinmemesi bu fırsatın değerlendirilememesi anlamındadır.

Senaryo ile sorulan bilgi sorularında genellikle doğru yanıtlar verilmiştir. Riskli alkol kullanımını belirlemek üzere yararlanılan biyokimyasal belirteçler sorusunda doğru yanıt oranı düşükken (yaklaşık %25.0), hasta senaryosu ile ilgili olarak pratisyen hekimlerin tümünün karaciğer enzimlerinin istenmesi gereğini bildirmelerinde animsama faktörünün etkili olduğu düşünülmüştür. Var olan bilginin açığa çıkarılmasında animsamaya yönelik, sürekli tip eğitiminin önemli olduğu düşünülmüştür.

Pratisyen hekimlerin bilgi düzeyleri 14 puan üzerinden değerlendirildiğinde aldıkları ortalama 6.67 ± 1.70 puan düşük olarak değerlendirilmiştir. Hekimlerin dörtte biri mezuniyet öncesi, yaklaşık onda biri mezuniyet sonrası eğitim gördüklerini belirtmişlerdir. Mezuniyet öncesi eğitim görenler süreyi yaklaşık 2 saat olarak belirtmişlerdir. Ülkemizde tip eğitiminin ve mezuniyet sonrası eğitimin önemli sorunları olduğu bir gerçektir. Alkol kullanım sorunları konusundaki eğitim genel olarak dersle sınırlı olup, uygulamadan uzaktır. Birçok çalışmada didaktik sunumlar (dersler, okuma materyalleri) ve interaktif öğrenmenin (simüle hastalar, küçük grup tartışmaları, bireysel kontrol, bilgisayarda hatırlatıcılar) bir araya getirildiği yaklaşım tanımlanmaktadır (71). Amerika Birleşik Devletleri'nde tip eğitiminde dört yıl içinde ortalama 36 saat, dört seçmeli kurs, 4–5 tedavi programına katılım bulunmaktadır. Bu programlar ilk öğrencilik yıllarında bilgi ve tutumlarının gelişmesini sağlamaktadır. Avustralya'da 5–6 yıllık eğitimde ortalama 46 saatlik program ve ortalama üç seçmeli rotasyon uygulanmaktadır. İlk yıllarda didaktik yaklaşımın daha maliyet-etkin olabileceği, ileriki yıllarda interaktif yaklaşımın daha uygun olabileceği vurgulanmıştır. İngiltere'de 430 pratisyen hekimin katıldığı çalışmada alkol ve alkolle ilişkili sorunlar konusunda hekimlerin %34'ünün 4–10 saat arasında, %31'inin 4 saatin altında mezuniyet sonrası eğitim, sürekli tip eğitimi ya da klinik süpervizyon aldığı, %10'unun ise alkol konusunda hiçbir mezuniyet sonrası eğitim almadığı belirlenmiştir (4). Sadece saatler değerlendirildiğinde bile ülkemizde

tip fakültelerinde verilen eğitimin yetersizliği belirgindir. WHO Collaborative Study on Brief Interventions for Hazardous and Harmful Alcohol Use Phase III Strand I’de daha fazla sayıda alkol sorunları olan hastaları tedavi ettiğini belirten pratisyen hekimlerin alkol konusunda daha fazla eğitim gördükleri belirlenmiştir (38;72). Pratisyen hekimlerin alkol sorunlarıyla ilgilenmelerini artırmak için eğitim sağlanmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü’nün çabalarıyla 20 yılı aşkın süredir alkol kullanım sorunları konusunda tarama ve müdahale yapılmasına yönelik eğitimler-çalışmalar birçok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkenin gündemindeyken, ülkemizde bu konudaki ilgisizlik düşündürücüdür.

Pratisyen hekimlerin alkol kullanım sorunlarına müdahalelerindeki eksikliğinin bir diğer nedeni alkol kullanım sorunu yaşayan kişilere karşı olumsuz tutumdur (69). Pratisyen hekimlerin yarısından çoğu (%57) alkol kullanım sorununun birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli olmadığını düşünmektedir. Yine büyük bir çoğunluğu hastaların alkol sorunları ile uğraşacak zamanları olmadığını (%74.1) belirtmiştir. Hastaların alkol kullanımına ilişkin önerileri yerine getirmedikleri ve davranışlarını değiştirmedikleri düşüncesi de yaygındır (%85.2). Bu görüşlerin alkol kullanım sorunları ile ilgili yetersiz düzeyde tarama ve müdahale yapılmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde alkol kullanım sorunları konusunda tarama ve kısa müdahalenin kullanımını sağlamak için öncelikle bu tutumlar değişmelidir. Zaman azlığı (3;4;68) ve kişilerin alkol kullanım davranışlarını değiştirmemeleri düşüncesinin (2) alkol sorunlarını tarama ve müdahaleyi engelleyen ana etkenler olarak görülmektedir.

Birçok çalışmada alkol kullanımı hakkında soru sorulmasında sağlık çalışanlarının pozitif tutumunun önemi vurgulanmıştır (2;69;73;74). Pozitif tutum olarak araştırma grubundaki pratisyen hekimlerin çoğu alkol sorunu yaşayan hastalara yardım etmenin bosa vakit harcamak olduğunu düşünmemektedirler. Sadece %12.6’si alkol sorunu olan hastalara yardım edilemeyeceğini düşünmektedir. Alkol sorunlarıyla ilgili bu “terapötik nihilizm” alkol sorunlarına müdahaledeki engellerden biri olarak literatürde tanımlanmıştır (73). Oysa alkol sorunlarına müdahalelerin diyabet, hipertansiyon ve astım gibi kronik hastalıklara yapılan müdahalelere kıyaslanabilir bir etkinliği olduğu gösterilmiştir. Araştırma grubunun çoğu alkol tüketimi hakkında hastalara soru sormanın uygun olduğuna katılmakla birlikte, yaklaşık yarısının (%48.9) hastaların bu sorulara kızacağını belirtmeleri alkol sorunlarıyla ilişkili damgalamadan (75) kaynaklanabilir. Hastaların doktorlardan alkol tüketimleri ve diğer sağlık riskleri hakkında soru sormalarını bekledikleri çalışmalarla belirlenmiştir (74). Hastaların bu

konudaki pozitif tutumları sağlık çalışanlarının alkolle ilişkili sorunları irdelemelerini artırmak için eğitimde üzerinde durulması gereken bir konudur.

Hasta-doktor iletişiminin tıbbi bakımın önemli bir elemanı olduğu bilinmektedir (76;77). Koruyucu hekimlikte iletişim becerileri özellikle alkol kullanımı ve diğer yaşam tarzı olayları gibi daha duyarlı konular ele alındığında önemlidir. Tarihsel olarak pek çok hekim alkol kullanım sorunundan kaçınma eğilimindedir (77). Alkol kullanımı sıklıkla ahlaki bir sorun ya da yaşam tarzı sorunu olarak görülür ve hasta-doktor ilişkisinin dışında olarak değerlendirilir. Muayene sırasında alkol tüketiminin sorulması sigara içmeyi sorgulamaktan daha zor bir konu olarak algılanmaktadır. Çalışmaya katılan pratisyen hekimler alkol kullanım sorunlarına sigara kullanımından daha az müdahalede bulduklarını belirtmişlerdir. Henüz sorun yaşamayan, asiri miktarda içen kişilere yönelik müdahaleler iyice zorluk yaratmaktadır. Riskli, zararlı alkol kullanımı olan hastalara müdahaledeki duyarlılıklar düşük oranda müdahale yapılmasını açıklayabilir. Ancak hekimlerin bilgi eksiklikleri giderildikten sonra bu görüşlerin geçerli olduğunu söyleyebiliriz.

Pratisyen hekimler olgu senaryosunda alkol kötüye kullanımı tanisiyle değerlendirilebilecek hastaya yapacakları uygulamalarda 8 puan üzerinden ortalama 6 puan almışlardır. Alkol kullanım sorunlarına yönelik bilgi, tutum ve davranış puan ortalamaları değerlendirildiğinde en yüksek düzey sasırtıcı olarak davranış puanlarında görülmüştür. Düşük bilgi düzeyi ve negatif tutumun daha yanlış uygulamalara yol açması beklenir. Senaryo ile ilgili olarak pratisyen hekimlerin yaptıklarını değil, yapılması beklenen uygulamaları belirttikleri de düşünülebilir. Pratisyen hekimlerin çoğu, hastaya alkol kullanımına ilişkin soru soracaklarını ve alkolün sorunlarıyla ilişkili olduğunu söyleyeceklerini, karaciğer enzimlerini isteyeceklerini, hastaya alkol kullanımı hakkında konuşmak üzere tekrar gelmesini söyleyeceklerini belirtmişlerdir. Ancak başka bir soruda pratisyen hekimlerin yarısından azı (%44.8) hastalarıyla alkol kullanımları hakkında konuştuklarını ve öneri verdiklerini belirtmiştir. Yine son bir ayda araştırma grubunun sadece %32.5'i alkolle ilişkili sorunları olan en az bir hastaya yardımcı olduklarını, %23.7'si hastalarının alkol tüketimleriyle ilgili endişeleri nedeniyle kan tahlili istediklerini belirtmişlerdir. Bu bulgular pratisyen hekimlerin alkol sorunları olan hastaya yönelik uygulamaları bildikleri, ancak pratikte yapmadıkları şeklinde yorumlanabilir. Çalışmalar alkol sorunlarına kısa müdahalelerin etkinliği gösterilmesine karşın pratisyen hekimlerin alkol sorunlarına müdahale yapmak konusunda isteksiz olduklarını ve uygulamadıklarını göstermektedir (3;74;78). Kısa müdahalenin aktif

olarak tesvik edildiği ülkelerden biri olan Finlandiya’da yapılan çalışmada yoğun alkol kullanımı olan kişilerin sadece %19’una birinci basamak sağlık hizmetlerinde öneri verildiği belirlenmiştir (78). Tedavi önerileri hakkında hekimlere sadece bilgi vermenin uygulamayı değiştirmeye yeterli olmadığı bilinmektedir.

