



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**AİLE HEKİMLİĞİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN ALKOL VE MADDE
KULLANIM BOZUKLUKLARI KONUSUNDA BİLGİ VE TUTUMLARININ
DEĞERLENDİRİLMESİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Uysan ÖZTÜRK

Ankara,2015

ÖNSÖZ

Meslek hayatımın önemli bir basamağı olan uzmanlık eğitimime başladığım daha ilk günden buyana desteklerini hep hissettiğim, engin bilgi ve tecrübeleri ile yolumu aydınlatan değerli hocalarım Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı Başkanı Sayın Doç. Dr. Mehmet UĞURLU ve Aile Hekimliği Kliniği Eğitim Sorumlusu Sayın Doç. Dr. Yusuf ÜSTÜ'ye,

Eğitim sürecinin planlanması ve yürütülmesinde sorunlarımızla yakından ilgilenen, değerli katkılarından dolayı başta tez danışmanım Yrd. Doç. Dr. Furkan DAĞCIOĞLU olmak üzere Yrd. Doç. Dr. Tuncer KILIÇ, Yrd. Doç. Dr. Ahmet KESKİN, Başasistan Uzm. Dr. İrep KARATAŞ ERAY ve Başasistan Uzm. Dr. Aylin BAYDAR ARTANTAŞ'a,

Uzmanlık eğitimine birlikte başladığım, her anında yanımda olan, arkadaştan öte kardeşim olan Dr. Berkay Ölmez'e ve bütün Aile Hekimliği asistanı meslektaşlarıma,

Çalıştığım rotasyonlarda bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım sevgili hocalarım, uzman ve asistan meslektaşlarım, ebe, hemşire ve tüm sağlık personeline,

Bu günlere gelmemde en büyük pay sahibi olan, maddi ve manevi bütün desteği ile hep arkamda olan başta canım annem, babam, kardeşlerim olmak üzere geniş aileme,

Ve bu süreçte her daim sabrı, sevgisi, desteği ile yanımda olan, varlığı ile beni sonsuz mutlu ve huzurlu hissettiren güzel eşim Hülya ÖZCAN ÖZTÜRK'e,

Sevgi, saygı ve teşekkürlerimi sunarım.

Dr. Uysan ÖZTÜRK

Ankara, 2015

ÖZET

Giriş ve Amaç: Alkol ve madde kullanım bozukluklarıülkemiz gibi gelişmekte olan toplumları daha çok etkilemekle birlikte tüm dünyada önemli bir toplum sağlığı problemidir. Birinci basamakta riskli kullanıcıların belirlenmesi ve yapılacak kısa müdahalelerle bağımlılık büyük oranlarda engellenebilmektedir. Bu araştırma Ankara İl Merkezinde bulunan eğitim ve araştırma hastanelerinde görev alan aile hekimliği araştırma görevlilerinin alkol ve madde kullanım bozuklukları konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmıştır.

Gereç ve Yöntem: Çalışmaya Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde görev yapan 144 Aile Hekimliği Araştırma Görevlisi dâhil edilmiştir. Hekimlere alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi düzeyi ve tutumlarını değerlendirmek üzere 37 soruluk bir anket uygulanmıştır. Çalışmamızda elde edilen veriler SPSS for Windows 20,0 Programı kullanılarak analiz edilmiştir. Niteliksel verilerde gruplar arası farklılıklar incelenirken StudentT, OneWayAnova, Mann Withney-U, Spearman korelasyon analiz, Pearson korelasyon analizi, Kruskal -Wallis testleri kullanılmıştır. Sonuçlar yorumlanırken anlamlılık düzeyi olarak; $p < 0,05$ alınmıştır.

Bulgular: Araştırmamıza toplam 144 hekim katılmış olup, %38,9'sı (n=56) erkek, %61,1'i (n=88) kadındır. Araştırmamıza katılan hekimlerin %91,7'si (n=132) Aile Hekimliği Asistanı olmadan önce başka bir kurumda görev yapmış; %8,3'i (n=12) ise Aile Hekimliği Asistanı olmadan önce başka bir kurumda görev yapmamıştır. Araştırmamıza katılan Aile Hekimliği araştırma görevlilerinin %28,4'ü (n=41) günlük ortalama 21-40 hasta, %25,6'sı (n=37) günlük ortalama 41-60 hasta, %27,7'si (n=40) günlük ortalama 61-80 hasta baktıklarını ifade etmişlerdir. Araştırma anketimizi cevaplayan hekimlerin %12'si (n=17) daha önce bağımlılık merkezinde çalıştığını belirtmiştir. Araştırmamıza katılan hekimler alkol ve madde kullanım bozukluğu hastaları ile günlük pratiklerinde karşılaşma sıklıklarını %45,8'i (n=66) yılda 3-4 kez, %30,6'sı (n=44) ayda 3-4 kez olarak belirtmişlerdir. Hekimlerin %49'u (n=70) hastalarına günlük pratiklerinde muayene sırasında sigara kullanımlarını sıklıkla sorguladıklarını belirtirken bu oran alkol kullanımı için %26 (n=38), madde kullanımı için %17'dir (n=24). Araştırma anketimizin hekimlerin bilgi düzeyini ölçmeye yönelik olarak