Arastırma grubunun yaklaşık dörtte biri hastaya alkol kullanımına ilişkin bu seferlik bir şey söylemeyeceklerini, yarısından çoğu hastayı sevk edeceklerini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar alkol sorunu olan birçok hastaya erken müdahale yapma ve olumsuz sonuçlarının önlenmesi için kaçırılması olarak yorumlanabilir. Sevk edilen birçok hasta uzmana ulaşmamaktadır.

Pratisyen hekimlerin çoğunun hastalarında sigara içme, yemek yeme ve egzersiz yapma davranışlarına müdahalede bulunmasına karşın, yarısından azının alkol kullanımı konusunda (%44.8) müdahale yapmasının nedenlerinin birçok çalışmada belirlenen ve bu çalışmanın sonuçlarının da desteklediği bilgi eksikliği, isteksizlik, negatif tutum, iş yükünün fazlalığı (3-5;38;52;73) olduğu düşünülmüştür.

Fransa’da doktorların sigara bırakma müdahalelerinde etkili olmamaları kısmen kendilerinin yüksek oranlarda sigara kullanmalarıyla ilişkili görülmektedir (79). Benzer durum alkol kullanımıyla da ilişkili olabilir. Alkol konusunda daha liberal, hoşgörülü olanlar, kendileri alkol kullananlar alkol kullanımı konusunda müdahale yapmak konusunda isteksiz olabilirler. Arastırmaya katılan pratisyen hekimler arasında alkol kullanım oranı (%79.3) Türkiye geneline göre (%14.1–54.5) (80) oldukça yüksektir. Hekimlerin %4.4 ‘ünün tükettikleri alkol miktarı düşük riskli alkol kullanım sınırlarını aşmaktadır. Son bir ayda bir kez de tüketilen maksimum alkol miktarı değerlendirildiğinde düşük riskli sınırları aşma %17.0’e yükselmektedir. Alkol kullanım bozuklukları konusunda daha kapsamlı bilgilendirme sadece hastalara yapılacak müdahaleler açısından değil, hekimlerin kendi kullanım düzeylerini değerlendirmeleri açısından da önemlidir. Tıp fakültesi öğrencileri ve doktorlar madde kullanımına karşı bağımsız degillerdir (23;30;81).

Arastırma grubunun alkol kullanım sorununa tanı koymak konusunda güven duyguları orta düzeyde, tedavi konusundaki güven duyguları ise biraz daha düşüktür. Mezuniyet öncesi ve sonrası bu konuda verilen eğitimin niceliksel ve niteliksel eksikliklerinin pratisyen hekimlerde alkol kullanım sorunlarına yaklaşımda yetersizlik hissetmelerinde rol oynadığı düşünülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü’nün yedi ülkeyi kapsayan çalışmasında daha fazla eğitim

alan pratisyen hekimlerin güven duygularinin daha fazla olduğu ve daha çok müdahale yaptıkları gösterilmiştir (38).

Arastirmaya katılan pratisyen hekimler tarafından riskli alkol tüketimi konusunda erken müdahaleyi kolaylastıran faktörler arasında halk sağlığı eğitimiyle toplumun alkol konusunda daha duyarlı hale gelmesi, hızlı ve kolay tarama anketlerinin sağlanması, riskli alkol kullanımı için müdahale eğitimi verilmesi, hastaların alkol tüketimleri hakkında kendilerinin soru sormaları, hızlı ve kolay danışmanlık materyallerinin sağlanması ve hastaları sevk edecek hizmetlerin ve sevk zincirinin olmasının oldukça teşvik edici olduğu belirtilmiştir. Alkol sorunları yaşayan hastaların sevk edilmesi olanaklarının daha fazla vurgulanmasının, bu konudaki rol karmasasını gösterdiği düşünülmüştür. Alkol sorunlarının erken dönemde birinci basamak sağlık hizmetlerinde kısa müdahale yöntemiyle ele alınmasının etkinliği ve maliyet etkinliğine yönelik pek çok kanıt olmasına karşın, hastaları sevk etmenin kolaylaştırılması önerisi, bu kişilerin erken tanı ve tedavisinde kimin sorumlu olacağı sorusunu akla getirmektedir. Bu sorumluluğun sadece alkol kullanım sorunları konusunda deneyimi olan az sayıda merkez ya da uzmanla sınırlanacağı belirgindir. Hastanelerin acil servisleri, travma merkezleri, cerrahi, dahili, kadın doğum, psikiyatri kliniklerinde yapılması gerektiği gibi birinci basamak sağlık hizmetlerinde de alkol sorunlarının tanınması ve erken müdahale yapılması sorununun daha büyümesini engelleyecektir.

6.2 Eğitimin Bilgi, Tutum ve Davranış üzerine etkisi

Geleneksel, didaktik eğitim ve interaktif, uygulamaya yönelik eğitimin hemen eğitim sonrası ve 2.5 ay sonra yapılan değerlendirmelerde pratisyen hekimlerin bilgi düzeylerinde eğitim öncesine oranla anlamlı artış sağlanmıştır. Herhangi bir yöntemle eğitim verilmesinin pratisyen hekimlerin bilgi düzeylerinde artışa neden olması şüpheli değildir. Ancak literatürde belirtilenin aksine (35) geleneksel, didaktik eğitimin interaktif, uygulamaya yönelik eğitime oranla eğitim sonunda yapılan değerlendirmede anlamlı olarak bilgi düzeylerinde daha fazla artışa neden olması, bilgilerin pekiştirilmesi amacıyla hazırlanan uygulamaların etkinliğini sorgulatabilir ya da uygulamalar nedeniyle araya zamanın girmesi unutkanlık faktörünün etkili olmasına yol açmış olabilir. Girişim grubunda uygulamalar sırasında hazırlanan senaryo ve değerlendirme rehberiyle üçlü gruplar halinde yapılan küçük grup çalışmalarının yeterince istekli ve dikkatli yapılmadığı gözlemlenmiştir. Kontrol grubunun girişim grubuna oranla eğitime daha motive olduğu izlenimi alınmıştır. Genel olarak

motivasyon eksikliginin, birinci basamak saglik hizmetlerinde konunun önemi olmadigi düşüncesinin, zaman azligi nedeniyle günlük uygulamalarda yer verilemeyecegi inancinin, hekimlerin geleneksel eğitim yaklasimiyla eğitimlerini tamamlamaları ve bu tür uygulamalı eğitimle tanışık olmamalarının girişim grubunda uygulamaları olumsuz etkiledigi düşünülmüştür.

Alkol sorunlarına kısa müdahaleye yönelik verilen eğitimler pratisyen hekimlerin tutum ve davranışlarında farklılığa neden olmamıştır. Bilgilenmedeki artış hekimlerin uygulamalarında değışikliğe neden olmamıştır. Davranışın değışmesi için tutumda da olumlu gelişmeler gereklidir. Bazı çalışmalarda kısa müdahale konusunda tutum ve bilgi düzeylerinde saglik çalışanlarında (2;48;54) ve tıp öğrencilerinde (67;82) pozitif değışikler bildirilmiştir. Bu çalışmada pozitif yönde bir değışiklik olmamasının nedeni bilinmemektedir. Benzer bulgular Aalto ve arkadaşlarının çalışmasında da bulunmuştur (83). Araştırmacılar bu sonucun birinci basamak saglik hizmetlerindeki iş yüküne bağlı olabileceğini belirtmişlerdir. Araştırmaya katılan pratisyen hekimler birinci basamak saglik hizmetlerinde performansa dayalı ödeme sistemi nedeniyle günde bazen 200'e yakın hasta gördüklerini belirtmişlerdir. Bu durumda sadece alkol sorunlarına yaklaşımlarının değil, günlük rutinin gözden geçirilmesi gereği açıktır.

Kısa müdahalenin aktif olarak teşvik edildiği ülkelerden biri olan Finlandiya'da yapılan çalışmada yoğun alkol kullanımı olan kişilerin sadece %19'una birinci basamak saglik hizmetlerinde öneri verildiği belirlenmiştir (78). Tedavi önerileri hakkında hekimlere sadece bilgi vermenin uygulamayı değıştirmeye yeterli olmadığı bilinmektedir. Öğrenilen ve yıllar boyunca uygulamalarla pekiştirilen davranışını değıştirmek kolay bir süreç değildir. Ancak özellikle kişi kendisi davranışının değışmesi gerektiğini düşünüyorsa, geri bildirim güçlü bir değışim yöntemi olduğu belirtilmiştir (35). İki saatlik grup eğitimi ve eğitimden 2-6 hafta sonra 10-20 dakikalık kısa bireysel geri bildirim birinci basamak saglik çalışanlarının riskli alkol kullanımı olan kişilere danışmanlık becerilerinde, tutumlarında ve bilgilerinde önemli gelişme sağladığı bildirilmiştir (54).

Sigara bırakma eğitiminin doktorların sigarayla ilişkili uygulamalarını değıştirebileceğine dair kanıt olmasına karşın, kısa alkol müdahalesi için beşinci sınıf tıp öğrencileriyle yapılan geleneksel didaktik eğitim yöntemlerini interaktif beceri eğitimiyle karşılaştıran randomize kontrollü çalışmada, simüle hastalarla yapılan görüşmelerle bilgi ve becerinin değerlendirilmesinde iki yaklaşımlar arasında bir fark bulunmamıştır (67).

Hızli-kolay danismanlik materyalleri ve tarama testlerinin saglanmasinin erken müdahaleyi oldukça tesvik edecegi belirtilmesine karsin, arastirma kapsaminda girisim grubuna saglanan bu araçların pratisyen hekimler tarafından hiç kullanilmamasi düşündürücüdür. Bu durumun hazirlanan eğitim kitapçiginin okunmasi, kullanilmasi ardından yararsiz görülmesinden degil, yok sayilmasiyla ilgili olduğu düşünölmüştür. Motivasyon eksikligi, isteksizlik, hastaya ayrılan zamanin kisitliliği, alkol sorunlarına yaklasimin birinci basamak saglik hizmetlerinin sorumlulugu olarak görölmemesinin, hastaların davranislarını degistirmeyecekleri düşüncelerinin uygulamaları degistirmeyi engelleyici faktörler olduğu düşünölmüştür.