sorulan “ICD-10 tanı kriterlerine göre alkol ve madde kullanım bozukluğu tanıları koyabiliyor musunuz?” sorusuna %25’i (n=36) Evet, %75’i (n=108) Hayır cevabı vermiştir. Anketimize katılan 144 hekimin bilgi düzeyi sorularına verdiği doğru cevapların ortanca değeri 100 (yüz) üzerinden 50,00 (Min:6,25 Maks:81,25) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda hekimlerin alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi düzeylerinin yaş gruplarına göre değerlendirilmiş olup, yaş grupları arasındaki alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi düzeyi farkı istatistiksel olarak anlamlıdır (p=0,04). 31-35 yaş aralığındaki hekimlerin 36-40 yaş aralığındaki hekimlere kıyasla alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi düzeyi açısından daha geride olduğu görülmüştür. Çalışmamızda bağımlılık merkezinde çalışmış olan hekimlerin, alkol ve madde kullanım bozuklukları açısından bağımlılık merkezinde çalışmayan hekimlerden daha bilgili olduğu görülmüştür.

Sonuç: Aile hekimlerinin alkol ve madde bağımlılığı konusunda aktif rol alabilmeleri için öncelikle bu konuda bilgi donanımları yeterli düzeyde olmalıdır. Bunun sağlanabilmesi için Tıp Fakültesi müfredatında yeterli oranda, beceriye dayalı ve kapsamlı olarak alkol ve madde bağımlılığı üzerine eğitimler yer almalıdır. Bu eğitimler mezuniyet sonrası ve hizmet içi eğitimlerle desteklenerek sürekli hale getirilmelidir. Herhangi bir sebeple başvuruda alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalar başvuru anında tespit edilmeli, riskli içicilik düzeyi belirlenmeli, ilgili organik bir patoloji tespit edildiyse tedavisi düzenlenmeli ya da ilgili bölümlere konsülte edilerek tedavisi düzenlenmelidir. Madde kullanıma yaklaşık her dört kişiden üçünün madde kullanımına yirmi yaş altında başladığı gösterilmiştir. Aile hekiminin madde kullanımını için risk kabul edilen ergenlik dönemindeki nüfusunu tanıması ve erken dönemde oluşabilecek değişiklikleri fark etmesi önem taşır. Aile hekimleri alkol ve madde bağımlılığı konusunda kendi nüfuslarına yönelik koruyucu hizmet sunabilecek bilgi ve beceriye sahip olmalıdırlar. Madde kullanımına yönelik anamnezi alıp tarama sorularını bilmeli, bağımlı hasta ve yakınları ile iletişim kurabilmeli, hastayı tedaviye yönlendirmeli ve takibini yapabilmelidir.

Anahtar Kelimeler: Alkol, Madde, Bağımlılık, Aile Hekimliği, Anket çalışması

ABSTRACT

Objectives: Alcohol and substance use disorders are major public health problems all over the world and effects mostly developing countries as our country. Dependence can be largely prevented by identification of risky users and brief interventions in primary care. This study was conducted to determine the knowledge and attitude about alcohol and substance use disorders among family medicine trainees who works in training and research hospitals located in the city center of Ankara.

Methods: 144 Family Medicine trainees who works in Ankara Atatürk Training and Research Hospital, Ankara Numune Training and Research Hospital, Keçiören Training and Research Hospital, Dışkapı Training and Research Hospital and Ankara Training and Research Hospital were included to our study. A survey which consists of 37 questions has been applied to the physicians in order to assess their knowledge and attitude about alcohol and substance use disorders. The data which obtained from the survey were analyzed using SPSS for Windows v.20 software package. For examining the differences between the groups in quantitative data, Kruskal–Wallis, Pearson, Student T, One Way Anova, Mann Withney-U, Spearman tests were used. The results are interpreted as the level of significance; $p < 0,05$.