Arastirmada daha ayrıntili ve uygulamali eğitim gören girisim grubundaki pratisyen hekimlerin tani konusundaki güven algılarının eğitim sonrası yapılan degerlendirmede kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek olması, müdahale yogunlugu ve uygulamalar arttikça güven duygusunun gelisebilecegini göstermesi açısından önemlidir. Dünya Saglik Örgütünün yedi ülkeyi kapsayan çalışmasında daha fazla eğitim gören pratisyen hekimlerin güven duygularının daha fazla olduğu ve daha çok müdahale yaptıkları gösterilmiştir (38). Pratisyen hekimlere verilen eğitim ardından destegin telefonla sik olarak sürdürölmesi, gerekirse çalışma yerlerinde destek saglanmasiyla, eğitim sonunda tani konusunda artan güven duygusunun uygulamalarla sürekliliginin saglanabilecegi, tedavi konusuna da yayginlastirilabilecegi düşünölebilir.

Nilsen ve arkadaşları (84) birinci basamak saglik hizmetlerinde kısa müdahalenin saglik çalışanları tarafından uygulanmasını tesvik eden 11 çalışma ile yaptıkları sistematik gözden geçirmede kısa müdahalenin yayginlastirilmesine yönelik farklı yöntemleri kıyaslayan çalışmalarda yayginlastirma çabasi arttikça kısa müdahalenin arttigi görölmüştür. Örneğin, Gomel'in çalışmasında (56), kısa müdahale materyallerini postayla alan (eğitim görmeyen) hekimler uygun hastaların % 9'una kısa müdahalede bulunurken, eğitim gören ve telefonla ya da 2 haftada bir görüşmelerle destek alan hekimler uygun hastaların %22'sine kısa müdahale uygulamışlardır. Kaner'in çalışmasında (85) materyallerin posta ile iletildiği pratisyen hekimlerde kısa müdahale uygulama oranı %52, çalışılan yerde yüz yüze eğitim alanlarda %59, yüz yüze eğitime ek olarak iki haftada bir telefonla destek ve öneri alan grupta %60 bulunmuştur. Aalto'nun çalışması (86) ise, çalışma öncesi ve 3 yıllık izlemde alkol hakkında soru sorma ya da öneri vermede istatistiksel anlamlı farklılık olmadığını göstermiştir.

Andreasson çalismasinda (87) saglanan materyallerin pratisyen hekimler tarafından sik kullanilmadigi sonucuna varmistir.

Kisa müdahale yaklasimini yayginlastirma çabasi, yani egitim ve /veya destek arttikça, programin etkinliginin (materyallerin kullanilmasi, tarama ve kısa müdahale yapma oranlari) arttigi, ancak yine de etkinligin oldukça ilimli oldugu belirtilmektedir (84). Birçok yazar kısa müdahalenin daha yaygin kullanilmasi için birinci basamak saglik hizmetleri kosullarina uygun hale getirilmesi gereğini tartismaktadır. Saglik hizmetlerinde kısa müdahaleye yönelik tutum ve davranis degisikligi uzun süreli bir süreç olarak görülmelidir. Temel tip egitiminde kısa müdahaleye yer verilmesi ilerde kısa müdahale yapma motivasyonunu artirabilir. Birçok çalismada gönüllüler çalismaya katilmislardir. Çalismalara çagrılan saglik çalismanlarinin yarisinin katilmadigi, eger katilmayanlarda analize alinirsa kısa müdahaleyi kullanma oranlarinin daha da düşecegi belirtilmektedir. Birçok çalismada saglik çalismanlarinin kısa müdahale yapma motivasyon dereceleri farkli oldugu için farkli yayginlastirma yaklasimlari biçimlendirilmelidir.

Kisa müdahale egitimi konusunda yapilan çalismalar çok heterojendir, genellikle bilimsel olarak çok ihtimamli degildir ve kısa izlem süreleri kullanmislardir (84). Simdiye dek yapilan çalismalarla kısa müdahalenin nasil ve hangi kosullarda birinci basamak saglik hizmetlerinde daha fazla uygulanabilecegini saptamak zordur. Ülkemizde bu konuda gerçekleştirilen ilk çalisanin birinci basamak saglik hizmetlerinin yeniden yapilandirilmesi asamasinda gerçekleştirilmiş olması sonuçlarin yorumlanmasini güçlestirmektedir. Hekimlerin kendilerini daha güvenli hissettikleri ve belirsizligin giderildiği bir ortamda, gönüllü hekimlerle ve çalisan sürecinden öğrenilenlerle programin tekrar denemesi yerinde olacaktır.

Bir müdahale programinin uygulanmasinda motivasyon, is yükü, zamanlama gibi etkenlerin önemi çalisanin tüm asamalarında gözlenmistir. Genel olarak pratisyen hekimlerin birinci basamak saglik hizmetlerinde alkol kullanım sorununu önemli bulmamalari ve birinci basamak saglik hizmetlerindeki yapisal degisikliklerin egitim ve müdahale yapmak konusunda motivasyon eksikligine neden oldugu izlenimi edinilmistir. Thom ve Tellez 1986 yilinda pratisyen hekimleri alkol sorunlarini saptama ve tedavi etmeye yöneltme çabalarini “zor bir is” olarak tanımlamislardir. Heather (51) Dünya Saglik Örgütü’nün farkli ülkelerde gerçekleştirilen Faz IV çalisaninin raporunda bu özelligin devam ettigini vurgulamistir. Bu çalisanin her asamasinda da bu zorluk yasanmistir. *“Alkol bagimliliginin tedavisinin saglik ocaginda degil, ilgili kliniklerde, egitimli uzman hekimler tarafından gerçekleştirilecegini*

düşünüyorum”, “Personel azligi-poliklinik zamaninin kisitligi, hasta sayisi ve birinci basamak önceliklerimiz nedeniyle bu konuya zaman ayirmaya isteksizim”, “Emeginizi takdir etmekle beraber su asamada verilen bu egitimin biz pratisyen hekimlerin içinde bulunduğu bilinmezliklerle ve sorunlarla dolu su günlerde hem çok gereksiz, hem 1 hastaya 45dak ayirabildigimiz saglik ocagi sartlarinda imkansiz oldugunu düşünüyorum”, “Sosyal düzenlemeler olmadan bu çalismaların çok anlamlı oldugunu düşünmüyorum” seklindeki görüşler toplantılar sırasında ve anketlerin sonunda sıklıkla bildirilmiştir. Bu görüşlerin hem birinci basamak saglik hizmetlerinde yaşanan gerçek güçlükleri, hem de eğitimle ilgili özellikle alkol kullanım sorunları konusunda direnci yansittiği düşünülmüştür.

Toplumdaki alkolle ilişkili sorunların tümü alkol bağımlılığından kaynaklanmamaktadır (62). Alkol bağımlılığı bildirilen sosyal, yasal ve kişilerarası sorunların yaklaşık %50’sinden sorumludur. Geniş spektrumdaki alkolle ilişkili sorunlara halk sağlığı açısından önlemler düşünüldüğünde alkol bağımlılığı konusunda epidemiyolojik kanıt nasıl ele alınmalıdır? En iyi alternatif alkol bağımlılığı ve diğer alkolle ilişkili sorunları dengeli ve kapsamlı bir yaklaşımla ele almaktır. Sadece alkol bağımlularına odaklanmak, bağımlı olmayan ama alkol sorunları yaşayan kişileri saptayamama riskini tasir. Ancak alkol bağımlılığının da halk sağlığı yaklaşımlarında irdelenmesi gerekir. Alkol potent bir maddedir ve alkol kullanımı birçok ülkede karmaşık ve sürekli bir davranıştır. Alkol kullanımının sağlığı ve davranış üzerine etkileri de karmaşık ve farklıdır. Toplumların sağlığını yükseltmeye çalışan halk sağlığı çalışanları sağlığı araştırması geliştirmeye, koruyucu müdahaleler, erken tanı için tarama ve sağlığı hizmetlerinin planlamasına yardım edecek tüm bilgilerden yararlanmalıdır. Bu eylemlerin her bir bölümü alkol sorunlarına halk sağlığı yaklaşımının bir parçası olmalıdır.

“Poliklinikte bir hastaya 3–5 dak ayrılmakta, belirti-bilgi vermeyen hastayı tanımak zor, tanı-tedavi oranı düşmekte, yeterli zaman olursa yardımcı olunabilir, birinci basamakta koruyucu sağlığı hizmetleri önemli”, “Çalıştığım birimde zaman ve ortam açısından koşullarım uygun. Hasta yelpazem risk grubunda (KOA, amfizem, tbc), sanırım bu konuda yapabileceğim şeyler var, eğitim yararlı oldu”, “Bu konuyu bir kongrede (pratisyen hekimlik kongresi gibi) dile getirmek ister misiniz?” seklinde olumlu görüşlerin de varlığı kısıtlı da olsa eğitimin hedefine ulaştığını düşündürmüştür.

Bu çalışmanın randomize kontrollü bir çalışma olması güçlü yanidir. Ancak ulaşma oranlarının düşük olması, hesaplanan örnek büyüklüğüne ulaşamaması ve izleme katılanların

sayısının az olması araştırmanın en önemli kısıtlılığıdır. Kontrol grubuna yapılan didaktik eğitimin hekim sayısının fazlalığı nedeniyle hekimlerin sürekli eğitim almaya alıştıkları ortamın dışında ve çalıştıkları kurumlara uzak olan DEÜ Tıp Fakültesi'nde gerçekleştirilmesi katılımı engellemiş olabilir. Sağlık ocakları düzeyinde randomizasyon yapılarak girişim ve kontrol grupları arasında kontaminasyon engellenmeye çalışılmıştır. Pratisyen hekimlere çalışma hakkında bilgi verilirken kendilerinin girişim ya da kontrol grubunda oldukları belirtilmeyerek kör olmaları sağlanmıştır. Girişim ve kontrol gruplarına eğitimin aynı hekim tarafından verilmesi bir kısıtlılık olarak değerlendirilebilir. Ancak her iki gruba da verilen didaktik sunumun yapılandırılmış olmasının bu kısıtlılığı kompanse edeceği düşünülmüştür. Yanıtların geçerliliğini artırmak üzere anketlerin isimsiz uygulanması nedeniyle başlangıç grubunda analiz (intention to treat analysis) yapılamamıştır. Eğitim öncesi iki grubun benzer özellikler göstermesi, 2.5 ay sonraki izlemde yaş, cinsiyet, çalışma süresi açısından grupların eğitim öncesi değerlendirmeyle benzer olması sonuçların geçerliliğini artırmaktadır.

7 SONUÇLAR

Arastirmaya katılan pratisyen hekimlerin alkol kullanim bozukluklari konusunda mezuniyet öncesi (%25.4) ve mezuniyet sonrasi (%11.7) egitim görme oranlari düsüktür.

Arastirmaya katılan pratisyen hekimlerin %80'inin erkekler için, %71.9'unun kadınlar için riskli alkol kullanimi düzeylerini bilmediği saptanmıştır.

Riskli alkol kullanimini belirlemek üzere kullanılan tarama testlerinin pratisyen hekimlerce bilinmediği saptanmıştır. Aynı amaçla kullanılan biyokimyasal belirteçlerin bilinme oranı (%25.2) da düsüktür.

Alkol kullanim bozukluklarini tarama ve müdahale yapmak konusunda bilgiyi ölçen sorularla bilgi puanı 14 puan üzerinden değerlendirildiğinde arastirma grubunun egitim öncesi bilgi puanı ortalaması 6.67 ± 1.70 bulunmuştur.

Alkol kullanim sorunlarına yönelik tutumu belirlemek üzere oluşturulan önermelerle tutum puanı 10 puan üzerinden değerlendirildiğinde pratisyen hekimlerin tutum puanı ortalaması 4.44 ± 2.15 (ortanca=5) bulunmuştur.

Pratisyen hekimlerin çoğu, asiri alkol tüketiminin asikar belirtileri olmayan riskli içicileri tanımanın zor olduğunu, hastaların alkol kullanımına ilişkin önerileri yerine getirmediği ve davranislarini degistirmediklerini, hastaların alkol sorunlari ile uğrasmak için vaktinin olmadığını, doktorların alkole karşı hoşgörülü olduklarını düşünmektedir. Hekimlerin yaklaşık yarısı, birinci basamak sağlık hizmetlerinde alkol kullanımının önemli bir sorun olmadığını, sağlığı korumanın doktorların değil, hastaların sorumlulugunda olduğunu, alkol tüketimi hakkında soru sormanın hastaları kızdıracağını ve hastalarla alkol kullanimi hakkında konuşmanın kendisine zor geldiğini belirtmiştir. Az sayıda pratisyen hekim alkol sorunu olan hastalara yardım etmenin bosa vakit harcamak olduğunu, kişiye alkol problemi olduğunu söylemenin onu alkolik olma ile suçlamak olarak görülebileceği için alkol tüketimi hakkında soru sormanın uygun olmadığını belirtmiştir.

Pratisyen hekimlerin alkol kullanim bozukluklarına yönelik davranislarini belirlemek üzere verilen olguya yapacakları uygulamalar sekiz puan üzerinden değerlendirildiğinde davranis puanı ortalaması 5.96 ± 1.46 bulunmuştur.

Pratisyen hekimlerin %23.7'ü son bir ay içinde hastalarının alkol tüketimiyle ilgili endiseleri nedeniyle kan tahlili istediğini, %32.5'i son bir ay içinde alkolle ilişkili sorunlari olan hastalara yardımcı olduklarını bildirmiştir.

Çogu pratisyen hekim hastalariyla sigara içme, yemek yeme alışkanlığı ve egzersiz yapma konusunda konuşarak onlara öneri verdigini belirtirken, daha düşük oranda alkol kullanımına müdahalede bulduklarını bildirmiştir.

Pratisyen hekimler alkol kullanım sorununa *tani koymakta* kendilerine olan güvenlerini 1=güvenmiyorum, 5=çok güveniyorum arasında sayısal bir doğruda değerlendirdiklerinde güven düzeyi ortalaması 2.6 ± 0.8 , *tedavi etmek* konusunda güven düzeyi ortalaması 1.8 ± 0.9 olarak saptanmıştır

Pratisyen hekimler toplumun daha duyarlı hale gelmesinin, hastaların alkol tüketimleri konusunda soru sormalarının, hızlı ve kolay tarama anketlerinin ve danışmanlık materyallerinin varlığı, eğitim sağlanması ve sevk zincirinin olmasını oldukça teşvik edici bulduklarını belirtmiştir.

Tarama ve kısa müdahale konusunda hazırlanan eğitim programı hem didaktik hem uygulamalı yöntemle hekimlerin alkol kullanım sorunlarına ilişkin bilgi düzeylerinde belirgin artış sağlamıştır. Girişim ve kontrol gruplarında eğitim sonrası bilgi puanında eğitim öncesine göre anlamlı artış saptanmıştır. 2.5 ay sonraki değerlendirmede bilgi puanında eğitim sonrası değerlendirmeye göre düşüş olmasına karşın, eğitim öncesine göre hem girişim hem kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı artış olmuştur. Eğitim öncesi gruplar arasında anlamlı bir fark yoktur. Eğitim sonrası kontrol grubunda bilgi puanı girişim grubundakilere göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. 2.5 ay sonra yapılan değerlendirmede bilgi düzeyinde girişim grubu puanı kontrol grubundan çok az yüksek bulunmuştur, ancak fark anlamlı değildir. Tutum ve davranış puanları da her iki grupta artmış, 2.5 ay sonra biraz azalmış, ancak her iki değerlendirmede de gruplar arası anlamlı fark saptanmamıştır.

Eğitim sonrası girişim grubunda tani konusunda güven algisi düzeyi kontrol grubundakilere göre anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. 2.5 ay sonra yapılan değerlendirmede girişim grubu kontrol grubundan daha yüksek bulunmuştur, ancak fark anlamlı değildir.

Eğitim öncesi tedavi konusunda güven algisi girişim grubunda kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha yüksek belirtilmiştir. Eğitim sonrası girişim ve kontrol gruplarının tedavi konusunda güven algisi girişim grubunda daha yüksek olmasına karşın anlamlı farklılık yoktur. 2.5 ay sonra yapılan değerlendirmede tedavi konusunda güven algisinde eğitim öncesi ve sonrası değerlendirmeye göre girişim grubunda düşüş olmasına karşın, kontrol grubunda eğitim öncesine göre artış saptanmıştır. Ancak gruplar arası anlamlı fark gözlenmemiştir.

8 ÖNERİLER

Özetle çalışmanın bulguları ülkemizde pratisyen hekimler için alkol kullanım sorununa müdahale konusunda önemli rolleri göz önüne alınarak daha fazla destek ve eğitime gereksinim olduğunu göstermektedir. Birçok pratisyen hekimin hastalarına alkolü azaltma ya da kesmeleri hakkında öneride bulunma fırsatını kaçıracığı ve tarama-kısa müdahalenin etkinliği konusunda haberdar olmadıkları görülmektedir. Alkol kullanım sorunlarına ilişkin bilgi, tutum ve davranış değisikliği hedefleyen eğitimlerin mezuniyet öncesi dönemde baslatılması ve mezuniyet sonrası dönemde sürekliliğinin sağlanması daha etkili olacaktır.

Tip fakülteleri eğitim programlarında alkol kullanım bozuklukları konusunda beceriye dayalı, kapsamlı eğitim verme sorumluluğunu almalıdırlar. Yine tip fakülteleri öğrencilerine alkol konusunda sadece bilgi ya da alkol bağımlılığı tanı ve tedavisi değil, koruma, erken tanı ve tedavi konularında belirli tutum da kazandırmalıdır. Tip fakültesi öğrencileri arasında riskli alkol kullanım oranlarının azaltılmasına odaklanılmalıdır. Ülkemizde alkolle ilişkili hastalıklardan morbidite ve mortaliteyi azaltmakta doktorların kendi kullanım ve uygulamalarının önemli etkisi olacaktır.

Birinci basamak sağlık hizmetlerindeki iş yükü göz önüne alındığında hemşire, ebe ve diğer sağlık personeli hastaların alkol kullanım sorunları konusunda eğitimlerinde önemli rol oynayabilirler. Pratisyen hekimlerin eğitimi ardından, onların kendi ekiplerinde eğitim vermeleri planlanarak tüm sağlık çalışanlarını bu sürece dahil etmek konusunda çaba harcanmalıdır.

Birinci basamak sağlık hizmetleri çalışanlarına yönelik eğitimlerin kısa olması, tekrar edilmesi, olgu örnekleriyle pekiştirilmesi, telefonla ya da yerinde süpervizyon sağlanması programın etkinliği açısından gereklidir.

Pratisyen hekimlerin meslek içi eğitimleri düzenlenirken yıllık eğitim programlarına alkol kullanım sorunlarına yaklaşım konusunun eklenmesi gerekir.

Alkol kullanım sorunlarına tarama ve kısa müdahale yaklaşımını birinci basamak sağlık hizmetlerinde yaygınlaştırmak üzere yapılması gerekenler konusunda sağlık çalışanları ve hastalarla odak grup görüşmeleri yapılmalıdır.

Hastalıkları önleme ve erken tanı-tedaviye yönelik birincil ve ikincil korumanın birinci basamak sağlık hizmetlerindeki yeri korunmalı ve geliştirilmelidir.

Birinci basamak saglik hizmetlerinde çalisan doktorların is yükü, çalışma kosulları, tükenmişlikleri, motivasyon eksikligi, rol karmasası ve is memnuniyeti konuları ele alınmalıdır.

Pratisyen hekimlerin rol karmasasını gidermek üzere birinci basamak saglik hizmetlerinin alkol kullanım sorunlarına (genel olarak mental saglikla ilgili) müdahaledeki yeri gerek ruh sagligi yasası, gerek genel saglik politikalarında yerini almalıdır.