Results: 61.1% (n=88) of the 144 physicians participated in the study were female, 38.9% (n=56) were male. 91.7% (n=132) of physicians participated in the study had worked at another institution before working as a trainee whereas 8.3% (n=12) of them hadn't worked in any institution. According to their declaration, 28.4% (n=41) of the trainees had daily 21-40 patients, 25.6% (n=37) had daily 41-60 patients, 27.7% (n = 40) had daily 61-80 patients on average. 12% of physicians (n=17) said that they have previously worked in an addiction center. The frequency of encounters with alcohol and substance use disorder patients were 3-4 times per year in 45,8% (n=66) of physicians and 3-4 times per month in 30,6 % (n=44) of physicians. The ratio of physicians who frequently asks their patient about smoking was 49% (n=70) whereas the same ratio for alcohol consumption was 26% (n=38) and 17% (n=24) for substance use. 25% (n=36) of physicians declared that they could diagnose alcohol and substance use disorders according to the ICD-10 diagnostic criteria, on the other hand 75% (n=108) of them specified that they could not. The mean level of correct answers was 50 (Min:6,25 Max:81,25) over 100 for the questions of knowledge about alcohol and substance use disorders. In our study, knowledge related to alcohol and substance abuse disorders among

physicians were compared with age groups and the difference of information level about alcohol and substance abuse disorders between age groups was statistically significant($p=0,04$). Physicians in the 31-35 age range were behind the physicians in the 36-40 age range in terms of knowledge level about alcohol and substance use disorders. In our study, the physicians who worked in the addiction center were found to be more informed than the others who did not worked in these centers in terms of alcohol and substance use disorders.

Conclusion:In order to take an active role of family physicians about alcohol and substance use disorders, they must have sufficient knowledge about this subject first. To achieve this, skill-based, comprehensive training should take place in Medical Faculty curriculum about the alcohol and substance use disorders. These trainings should be continuous trainings and supported by after graduation and in-service trainings. In the application for any reason, patients who abuse alcohol and substances should be identified at admission, risky drinking levels should be determined, if there is any related organic pathology, therapy should be organized or treatment should be regulated by relevant departments consulted. Nearly three out of every four people with substance abuse, has been shown to begin substance use under twenty years of age. The family physician should recognize adolescent population who accepted as risk group for substance abuse and it is important to recognize changes which may occur at an early stage. Family physicians should have the knowledge and skills to provide protective services for its own population about alcohol and substance use disorders. Family physicians should also take the history of substance use, should know the screening questions, be able to communicate with dependent patients and their relatives, should refer the patient to treatment and must be able to follow the patient.

Keywords: Alcohol, Substance, Dependence, Family Medicine, Survey

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ.....	i
ÖZET.....	ii
ABSTRACT.....	iv
İÇİNDEKİLER.....	vi
KISALTMALAR.....	ix
TABLO DİZİNİ.....	x
ŞEKİL DİZİNİ.....	xi
1. GİRİŞ.....	1
2. GENEL BİLGİLER.....	3
2.1. Tanımlar.....	3
2.1.1. Bağımlılık.....	3
2.1.2. Kötüye kullanım.....	3
2.1.3. Sorunlu kullanım.....	3
2.1.4. Addiction (Tiryakilik).....	3
2.1.5. Brief Intervention (Kısa Müdahale).....	3
2.2. Alkol Kullanımının Tarihçesi.....	3
2.3. Alkol Kullanım Bozukluğu.....	4
2.4. Alkol Bağımlılığının Tanımı.....	6
2.5. Madde Kullanımının Tarihçesi.....	8
2.6. Madde Kullanım Bozukluğu.....	10
2.7. Madde Kullanım Bozukluğu Tanımı.....	12

2.8.DSM-5’te madde kullanımıyla ilgili bozukların sınıflandırılmasında yapılan değişiklikler.....	13
2.9. Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları Tedavisi.....	14
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	15
3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri.....	15
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	15
3.3. Araştırmanın Veri Kaynakları.....	15
3.4. Veri Toplama Yöntemi.....	16
3.5. Çalışmada Kullanılan Değişkenler.....	16
3.6. İstatistiksel Analiz.....	16
4. BULGULAR.....	17
4.1. Hekimlerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri.....	17
4.1.1. Aile Hekimliği Asistanı Olmadan Önce Başka Yerde Görev Yapanların Sayısı... 18	
4.1.2. Aile Hekimliği Asistanlığından Önce Görev Yapılan Kurumlar.....	18
4.2. Hekimlerin Günlük Ortalama Baktıkları Hasta Sayısı.....	18
4.3. Hekimlerin Bağımlılık Merkezinde Çalışma Durumları.....	19
4.4. Hekimlerin Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Olan Hastalarla İle Karşılaşma Sıklıkları.....	19
4.5. Hekimlerin Muayene Sırasında Hastalarına Sigara Kullanımlarını Sorma Alışkanlıkları.....	20
4.6. Hekimlerin Muayene Sırasında Hastalarına Madde Kullanımlarını Sorma Alışkanlıkları.....	21
4.7. Hekimlerin ICD-10 Tanı Kriterlerine Göre Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları Tanısı Koyma Becerileri.....	21

4.8. Hekimlerin Anketteki Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları İle İlgili Bilgi Düzeylerini Ölçen Sorulara Verdiği Yanıtların Değerlendirilmesi.....	24
4.8.1. Hekimlerin Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Değerlendirilmesi.....	24
4.8.2. Hekimlerin Bağımlılık Merkezinde Çalışma Durumlarıyla Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	25
4.8.3. Aile Hekimliği Alanında Çalışma Süreleri İle Hekimlerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	26
4.8.4. Mezuniyet Sonrası Geçen Sürelere Göre Hekimlerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	26
4.8.5. Hekimlerin Aile Hekimliği Asistanı Olmadan Önce Çalışma Durumlarına Göre Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	27
4.8.6. Hekimlerin ICD-10 Tanı Kriterlerine Göre Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları Tanısı Koyabilme Becerileri İle Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	27
4.8.7. Hekimlerin Alkol/Madde Kullanım Bozuklukları Tanısı Koydukları Hastaları İlgili Merkezlere Yönlendirme Durumları Ve Bilgi Düzeyleri Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi.....	27
4.8.8. Hekimlerin Günlük Baktıkları Hasta Sayıları İle Bilgi Düzeyleri Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi.....	28
5. TARTIŞMA.....	29
6. SONUÇ VE ÖNERİLER.....	36
7. KAYNAKLAR.....	38
8. EKLER.....	42
8.1. EK-1. Anket Formu.....	42
8.2. EK-2. Etik Kurul Onayı.....	48
9. ÖZGEÇMİŞ.....	49

KISALTMALAR

AÇSAP	:Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi
ADH	: Alkol Dehidrogenaz Enzimi
APA	: Amerikan Psikiyatri Birliği
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
CRF	:Corticotropin Releasing Factor
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICD-10	:International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision
KETEM	:Kanser Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi
M.Ö	: Milattan Önce
NHSDH	: Madde Kötüye Kullanımı Üzerine Ulusal Hane Halkı Çalışması
SPSS	: Statistical Package for the Social Sciences
TSM	: Toplum Sağlığı Merkezi
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu Ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
VSD	: Verem Savaş Dispanseri
WHO	:World Health Organization

TABLO DİZİNİ

Tablo 1. Hekimlerin Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Olan Hastalarla İle Karşılaşma Sıklıkları.....	29
Tablo 2. Hekimlerin Alkol Ve Madde Bağımlılığı Hakkında Bilgilerini Öğrenmeye Yönelik İfadeler Hakkındaki Düşünceleri.....	32
Tablo 3. Hekimlerin Alkol Ve Madde Bağımlılığı Hakkında Tutumlarını Öğrenmeye Yönelik İfadeler Hakkındaki Düşünceleri.....	33
Tablo 4. Hekimlerin Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Değerlendirilmesi.....	34
Tablo 5. Alt Gruplar Arasında Bilgi Düzeyi Karşılaştırma Tablosu.....	35
Tablo 6. HekimlerinBağımlılık Merkezinde Çalışma Durumlarına Göre Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	35
Tablo 7. Aile Hekimliği Alanında Çalışma Süreleri İle Hekimlerin Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi.....	36
Tablo 8. Mezuniyet Sonrası Geçen Sürelere Göre Hekimlerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi.....	36
Tablo 9. Hekimlerin Aile Hekimliği Asistanı Olmadan Önce Çalışma Durumlarına Göre Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	37
Tablo 10. Hekimlerin ICD-10 Tanı Kriterlerine Göre Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları Tanısı Koyabilme Becerileri İle Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki.....	37
Tablo 11. Hekimlerin Alkol/Madde Kullanım Bozuklukları Tanısı Koydukları Hastaları İlgili Merkezlere Yönlendirme Durumları Ve Bilgi Düzeyleri Arasındaki Fark.....	38
Tablo 12. Hekimlerin Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması.....	38

ŞEKİL DİZİNİ

Şekil 1: Hekimlerin Mezuniyeti Sonrasında Geçen Süreler (Yıl).....	27
Şekil 2: Hekimlerin Aile Hekimliği Asistanı Olarak Görev Yaptıkları Süreler (Ay).....	27
Şekil 3: Hekimlerin Günlük Ortalama Baktıkları Hasta Sayısı.....	28
Şekil 4. Hekimlerin Bağımlılık Merkezinde Çalışma Durumları.....	29
Şekil5. Hekimlerin Muayene Sırasında Hastalarına Sigara Kullanımlarını Sorma Alışkanlıkları.....	30
Şekil6. Hekimlerin Muayene Sırasında Hastalarına Alkol Kullanımlarını Sorma Alışkanlıkları.....	30
Şekil7. Hekimlerin Muayene Sırasında Hastalarına Madde Kullanımlarını Sorma Alışkanlıkları.....	31