9 Kaynaklar

- (1) World Health Organization. Global Status Report: Alcohol Policy. 2004. Geneva, World Health Organization.
- (2) Bendtsen P, Akerlind I. Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. *Alcohol and Alcoholism* 1999; 34(5):795-800.
- (3) Babor TF, Higgins-Biddle JC. Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction* 2000; 95(5):677-686.
- (4) Kaner EF, Heather N, Mcavoy BR, Lock CA, Gilvarry E. Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol* 1999; 34(4):559-566.
- (5) Anderson P, Kaner E, Wutzke S, Funk M, Heather N, Wensing M et al. Attitudes and managing alcohol problems in general practice: An interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. *Alcohol and Alcoholism* 2004; 39(4):351-356.
- (6) Johnson BA. Epidemiology of alcoholism. In: Johnson B, Ruiz P, Galanter M, editors. *Handbook of clinical alcoholism treatment*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2006: 2-9.
- (7) Jernigan DH. Global Status Report: Young People and Alcohol . 2001. Geneva, World Health Organization.
- (8) World Health Organization. A summary of global status report on alcohol. 2001. Geneva, World Health Organization.
- (9) Kendler KS, Gardner CO, Prescott CA. Religion, psychopathology, and substance use and abuse: A multimeasure, genetic-epidemiologic study. *American Journal of Psychiatry* 1997; 154(3):322-329.
- (10) Miller L, Davies M, Greenwald S. Religiosity and substance use and abuse among adolescents in the national comorbidity survey. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 2000; 39(9):1190-1197.
- (11) Balabanova D, Mckee M. Patterns of alcohol consumption in Bulgaria. *Alcohol and Alcoholism* 1999; 34(4):622-628.
- (12) Abou-Saleh MT, Ghubash R, Daradkeh TK. Al Ain Community Psychiatric Survey. I. Prevalence and socio-demographic correlates. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2001; 36(1):20-28.
- (13) Türkcan A. Türkiye'de alkol kullanımı ve bağımlılığının yaygınlığı üzerine bir gözden geçirme. *Türk Psikiyatri Dergisi* 1999;(10):310-318.

- (14) World Health Organization. World Health Organization Statistics, Alcohol Database: Adult pre capita alcohol consumption, Turkey. 2005. (www.who.int/whosis/alcohol).
- (15) Arikan Z, Çosar B, Isik A ve ark. Yari kentsel bir bölgede alkolizm prevalansi. Kriz Dergisi, III Sosyal Psikiyatri Sempozyumu Özel Sayisi Alkol ve Madde Bagimlilik 1996; 4(2):93-100.
- (16) Kiliç C. Türkiye Ruh Sagligi Profili Raporu . 1998. Ankara, T.C. Saglik Bakanligi.
- (17) Akvardar Y, Turkcan A, Yazman U, Aytaclar S, Ergor G, Cakmak D. Prevalence of alcohol use in Istanbul. Psychological Reports 2003; 92(3):1081-1088.
- (18) Ögel K, Tamar D, Ozmen E ve ark. Istanbul'da alkollü içki kullanma sikligi. 2006. www.yeniden.org.tr
- (19) Satman I, Yilmaz T, Sengul A, Salman S, Salman F, Uygur S et al. Population-based study of diabetes and risk characteristics in Turkey - Results of the Turkish Diabetes Epidemiology Study (TURDEP). Diabetes Care 2002; 25(9):1551-1556.
- (20) World Health Organization. WHO Global Status Report on Alcohol 2004. Country Profiles: Turkey. 2004. Geneva, World Health Organization.
- (21) Akvardar Y, Aslan B, Ekici B, Ögün E, Simsek T. Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dönem 2 öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanimi. Bagimlilik Dergisi 2001;(2):49-52.
- (22) Ögel K, Liman O. Gençlerde madde kullanım yayginligi. 2001. www.yeniden.org.tr
- (23) Akvardar Y, Demiral Y, Ergor G, Ergor A, Bilici M, Ozer OM. Substance use in a sample of Turkish medical students. Drug and Alcohol Dependence 2003; 72(2):117-121.
- (24) United Nations Office on Drug and Crime. Türkiye'de saglik hizmetleri, egitim ve toplumsal girisimle madde kullanımının önlenmesi: Madde kullanimi üzerine ulusal degerlendirme çalismasi. 2003. Ankara, United Nations Office on Drug and Crime.
- (25) Bisson J, Nadeau L, Demers A. The validity of the CAGE scale to screen for heavy drinking and drinking problems in a general population survey. Addiction 1999; 94(5):715-722.
- (26) Wei H, Derson Y, Shuiyan X, Li L, Zhong Y. Alcohol consumption and alcohol related problems: Chinese experince from six area samples, 1994. Addiction 1999;(94):1467-1476.
- (27) Assanangkornchai S, Saunders JB, Conigrave KM. Patterns of drinking in Thai men. Alcohol and Alcoholism 2000; 35(3):263-269.

- (28) Kraus L, Bloomfield K, Augustin R, Reese A. Prevalence of alcohol use and the association between onset of use and alcohol-related problems in a general population sample in Germany. *Addiction* 2000; 95(9):1389-1401.
- (29) Sadock BJ, Sadock VA. Alcohol-related disorders. In: Sadock BJ, Sadock VA, editors. *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins, 2003: 39-54.
- (30) Akvardar Y, Demiral Y, Ergor G, Ergor A. Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 2004; 39(6):502-506.
- (31) Sözen S, Tüzün B, Fincanci SK. Correlation of traffic accident and alcohol concentration. *Journal of Traffic Medicine* 2000;(27):91-96.
- (32) Kalkan S, Cevik AA, Cavdar C, Aygoren O, Akgun A, Ergun N et al. Acute methanol poisonings reported to the drug and poison information center in Izmir, Turkey. *Veterinary and Human Toxicology* 2003; 45(6):334-337.
- (33) Elif A, Akgür SA, Öztürk P, Sen F. Fatal poisonings in the Aegean Region of Turkey. *Veterinary and Human Toxicology* 2003;(45):106-108.
- (34) Babor TF H-BJC. Brief intervention for hazardous and harmful drinking. 2001. World Health Organization.
- (35) Fleming MF. Screening for at risk, problem, and dependent alcohol use. In: Reid K.Hester, William R.Miller, editors. *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches:Effective Alternatives* . Boston: Pearson Education, Inc. 2003: 64-77.
- (36) Amerikan Psikiyatri Birliği. *Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması Elkitabı* . 2000'den çeviren Köroğlu E, editor. Yeniden gözden geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington CD. 2001. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.
- (37) World Health Organization. *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Diagnostic Criteria for Research*. 1993. Geneva, World Health Organization.
- (38) Anderson P, Kaner E, Wutzke S et al. Attitudes and managing alcohol problems in general practice: Descriptive Analysis based on findings of a World Health Organization International Collaborative Survey . *Alcohol and Alcoholism* 2003;(38):597-601.
- (39) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. *Helping patients who drink too much A Clinician's Guide* . 2005 Edition. 2005. NIH Publication No. 05-3769, National Institute of Health
- (40) Hyman Z. Brief interventions for high-risk drinkers. *Journal of Clinical Nursing* 2006; 15(11):1383-1396.

- (41) Kahan M, Wilson L, Becker L. Effectiveness of Physician-Based Interventions with Problem Drinkers - A Review. *Canadian Medical Association Journal* 1995; 152(6):851-859.
- (42) Wilk AI, Jensen NM, Havighurst TC. Meta-analysis of randomized control trials addressing brief interventions in heavy alcohol drinkers. *Journal of General Internal Medicine* 1997; 12(5):274-283.
- (43) Fleming MF, Manwell LB. Brief interventions in primary care settings: A primary Treatment method for at risk, problem, and dependent drinkers . *Alcohol Research & Health* 1999; 23 (2):128-137.
- (44) Modestolowe V, Boornazian A. Screening and brief intervention in the management of early problem drinkers: Integration into health care settings. *Dis Manage Health Outcomes* 2007; 8(3):129-142.
- (45) Gul S, Akvardar Y, Tas G, Tuncel P. The diagnostic validity of screening tests and laboratory markers in alcohol use disorders. *Turk Psikiyatri Dergisi* 2005; 16(1):3-12.
- (46) Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monterio MG. *AUDIT The Alcohol Use Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care* . Second Edition. 2001. Geneva, World Health Organization.
- (47) Donovan DM, Kivlahan DR, Doyle SR, Longabaugh R, Greenfield SF. Concurrent validity of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) and AUDIT zones in defining levels of severity among out-patients with alcohol dependence in the COMBINE study. *Addiction* 2006; 101(12):1696-1704.
- (48) d'Onofrio G, Nadel ES, Degutis LC, Sullivan LM, Casper K, Bernstein E et al. Improving emergency medicine residents' approach to patients with alcohol problems: A controlled educational trial. *Annals of Emergency Medicine* 2002; 40(1):52-64.
- (49) Fleming MF, Barry KL, Manwell LB, Johnson K, London R. Brief physician advice for problem alcohol drinkers - A randomized controlled trial in community-based primary care practices. *Jama-Journal of the American Medical Association* 1997; 277(13):1039-1045.
- (50) Babor TF and Grant M. Project on identification and management of alcohol related problems. Report on Phase II: A randomized clinical trial of brief interventions in the primary health care setting 1992. World Health Organization.
- (51) Nick Heather. WHO Collaborative Project on Identification and Management of Alcohol-Related Problems in Primary Health Care. Report on Phase IV: Development of Country-Wide Strategies for Implementing Early Identification and Brief Intervention in Primary Health Care . Nick Heather, editor. 2006. Geneva, World Health Organization.

- (52) Babor TF, Grant M, Acuda W, Burns FH, Campillo C, Delboca FK et al. A Randomized Clinical-Trial of Brief Interventions in Primary Health-Care - Summary of A Who Project. *Addiction* 1994; 89(6):657-660.
- (53) World Health Organization. Development of Country-wide Strategies for Implementing Early Identification and Brief Alcohol Intervention in Primary Health Care Phase III. 2006. www.who-alcohol-phaseiv.net/phase%203.htm 22-12-2006.
- (54) Ockene JK, Wheeler EV, Adams A, Hurley TG, Hebert J. Provider training for patient-centered alcohol counseling in a primary care setting. *Archives of Internal Medicine* 1997; 157(20):2334-2341.
- (55) Hansen LJ, Olivarius N, Beich A, Barfod S. Encouraging GPs to undertake screening and a brief intervention in order to reduce problem drinking: a randomized controlled trial. *Fam Pract* 1999; 16(6):551-557.
- (56) Gomel MK, Wutzke SE, Hardcastle DM, Lapsley H, Reznik RB. Cost-effectiveness of strategies to market and train primary health care physicians in brief intervention techniques for hazardous alcohol use. *Soc Sci Med* 1998; 47(2):203-211.
- (57) Portney LG, Watkins MP. *Foundations of clinical research. Applications to practice* . Norwalk, Connecticut, Appleton&Lange, 1993; 651-667.
- (58) Campbell MJ, Julious SA, Altman DG. Estimating sample sizes for binary, ordered categorical, and continuous outcomes in two group comparisons . *British Medical Journal* 1995; 311:1145-1148.
- (59) dos Santos Silva I. *Cancer epidemiology: principles and methods*. Lyon, France, International Agency for Research on Cancer, 1999; 145-146.
- (60) Fleming MF, Mundt MP, French MT, Manwell LB, Stauffacher EA, Barry KL. Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcoholism-Clinical and Experimental Research* 2002; 26(1):36-43.
- (61) Anderson P, Cremona A, Paton A, Turner C, Wallace P. The risk of alcohol. *Addiction* 1993; 88(11):1493-1508.
- (62) Caetano R, Cunradi C. Alcohol dependence: a public health perspective. *Addiction* 2002; 97(6):633-645.
- (63) Caetano R, Tam T, Greenfield T, Cherpitel C, Midanik L. DSM-IV alcohol dependence and drinking in the US population: A risk analysis. *Annals of Epidemiology* 1997; 7(8):542-549.
- (64) Aalto M, Seppa K. At which drinking level to advise a patient? General practitioners' views. *Alcohol and Alcoholism* 2001; 36(5):431-433.

- (65) Aalto M, Pekuri P, Seppa K. Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. *Drug and Alcohol Review* 2003; 22(2):169-173.
- (66) Aalto M, Pekuri P, Seppa K. Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction* 2001; 96(2):305-311.
- (67) Roche AM, Stubbs JM, SansonFisher RW, Saunders JB. A controlled trial of educational strategies to teach medical students brief intervention skills for alcohol problems. *Preventive Medicine* 1997; 26(1):78-85.
- (68) Beich A, Gannik D, Malterud K. Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *British Medical Journal* 2002; 325(7369):870-872B.
- (69) Cape G, Hannah A, Sellman D. A longitudinal evaluation of medical student knowledge, skills and attitudes to alcohol and drugs. *Addiction* 2006; 101(6):841-849.
- (70) Seppa K, Aalto M, Raevaara L, Perakyla A. A brief intervention for risky drinking - analysis of videotaped consultations in primary health care. *Drug and Alcohol Review* 2004; 23(2):167-170.
- (71) El Guebaly N, Toews J, Lockyer J, Armstrong S, Hodgins D. Medical education in substance-related disorders: components and outcome. *Addiction* 2000; 95(6):949-957.
- (72) Kaner EF, Wutzke S, Saunders JB, Powell A, Morawski J, Bouix JC. Impact of alcohol education and training on general practitioners' diagnostic and management skills: findings from a World Health Organization collaborative study. *J Stud Alcohol* 2001; 62(5):621-627.
- (73) Roche AM, Freeman T. Brief interventions: good in theory but weak in practice. *Drug and Alcohol Review* 2004; 23(1):11-18.
- (74) Kaariainen J, Sillanaukee P, Poutanen P, Seppa K. Opinions of alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. *Alcohol and Alcoholism* 2001; 36(2):141-146.
- (75) Heather N. Where treatment and prevention merge: the need for a broader approach. *Addiction* 1997; 92 Suppl 1:S133-S136.
- (76) Akvardar Y, Unal B, Günay T, Kiran S, Bozabali Ö, Demiral Y. Empati Öğrenilebilir mi? Tıp Fakültesi Dönem 1 Öğrencilerinde İletişim Becerileri Kursunun Empatik Yanıt Verme Becerisi Üzerine Etkisi . *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2002;(3):167-172.
- (77) Walsh RA, Roche AM, Sanson-Fisher RW, Saunders JB. Interactional skills of students from traditional and non-traditional medical schools before and after alcohol education. *Medical Education* 2001; 35(3):211-216.

- (78) Aalto M, Pekuri P, Seppa K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. *Drug and Alcohol Dependence* 2002; 66(1):39-43.
- (79) Jossieran L, King G, Guilbert P, Davis J, Brucker G. Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. *European Journal of Public Health* 2005; 15(1):33-38.
- (80) Akvardar Y. Alkol ile iliskili bozukluklarin Epidemiyolojisi . *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi-Psikiyatri Alkol ve Madde Bagimlilik Özel Sayisi*, 2005;(47):5-9.
- (81) Akvardar Y, Türkcan A., Çakmak D. Doktorlar Arasında Madde Kötüye Kullanımı Bir Sorun mu?- Olgu Sunumu. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2002;(3):238-244.
- (82) Walsh RA, Sanson-Fisher RW, Low A, Roche AM. Teaching medical students alcohol intervention skills: results of a controlled trial. *Medical Education* 1999; 33(8):559-565.
- (83) Aalto M, Pekuri P, Seppa K. Implementation of brief alcohol intervention in primary health care: do nurses' and general practitioners' attitudes, skills and knowledge change? *Drug Alcohol Rev* 2005; 24(6):555-558.
- (84) Nilsen P, Aalto M, Bendtsen P, Seppa K. Effectiveness of strategies to implement brief alcohol intervention in primary healthcare - A systematic review. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2006; 24(1):5-15.
- (85) Kaner EF, Lock CA, Mcavoy BR, Heather N, Gilvarry E. A RCT of three training and support strategies to encourage implementation of screening and brief alcohol intervention by general practitioners. *Br J Gen Pract* 1999; 49(446):699-703.
- (86) Aalto M, Pekuri P, Seppa K. Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking during a 3-year brief intervention implementation project. *Drug and Alcohol Dependence* 2003; 69(1):9-14.
- (87) Andreasson S, Hjalmarsson K, Rehnman C. Implementation and dissemination of methods for prevention of alcohol problems in primary health care: A feasibility study. *Alcohol and Alcoholism* 2000; 35(5):525-530.

10 Ekler

10.1 EK 1 Anket formu

Sayın meslektasimiz, bu anketle saglik ocaginda günlük uygulamalarinizda karsilasma olasiliginiz olan riskli alkol kullanimi olan hastalarla ilgili bilgi, tutum ve davranislarinizin degerlendirilmesi amaçlanmaktadır. Asagidaki sorulara size en uygun gelen yanitlari veriniz. Zaman ayirdiginiz için tesekkür ederiz.

A1. Dogum yiliniz?

2. Cinsiyetiniz?

Erkek
Kadin

3. Kaç yildir pratisyen hekim olarak alisiyorsunuz?

yil

4. Hangi tip fakültesinden mezun oldunuz?

.....niversitesi Tıp Fakültesi

5. Alkol ve alkolle ilgili problemlerle ilgili mezuniyet öncesi eğitim gördünüz mü?

Hayir

Evet saat

6. Alkol ve alkolle ilgili problemlerle ilgili mezuniyet sonrasi eğitim gördünüz mü?

Hayir

Evet saat

7. Sigara içiyor musunuz?

? Hayir

?Evet.....adet/gün

? Iiyordum, biraktim.

8. Ne siklikla alkollü içecek kullaniyorsunuz?

?Hiç

?ayda bir ya da az

?ayda 2-4 kez

?haftada 2-3 kez

?haftada 4 ya da fazla

?kullandim, yil önce biraktim.

9. **Itiginiz bir günde** tkettiginiz ortalama alkol miktarı nedir? (*Miktari sadece en çok itiginiz tre göre belirtiniz*)

Miktar	Tr
_____	_____raki / votka / cin / viski
_____	_____bira
_____	_____sarap

10. Son 1 ayda bir oturusta tkettiginiz maksimum alkol miktarı nedir? (*Miktari itiginiz alkol trine göre belirtiniz*)

Miktar	Tr
_____	_____raki / votka / cin / viski
_____	_____bira
_____	_____sarap

11. Saglik ocaginda günde ortalama kaç hasta görüyorsunuz?hasta/gün

12. Tahmininize göre ortalama olarak hastalarinizin yüzde kaçında alkol kullanım bozukluğu (kötüye kullanım ya da bağimlilik) vardır?

%.....

B1. Erkeklerde alkol tüketiminin azaltılmasını gerektiren üst sınır nedir?

Lütfen kaydedin gram alkol / hafta

Ya da standart içki* / hafta

*1 standart içki= 1 küçük bira = 1 kadeh sarap = 1 tek raki, votka, cin gibi içkiler

B2. Erkeklerde alkol tüketiminin azaltılmasını gerektiren bir oturusta içilen alkol miktarı için üst sınır nedir?

Lütfen kaydedin gram alkol / bir kezde

Ya da standart içki* / bir kezde

*1 standart içki= 1 küçük bira = 1 kadeh sarap = 1 tek raki, votka, cin gibi içkiler

B3. Kadınlarda alkol tüketiminin azaltılmasını gerektiren üst sınır nedir?

Lütfen kaydedin gram alkol / hafta

Ya da standart içki* / hafta

*1 standart içki= 1 küçük bira = 1 kadeh sarap = 1 tek raki, votka, cin gibi içkiler

B4. Kadınlarda alkol tüketiminin azaltılmasını gerektiren bir oturusta içtiği alkol miktarı için üst sınır nedir?

Lütfen kaydedin gram alkol / bir kezde

Ya da standart içki* / kezde

*1 standart içki= 1 küçük bira = 1 kadeh sarap = 1 tek raki, votka, cin gibi içkiler

B5. Riskli alkol kullanımını belirlemek için bildiğiniz tarama ölçeklerini yazınız.

.....

B6. Riskli alkol kullanımını belirlemek için bildiğiniz biyokimyasal belirteçleri yazınız.

.....

B7-B14 arasındaki soruları senaryoya göre yanıtlayınız.

Bay R 54 yaşında, alt solunum yolu enfeksiyonuyla gelen bir hasta, yalnız yaşıyor, 4 yıldır sağlık ocagına ara sıra başvuruyor. Solunumla ilgili şikayetleri tekrarlamakta, son 12 ay içinde üçüncü gelisi. Yaklaşık 4 yıldır sigara içmiyor. Ancak içki içtiğini ve haftalık tüketiminin ortalama 20 bira ve bir sise votka olduğunu belirtiyor. Araştırmalar pnömoni olduğunu gösteriyor. Fizik muayenede karaciğeri büyümüş, yumusak, kosta kavsini 2 parmak geçiyor, ellerinde belirgin tremor var, kan basıncı 180/110 mmHg.