1. GİRİŞ

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) madde bağımlılığı tanımını; kişinin gönüllü olarak kendisine veya topluma zarar verecek, doğal veya sentetik yasa dışı bir maddeyi periyodik veya kronik olarak kullanması olarak tanımlamıştır[1]. Türkiye’de yasa dışı ilaç kullanım oranları kayıtları iyi tutulamamış olmasına rağmen, Türkiye uyuşturucu ve uyuşturucu bağımlılığı izleme merkezinin (TUBİM) 2012 yılı verilerine göre hazırlanan “Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması” ve “Türkiye’de Okullarda Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması” sonuçlarına göre, herhangi bir uyuşturucu maddeyi en az bir kez deneyen 15-64 yaş grubunda % 2,7; 15-16 yaş grubunda ise % 1,5 olarak saptanmıştır[2, 3]. Türkiye’nin farklı bölgelerinden dokuz ilde yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre Türkiye’deki ilköğretim öğrencileri arasında esrar kullanım oranı % 1,2; ortaöğretim öğrencilerinde % 4,0 olarak bulunmuş ve esrar kullandığını belirten öğrencilerde sigara, alkol ve diğer maddelerin kullanımının yaygın olduğu belirlenmiştir[4]. Başka bir çalışmada ise lise ikinci sınıfta okuyan yaklaşık 12 bin öğrencinin % 2,5’u yaşamı boyunca en az bir kez ekstazikullandığı belirlenmiştir[4].

Sağlığımızla ilgili hiçbir hastalık suç örgütleri, terör ve kara para ile bu kadar iç içe değildir. Bu özelliklerini de göz önünde bulundurursak madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı mutlaka kontrol altına alınması gereken bir beyin hastalığıdır. Madde bağımlılığını bu kadar önemli bir halk sağlığı sorunu oluşturmasının en önemli nedenlerden biri radikal veya rasyonel bir tedavisinin olmamasıdır. Mevcut tedavi yöntemleri zor, uzun soluklu ve pahalıdır. Son zamanlarda madde bağımlılığının bir “ödül eksikliği sendromu” olabileceğini bildiren verilerde artışlar gözlenmektedir[5, 6]. Madde kötüye kullanımı önemli yeti kaybına neden olur. Erken tanı ve tedavi, bu sorunlarda belirgin azalma sağlar[7]. Ancak doktorlar, madde bağımlısı olan hastaların yarısından azına tanı koyabilmekte ve düşük oranda tedaviye yönlendirmektedirler[8].

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) alkol bağımlısını ise “uzun süre ve alışılmışın dışında alkol alan, alkole bağlı ruhsal-bedensel-toplumsal sağlığı bozulan, buna rağmen durumunu değerlendiremeyen; değerlendirse bile alkol alma isteğini durduramayan, tedaviye gereksinimi olan bir hasta” diye tanımlamıştır[9]. İçme sınırlarının ve aşırı alkol tüketimiyle ilişkili risklerin bilinmemesi alkolle ilişkili sorunların gelişiminde en önemli etkidir[10].

Birinci basamak sağlık hizmetlerinebaşvuran hastalarda alkol tüketimeinin sorulması, hastaları düşük riskli tüketim düzeyleri ve aşırı alkol kullanımının riskleri hakkında eğitmek için fırsat sağlar[11]. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kısa müdahale ile birçok kontrollü çalışmada alkol tüketimeinin %20 azaldığı gösterilmiştir[12]. Uluslararası çalışmaları kapsayan altı sistematik gözden geçirme ve meta analiz çalışmaları alkol kullanım bozukluğunda kısa müdahalenin birinci basamak sağlık hizmetlerinde yapılmasının önemi üzerinde durmaktadır[13]. Dünya Sağlık Örgütü'nün yedi ülkede yürüttüğü çalışmasında alkol kullanım bozukluğu ile ilgili eğitim alan pratisyen hekimlerin güven duygularının daha fazla olduğu ve daha çok müdahalede buldukları gösterilmiştir [14].

Yaptığımız çalışmanın gerekçesi; aile hekimliği araştırma görevlilerinin alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesidir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Tanımlar

2.1.1. Bağımlılık: Bir kimyasal maddenin veya ilacın fiziksel bağımlılıktan bağımsız tekrarlayan kullanımını demektir. Bir ilacın tekrarlayan kullanımına bağlı fizyolojik durumdaki değişmeye fiziksel bağımlılık denir ve maddenin kesilmesi kendisine özgü bir sendroma neden olur.