Bu hasta ile ilgili aşağıdakilerden hangileri yapılmalıdır? (Lütfen her soru için bir kutu işaretleyin).

B7. Altta yatan alkol problemi olasılığını ölçmek için alkol kullanımı ile ilgili bazı sorular sorulmalıdır.	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
B8. Alkolün sorunlarıyla ilişkili olduğu belirtilmelidir.	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
B9. Bay R'nin alkol tüketimi kişisel sağlık fişine kaydedilmeli ama bu seferlik alkol kullanımına ilişkin bir şey söylenmemelidir.	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
B10. Bay R'nin alkol tüketimi kişisel sağlık fişine kaydedilmeli ve alkol içmeyi azaltması önerilmelidir.	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
B11. Bay R'nin alkol tüketimi kişisel sağlık fişine kaydedilmeli ve alkol içmeyi tümüyle kesmesi önerilmelidir.	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
B12. Karaciğer enzimleri istenmelidir.	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
B13. Bay R'ye alkol kullanımı hakkında görüşmek üzere tekrar gelmesi söylenmelidir.	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

B14. Bay R içki içmesiyle ilgili bir uzmana/merkeze sevk edilmelidir.

E

H

C. Aşağıdaki önermeler için lütfen ne düşündüğünüzü uygun sayıyı daire içine alarak belirtiniz.

	Çok fazla katiliyorum	Oldukça katiliyorum	Biraz katiliyorum	Hiç katilmiyorum
1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde alkol kullanımı önemli bir konu değildir.	4	3	2	1
2. Hastaların alkol sorunları ile uğraşmak için vaktim yok.	4	3	2	1
3. Sağlığı korumak doktorların değil, hastaların sorumluluğudur.	4	3	2	1
4. Alkol sorunu yaşayan hastalara yardım etmek bosa vakit harcamaktır.	4	3	2	1
5. Alkol tüketimi hakkında hastalara soru sormak uygun değildir, çünkü kişiye alkol problemi olduğunu söylemek, onları alkolik olma ile suçlama olarak görülebilir.	4	3	2	1
6. Hastalarla alkol kullanımı hakkında konuşmak bana zor gelir.	4	3	2	1
7. Asiri alkol tüketiminin asikar belirtileri olmayan riskli içicileri tanımak zordur.	4	3	2	1
8. Hastalar alkol kullanımına ilişkin önerileri yerine getirmezler ve davranışlarını değiştirmezler.	4	3	2	1
9. Doktorların kendileri alkole karşı liberal tutum gösterirler.	4	3	2	1
10. Alkol tüketimleri hakkında soru sormam hastalarımı kızdırır.	4	3	2	1

D1-D8 arasındaki soruları senaryoya göre yanıtlayınız.

Bay M, 48 yaşında, bekar, yalnız yaşamakta, daha önce birkaç kez sağlık ocağına başvurusu olan bir hasta. Uyuduktan 3-4 saat sonra uyanıp tekrar uykuya dalmakta güçlük çekiyor. Ayrıca zaman zaman olan mide yanması yakınması için eczacının önerdiği ilaçları kullanmakta. Sorulunca yaklaşık dört yıl önce sigarayı bıraktığını, içki içtiğini belirtmekte. Anamnezde başka göze çarpan bir özellik bulunmamakta.

Fizik muayenede hasta, orta derecede obez, düzgün temiz giyimli. Nabiz 88/dak, ritmik. Kan basıncı 144/94 mmHg. Solunum hızı 20/dak. Fizik muayenede diğer bulgular normal.

Eğer bu hastanın hekimi siz olsanız, aşağıdakilerden hangilerini yaparsınız? (Lütfen her soru için bir kutu işaretleyin).

D1. Altta yatan alkol problemi olasılığını ölçmek için alkol kullanımı ile ilgili bazı sorular sorarım.	Evet	<input type="checkbox"/>	Hayır	<input type="checkbox"/>
D2. Alkolün bazı sorunlarıyla ilişkili olduğunu belirtirim.	E	<input type="checkbox"/>	H	<input type="checkbox"/>
D3. Bay M'nin alkol tüketimini kişisel sağlık fisine kaydederim ama bu seferlik alkol kullanımına ilişkin bir şey söylemem.	E	<input type="checkbox"/>	H	<input type="checkbox"/>
D4. Bay M'nin alkol tüketimini kişisel sağlık fisine kaydederim ve alkol	E	<input type="checkbox"/>	H	<input type="checkbox"/>

içmeyi azaltmasını öneririm.			
D5. Bay M'nin alkol tüketimini kişisel sağlık fisine kaydedirim ve alkol içmeyi tümüyle kesmeyi öneririm.	E	<input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
D6. Karaciğer enzimlerini isterim	E	<input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
D7. Bay M'ye alkol kullanımı hakkında görüşmek üzere tekrar gelmesini söylerim.	E	<input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>
D8. Bay M'yi içki içmesiyle ilgili bir uzmana/merkeze sevk ederim	E	<input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>

D9. Son 3 ay içinde hastalarınızın alkol tüketimleriyle ilgili endişeniz nedeniyle kaç kez kan tahlili istediniz?
.....kez

D10. Son 3 ay içinde alkolle ilişkili sorunları olan kaç hastaya yardımcı oldunuz?hasta

E1. Alkol kullanım sorununa tanı koymakta kendinize ne kadar güveniyorsunuz? Uygun sayıyı daire içine alarak belirtiniz

1 2 3 4 5
güvenmiyorum çok güveniyorum

E2. Alkol kullanım sorununu tedavi etmede kendinize ne kadar güveniyorsunuz? Uygun sayıyı daire içine alarak belirtiniz

1 2 3 4 5
güvenmiyorum çok güveniyorum

E3. Aşağıda belirtilen her bir önermenin sizi kişisel olarak, riskli alkol tüketimi için hastalarınıza erken müdahale yapmaya ne düzeyde teşvik edeceğini uygun yanıtı daire içine alarak belirtiniz.

	Çok fazla teşvik eder	Oldukça teşvik eder	Biraz teşvik eder	Hiç teşvik etmez
a. Sağlık eğitimiyle toplumun alkol konusunda daha duyarlı hale gelmesi	4	3	2	1
b. Hastaların alkol tüketimleri hakkında soru sormaları, öneri istemeleri	4	3	2	1
c. Hızlı ve kolay tarama testlerinin varlığı	4	3	2	1
ç. Hızlı ve kolay danışmanlık materyallerinin varlığı	4	3	2	1
d. Riskli alkol kullanımı için müdahale eğitimi verilmesi	4	3	2	1
e. Hastaları sevk edecek uygun kurumların ve sevk zincirinin olması	4	3	2	1

E4. Eğer farklı düşüncelerinizi, anket hakkında düşüncelerinizi bildirmek, alkol sorunlarının başka yönlerini ifade etmek isterseniz lütfen aşağıdaki boşluğu kullanın.

10.2 EK 2 AUDIT

Alkol, sagliginizi etkileyebilir ve bazı ilaçlarla etkilesebilir. Bu nedenle alkol kullaniminiz hakkında bazı sorular sormamiz önemlidir. Yanitlariniz gizli kalacaktır, lütfen dürüst olarak yanitlayin. Sizin için uygun seçeneği içeren kutuya X isareti koyun.

Sorular	0	1	2	3	4	
1. Ne siklikla alkollü cecek kullaniyorsunuz?	Hiç	Ayda 1 veya daha az	Ayda 2–4 kez	Haftada 2–3 kez	Haftada 4 veya daha fazla	
2. Alkol aldiginiz bir günde kaç standart içki içersiniz? (1 standart içki = 1 küçük bira = 1 kadeh sarap =1 tek raki = 1 tek votka)	1–2	3–4	5–6	7–9	10 ve zeri	
3. Ne siklikla bir oturusta 5 standart içki veya daha fazla içiyorsunuz?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Her gün veya hemen her gün	
4. Getigimiz yil, ne siklikla , bir kez içmeye basladıktan sonra içki içmeyi kesemediginiz olmuştur?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Her gün veya hemen her gün	
5. Getigimiz yil içinde, ne siklikla , normal olarak sizden beklenenleri içki içmeniz nedeniyle yerine getiremediniz?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Her gün veya hemen her gün	
6. Getigimiz yil, ne siklikla , çok fazla içki içmenin ardından sabah kendinize gelmek için içki içmeye ihtiyaciniz oldu?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Her gün veya hemen her gün	
7. Getigimiz yil, ne siklikla , içki içtikten sonra suçluluk veya pismanlik duydunuz?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Her gün veya hemen her gün	
8. Getigimiz yil, ne siklikla , içki içmeniz nedeniyle , gece neler oldugunu, ertesi gün hatirlayamadiginiz olmuştur?	Hiç	Ayda birden az	Ayda bir	Haftada bir	Her gün veya hemen her gün	
9. Siz veya bir baskasi sizin içki içmeniz nedeniyle yaralandi mi?	Hayir		Evet, fakat geçen yil içinde degil		Evet, geçen yil içinde	
10. Bir yakininiz, arkadasiniz, doktor veya saglik personeli içki imenizle ilgili endiselendi mi veya azaltmanizi önerdi mi?	Hayir		Evet, fakat geçen yil içinde degil		Evet, geçen yil içinde	
					Toplam	

10.3 EK 3 ALKOL KULLANIM ÖYKÜSÜ VE KISA MÜDAHALE

(Videoda örnek hasta görüşmesi)

Hedef: Alkol kullanım öyküsünün alınması ve riskli alkol kullanımıyla ilgili kısa müdahale yapılması

Doktor yönergesi

Hipertansiyon nedeniyle kullandığı ilaçları yazdırmak üzere sağlık ocasına sık başvurusu olan hastanın tansiyonu ilaç tedavisine karşın düzenli değil. Ayrıca baş ağrısı ve midede yanma hissi yakınmaları var.

D: Son zamanlarda tansiyonunuz hep yüksek seyrediyor. Ayrıca baş ağrısı ve midenizde yanma olduğunu söylemistiniz.

H: Evet. İlaçlarımı almama rağmen tansiyonum düşmüyor. Bazen çok yükseliyor, basım agridiğinde anlıyorum.

D: Sigara kullanımı, yemek yeme alışkanlıkları gibi alkolde bu yakınmalara neden olabilir. Şimdi size alkol kullanımınızla ilgili bazı sorular sormak istiyorum:

Bira, sarap, raki, votka gibi alkollü içecekler içiyor musunuz?

H: Evet. Alkol alınca daha rahat hissediyorum.

ALKOL KULLANIM ÖZELLİKLERİ

(Riskli kullanımı belirlemek üzere)

D: Geçen yıl içinde kaç kez bir gündeiçki içtiniz?

5 ya da daha fazla

4 ya da daha fazla

(erkekler için)

(kadınlar için)

H: Ayda en az bir kez içmişimdir.

D: Ortalama olarak haftada kaç gün içki içiyorsunuz?

H: 4 ya da 5 gün.

D: İçtiğiniz bir günde ortalama kaç içki içiyorsunuz?

H: 3 bira ya da bir ufak rakinin yarısını içiyorum.

ALKOL KÖTÜYE KULLANIMI

(rol basarisizligi)

D: Son bir yıl içinde alkol içmekten hasta olduğunuz ya da alkol içmenizin evinize, ailenize bakmanızı engellediği bir dönem oldu mu?

H: Esimle alkol içmemle ilgili sık tartışırız. Çocuklarla ilgilenmediğimi söylüyor.

D: Alkol içmeniz iş sorunlarına yol açtı mı? (Okul sorunlarına neden oldu mu?)

H: Çok içtiğimde işe geç kaldığım ya da sabah çalışamadığım zamanlar olmuştur.

(zarar görme riski)

D: İçerken ya da çok fazla içtikten sonra araba ya da başka araç kullandığınız birden fazla durum oldu mu?

H: Araba kullanmıyorum.

D: İçerken ya da içtikten sonra yaralanma olasılığınızı artıran durumlarda, örneğin; yüzmek, araç kullanmak, ya da tehlikeli bir bölgede, yoğun trafikte yürümek gibi bulundunuz mu?

H: Genellikle evde içiyorum, içtikten sonra dışarı pek çıkmam.

(yasalara karşı gelmek)

D: İçki içmeniz nedeniyle tutuklanma, karakolda gözaltına alınma ya da başka yasal sorun yaşadınız mı?

H: Hayır.

(iliski sorunlari)

D: Aileniz ya da arkadaşlarınızla sorun yarattığını bilmenize karşın alkol içmeye devam ettiniz mi?

H: Esimle bu konuda sık tartıştığımızı söylemistim.

D: İçerken ya da hemen içtikten sonra fiziksel kavgaya girdiniz mi?

H: Hayır.

ALKOL BAĞIMLILIGI

(Tolerans)

D: Son bir yıl içinde daha önce istediğiniz etkiyi aldığınız miktardan daha fazla içmeniz gerektiği oldu mu? (ya da) her zaman içtiğiniz miktarın daha az etki göstermesi oldu mu?

H: Hayır.

(Yoksunluk)

D: Alkolün etkileri yok olmaya başladığında, uyku sorununuz oldu mu? Titreme? Sinirlilik? Bulantı? Terleme ya da kalp çarpıntısı oldu mu? Etrafinizdeki şeylerin gerçek olmadığını hissettiniz mi? Nöbet geçirdiniz mi?

H: Hayır.

D: Aksamdan kalma halinizi gidermek için içki içtiğiniz veya başka bir madde ya da ilaç (acı kesiciler dışında) kullandığınız oldu mu?

H: Hayır.

Kontrolün bozulması

D: Bir kereden daha fazla alkolü bırakmayı ya da azaltmayı istediniz mi?

(ya da) Bir kereden daha fazla alkolü kestğiniz veya azalttığınız ama sürdüremediğiniz oldu mu?

H: Bırakmayı hiç denemedim.

(Tasarlanandan daha fazla ya da daha uzun süre alkol alımı)

D: İçmek istediğinizden daha fazla içtiğiniz zamanlar oldu mu?

(ya da) Tasarladığınızdan daha uzun süre içmeyi sürdürdüğünüz oldu mu?

H: Hayır.

(Aktivitelerin ihmal edilmesi)

D: Alkol içmek için, sizin için önemli, ilginç olan ya da size haz veren aktiviteleri azalttığınız ya da vazgeçtiğiniz oldu mu?

H: Eskiden daha çok sinemaya, tiyatroya giderdik.

D: Alkol içmek için çok fazla zaman harcadığınız bir dönem oldu mu?

(ya da) **Hastalandığınız ya da içmenin sonraki etkilerinin geçmesi için çok zaman harcadığınız bir dönem oldu mu?**

H: Hayır.

D: Üzüntülü ya da kaygılı hissetmenize neden olmasına karşın alkol içmeyi sürdürdünüz mü?

(ya da) **Sağlık sorunlarına neden olduğunu ya da onları kötülestirdiğini bilmenize karşın içmeyi sürdürdüğünüz oldu mu?**

(ya da) **Film kopması (blackout) yasadikten sonra içmeyi sürdürdünüz mü?**

H: Hayır

SONUÇ ve ÖNERİ:

D: Konuştuklarımızı size özetlemek istiyorum. Ortalama olarak haftada **20-22** st. içki içiyorsunuz. Bu güvenli sınırı (14 st. içki/hafta) asıyor. Alkol kendinizi daha rahat hissetmenizi sağlıyor, ancak fiziksel sağlığınıza etkiliyor, tansiyonunuzu tedavi edemiyoruz, midenizde yanma oluyor. Ayrıca alkol isinizde, aile ilişkilerinizde sorunlara neden olmakta. Daha önce keyifle yaptığınız sinemaya, tiyatroya gitmek gibi aktiviteleri yapmaz olmuştunuz. Bunlar doğru değil mi?

H: Evet, haklısınız. Alkol son yıllarda sorun yaratmaya başladı.

D: Alkol miktarını azaltmanızı öneririm. Gelecekte daha büyük sorunlar yaşamamak için mutlaka azaltmanız gerekli.

MOTİVASYON:

D: Siz bu konuda, alkol kullanımınızla ilgili ne yapmak istersiniz? Değişiklik yapmayı istiyor musunuz?

H: Daha az içersem sorunlar büyük ölçüde hallolur sanırım.

EYLEM PLANI ÜZERİNDE UZLASIN:

D: Azaltmayı denemek için hazır mısınız?

- düşük-riskli içme sınırlarını (hastanın sağlık durumuna göre) önerin
- hedef belirlemesine yardım edin; bir süre için içmemek, miktarı azaltmak gibi.

D: Haftada 14 st. içkinin üzerine çıkmamanız lazım. Kendinize bir içme hedefi belirlemeye hazır mısınız? Bazı hastalar bir süre için içmemeyi seçerler, bazıları içtikleri miktarı sınırlamayı tercih ederler. Sizin için en iyisinin hangisi olacağını düşünüyorsunuz?

- eğitim materyalleri sağlayın ve hastaya anlatın:

D: Bu broşürlerdeki bilgiler azaltma nedenleri hakkında düşünmenize, hangi durumlarda asiri içtiğinizi incelemenize yardımcı olacak ve hedefinize ulaşmada ipuçları sağlayacaktır. Sizden bu konuda düşünmenizi ve ailenizle, arkadaşlarınızla konuşmanızı isteyeceğim. Size esinizle birlikte planlarınızı konuşmak üzere randevu vereceğim. Sizin için de uygun mu?

H: Tabii. Ne zaman gelelim?

D: Bir hafta sonra görüşelim.

H: Tesekkürler. Hoşça kalın.

10.4 EK 4 Rol oynama yönteminde kullanılan olgu örnekleri

OLGU 1.

Hasta Yönergesi:

67 yasinda, erkek, emekli avukat. Hipertansiyonunuz var. Çarpinti, gögüs agrisi yakinmasi ile saglik ocagina basvurdunuz. Yapilan tetkiklerde EKG'de belirgin bir patoloji yok, GGT hafif yüksek. Her gün bir duble raki içiyorsunuz, bazi günler iki duble olabiliyor. Yasantinizda belirgin bir sorun yok.

Doktor yönergesi:

67 yasinda, erkek, emekli avukat. . Hipertansiyonu var. Çarpinti, gögüs agrisi yakinmasi ile saglik ocagina basvurdu. Yapilan tetkiklerde EKG'de belirgin bir patoloji yok, GGT hafif yüksek. Alkol kullanimina iliskin öykü alarak kısa müdahalede bulununuz.

OLGU 2

Hasta Yönergesi

45 yasinda, kadin, emekli öğretmen, bosanmis, yalniz yasiyorsunuz. Uykusuzluk, yasamdan zevk almama, bas agrisi yakinmalariyla basvuruyorsunuz. Hemen her gün günde 2 bira ya da 3-4 kadeh sarap içiyorsunuz. Özellikle bosanma ertesinde alkol aliminizin attigini düşünüyorsunuz.

Doktor yönergesi

45 yasinda, kadin, emekli öğretmen, bosanmis, yalniz yasiyor. Uykusuzluk, yasamdan zevk almama, bas agrisi yakinmalariyla basvuruyor. Alkol kullanimina iliskin öykü alarak önerilerde bulunun.

10.5 EK 5 ALKOL KULLANIM ÖYKÜSÜ VE KISA MÜDAHALE

EGITIM REHBERI

Amaç: Alkol kullanım öyküsünün alınması ve riskli alkol kullanımıyla ilgili kısa müdahale yapılması konusunda beceri kazanmak

Basamaklar	+	+/-	-
Uygun bir şekilde konuya girmek			
Alkol kullanım özellikleri Geçen yıl kaç kez bir günde 4/5 içki Haftada kaç gün Günde ortalama kaç içki (AUDIT sonucu)			
Alkol kötüye kullanımı Rol başarısızlığı Zarar görme riski Yasalara karşı gelme İlişki sorunları			
Alkol bağımlılığı Tolerans Yoksunluk İçme sınırlarında kalamama Azaltamama ya da bırakamama Alkol içmeyle çok vakit harcama Diğer konularda daha az zaman harcama Sorunlara rağmen içmeyi sürdürme			
Sonuç			
Öneri			
Motivasyon			
Hedef oluşturma			
Plan yapma			
Eğitim broşürlerinin tanıtımı			
İzleme			

10.6 EK 6 Etik Kurul raporu