2.1.2. Kötüye kullanım: Bir ilacın veya kimyasal maddenin genellikle kişinin kendisi tarafından kabul edilen, sosyal veya tıbbi gerekliliklerin dışında kullanılmasıdır.

2.1.3. Sorunlu kullanım: Kötüye kullanıma benzer ancak sorunlu kullanım daha çok hekimler tarafından reçete edilen ilaçların uygun şekilde kullanılmaması anlamında kullanılır.

2.1.4. Addiction (Tiryakilik): Bir ilaç veya kimyasal maddeyi kullanmanın olumsuz sonuçlarına rağmen, kullanıma devam etme, eksikliğinde sıkıntı olması ve tekrar kullanmak için karşı konulamaz bir istek duyma, fiziksel ve ruhsal kötüleşmeye sebep olması ve giderek artan kullanımınıdır.

2.1.5. Brief Intervention (Kısa Müdahale): Madde kullanımı ile ilgili mevcut ya da muhtemel sorunları tanıyıp, bu davranışlarını değiştirme yönünde müdahale etmek anlamını taşır. Birinci basamakta kısa müdahale; 5 dakika süren kısa öneri ya da 15-30 dakika süren kısa danışmanlık vermek ve özellikle problemli, riskli kullanımlarda bağımlılık açısından tedaviye yönlendirmektir. Bu kişilerin sorunları ve riskleri hakkında farkındalık yaratmak ve değişim için karar vermelerini sağlamanın bir yoludur. Bu kısa müdahaleler kişisel ve destekleyici olmalı, yargı içermemelidir.

2.2. Alkol Kullanımının Tarihçesi

Alkol, merkezi sinir sistemini inhibe eden, keyif verici, yatıştırıcı, zehirli etkisi olan ve kullanım oranı yüksek, uçucu bir maddedir[15]. Tarihte yazılı belgelerden elde edinilen bilgilere göre bağımlılıkla ilişkili ilk madde alkoldür. İnsanoğlu alkolün yatıştırıcı etkilerini çabuk keşfetmiş ve ona kutsal anlamlar da yüklemiştir. Tarihte alkolün ilk kullanımı muhtemel olmakla beraber fermente edilen bal veya meyvelerden elde edilmiştir. Üzüm fermantasyonu ile alkol elde edilmesine yönelik ilk bilgilere göre M.Ö. 6000'lerde bugünkü

Ermenistan bölgesinde gerçekleşmiştir[16]. M.Ö. 4000 yıllarında Mısır'da arpadan bira elde edilmesi bilinmekteydi. M.Ö. 2200'lere ait belgelerde Hammurrabi Kanunları'nda şarabın nasıl yapıldığı ve kullanılması ile ilgili kurallar bulunmaktaydı[17]

Alkol ve alkol kullanımına bakış ve inanışlar, tarih boyunca değişiklikler göstermiştir. İlk çağ dinleri alkolü dini törenlerin kutsal simgesi olarak kullanmışlardır. Musevilikte sarhoş olmayacak düzeyde içki içilmesi dinsel bir tören olarak kabul görmüş, Hristiyanlık sarhoşluğu yasaklamış fakat alkol alımına izin vermiştir. İslamiyet ise önce alkol kullanımına karışmamış ancak sonradan yasaklamıştır[18].

Alkolün karşılığı olarak zaman zaman kullanılan ispiro sözü ise ruh, soluk, yaşamın özü, yürekli, güçlü anlamlarını içeren "spiritus" kelimesinden gelmektedir. İnsanlık tarihi için ortak olan ve dünyanın varoluşunu anlatan Nuh efsanesinde gemide bulunan üzümün, üzüm suyuna sonra da şıraya ve şaraba dönüştüğü, tufandan sonra gemideki insanların karaya çıktığı ve şarabı dünyaya yaydığından söz edilmektedir [17].

Eski Roma'da Bacchus, Atina'da Dionysos içki ve şarap tanrısı olarak kabul edilmiştir. Eski Mısırlılar, Yahudiler ve Yunanlar alkolü tıbbi müdahalelerde kullanmışlar, bunun yanı sıra aynı toplumlar, alkolle ilgili çelişkiler de yaşamış, alkolü reddetmiş ve kontrol kaybı olarak gördükleri de belirtilmiştir. Yani her çağda alkolün kontrollü kullanımının kabul edildiği görülürken, aşırı kullanımının ise benimsenmediğine ve uygun olmayan bir davranış olarak kabul edildiğine rastlanmaktadır[17, 18]. İlkel toplumlarda özellikle dini törenler sırasında alkol kullanımının yaygın olduğu bilinmektedir[19]. Günümüzde şarap Hristiyanlıktaki kutsal yerini korumaktadır[17].

2.3. Alkol Kullanım Bozukluğu

1700'lerde Dr. Benjamin Rush sürekli tekrarlayan sarhoşluğun, bir sorun olduğunu ve hastalık olarak kabul edilmesi gerektiğini ifade etmiştir[18]. 1849'da Magnus Hus ilk kez alkolizm sözcüğünü, tekrarlayan sarhoşluğu ve kronik alkol kullanımını tanımlamak için kullanmıştır[20]. Alkolizm tıbbi bir kavram ve hastalık olarak kabul edilip, 1956 yılında Amerikan Tıp Birliği tarafından sınıflandırılmıştır[15, 18].

Alkol bağımlılığı çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (1960) alkol bağımlılığını, "İçki içmenin işine engel olduğunu değil de, işinin içki içmesine engel olduğunu düşünmeye başlama" olarak tanımlamıştır[21]. Orhan Öztürk ise alkol bağımlılığını "bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, sosyal ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla

alkol alma; alkol alma isteğini durduramama ile belirli bir bozukluk” şeklinde tanımlamıştır[22].

Jellinek (1952) alkol kullanımı üç şekilde ele almaktadır; sosyal içicilik, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılık. Kişinin, sosyal bir ortamda eğlenmek için az miktarda alkol alması sosyal içicilik olarak tanımlamıştır. Kişinin aile ve iş yaşamını olumsuz etkileyecek düzeyde alkol alması, fakat alkole bağımlı olmaması alkol kötüye kullanımı, kişinin uzun süreli riskli alkol kullanımının olması, aile ve iş yaşamının olumsuz etkilenmesinin yanı sıra, kişinin içme davranışlarını kontrol etmede yetersiz olması ise bağımlılık olarak tanımlanmaktadır[23].

Erkekler için 30 gr/gün - kadınlar için 20 gr/gün üzerinde alkol kullanımı zararlı kabul edilmektedir. 60 gr/gün üzerinde alkol tüketilmesi halinde ise karaciğer yağlanması gelişmektedir. Tüketilen alkol miktarı ile genetik ve çevresel faktörlerin de rolü sonucu alkolün zararlı etkileri ortaya çıkmaktadır[24].

İçme Paternleri:

- ✓ Orta düzeyde içki içme;
Erkeklerde; 2 standart içki / gün
Kadında; 1 standart içki / gün
- ✓ Yüksek düzeyde içki içme;
Erkeklerde; haftada 14 içkiden fazla veya herhangi bir günde 4 içkiden fazla
Kadında; haftada 7 içkiden fazla veya herhangi bir günde 3 içkiden fazla
- ✓ Aşırı alkol alma;
Erkeklerde; 2 saat içinde 5 ya da daha fazla
Kadında; 2 saat içinde 4 ya da daha fazla alkol içme durumudur. Aşırı alkol alma kişinin hem kendisi hem de toplum için tehlike unsurudur[25].

Alkol alımının neden olduğu karaciğer hastalıklarında alkolün nasıl ve ne zaman alındığı da önemlidir. Alkolün aç karına ya da yemek aralarında alınması ve farklı alkollü içeceklerin birlikte alımı alkole bağlı karaciğer hastalığı riskini artırmaktadır. Yemeklerle birlikte mide boşalması ve alkolün emilimi gecikeceğinden alkolün kan düzeyi artışı da gecikmektedir[26]. Alkolün yemek aralarında alınması sonucunda, yemeklerle birlikte alımına kıyasla 2,7 kat daha fazla asetaldehid üretimi olmaktadır[27, 28].

Alkolün zararlı etkilerinin ağırlıklı olarak karaciğerle ilişkili olduğu görülür. Artan alkol kullanımı karaciğer yağlanmasına neden olur. Bu durum, fizik muayenede hepatomegali olarak saptanabilir. Karaciğer yağlanması ile ciddi karaciğer hasarı arasında ilişki tam olarak açıklanamamıştır. Ancak alkol kullanımının alkolik hepatit ve sirozla ilişkisi

bilinmektedir[29]. Uzun süre yüksek riskli alkol kullanımı; özefajit, gastrit, aklorhidri, gastrik ülser gelişimine neden olabilir. Ağır alkol kullanımının neden olduğu karaciğer yetmezliği sonrasında gelişen özofagus varisleri oluşabilir. Bu varislerin kanaması hayati risk taşımaktadır. Ayrıca pankreatik yetmezlik, pankreatit, pankreas kanseri de eşlik edebilmektedir. Alkol kullanımı ile birlikte barsaklardan amino asit ve vitaminlerin emilimi azalır. Bu etki sonucu alkolle kullanım bozukluğu olan kişilerin beslenme alışkanlıkları da zayıf olunca B vitamini eksikliği görülebilmekte ve Korsakofsendromuna yol açabilmektedir[30].

Yüksek riskli miktarlarda alkol alımı; kan basıncında artış, dislipidemi, miyokard enfarktüsü ve serebrovasküler hastalık riskinde artışa neden olmaktadır. Ara sıra alkol kullanan, alkolle kullanım bozukluğu olmayan kişilerde de alkolün, dinlenme kardiyak outputunu, kalp atımını, miyokardiyal oksijen tüketimini arttırdığı gösterilmiştir. Alkol kullanımının hematopoetik sistem üzerine de yan etkileri bulunması sebebiyle özellikle baş, boyun, özofagus, mide, karaciğer, kolon ve akciğer kanserleri gelişimi riskini artırmaktadır[29, 31].

2.4. Alkol Bağımlılığının Tanımı

Alkol Bağımlılığı Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM-5 tanı kriterleri şöyledir:

Alkol kullanım bozukluğu;

On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü:

- 1)Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır.
- 2)Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.
- 3)Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.
- 4)Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.
- 5)İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı.

6)Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşıın alkol kullanımını sürdürme.

7)Alkol kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8)Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma.

9)Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşıın alkol kullanımını sürdürülür.

10)Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a)Esriklıği(sarhoşluğu) ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi.

b)Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşıın belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11)Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a)Alkole özgü yoksunluk sendromu

b)Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol (ya da benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır.

Varsa belirtiniz:

Erken yatışma evresinde

Sürekli yatışma ile giden

Varsa belirtiniz:

Denetimli çevrede

O sıradaki ağırlığına göre kodlayınız:

Ağır olmayan: İki-üç belirtinin olması.

Orta derecede: Dört-beş belirtinin olması.

Ağır: Altı ya da daha çok belirtinin olması[32].

Dünya Sağlık Örgütü sınıflandırması olan ICD-10'a göre alkol bağımlılığı ise;

F10.2 Alkol Bağımlılık Sendromu

Aşağıdakilerden 3 ya da daha fazlası son bir yıl içerisinde bulunuyorsa, kesin bağımlılık tanısı konabilir:

- A. Maddeyi almak için güçlü bir istek veya zorlantı
- B. Madde alma davranışını denetlemede güçlük(başlangıç, bırakma ve kullanım dozu bakımlarından)
- C. Madde kullanımını azaltıldığında ya da bırakıldığında fizyolojik bırakma sendromu: Maddenin tipik bırakma sendromu, ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı ya da benzer maddeyi kullanma
- D. Dayanıklılık (tolerans) belirtileri, daha düşük dozlarda ortaya çıkan etkilerin ortaya çıkabilmesi için daha yüksek madde dozlarına gereksinim duyulması (en güzel örnek, dayanıklılık geliştirmemiş bireyleri öldürebilecek dozda günlük alkol ve opium alan bağımlılardır.)
- E. Maddeyi elde etmek, kullanmak, etkilerinden kurtulmak için harcanan zamanın diğer ilgi ve uğraşlara yer bırakmayacak şekilde giderek artması
- F. Aşırı içki nedeniyle karaciğer bozukluğu, ağır madde kullanımı dönemlerini izleyen depresif duygudurum, bilişsel yetilerde ilaç kullanımına bağlı bozulma gibi zarar gördüğüne ilişkin açık verilere karşın madde kullanımını sürdürme; kullananın gördüğü zararın ne olduğunu ve bilip bilmediğini araştırılmalıdır.
- F10.20 Şimdiki durumda yoksunlukta
- F10.21 Şimdiki durumda yoksunlukta, fakat korunmalı bir ortamda (örneğin. Hastane gibi.)
- F10.22 Şimdiki durumda tıbbi denetim altında sürdürüm tedavisinde ya da bağımlı olunan maddenin yerine geçen başka bir ilaçla tedavide (denetimli bağımlılık)
- F10.23 Şimdiki durumda yoksunlukta, fakat vazgeçtirici ya da bloke edici ilaçlarla tedavi altında
- F10.24 Şimdiki durumda maddeyi almakta (aktif bağımlılık)
- F10.25 Sürekli kullanım
- F10.26 Dönem dönem kullanım (dipsomani)[33].

2.5.Madde Kullanımının Tarihçesi

Bağımlılık yapan ve kötüye kullanılan maddelerin mitolojik öykülerde, efsanelerde, ilkel dinlerde, Hristiyanlık ve Yahudilik gibi tek tanrılı dinlerde, edebi eserlerde ve şarkılarda yer alması madde kötüye kullanımının ortaya çıkma, gelişme ve yayılmasında önemli etkisi olmuştur. Bu kültürel birikimler toplumlarda madde kötüye kullanımına yatkınlık yaratan bir ortak bilinç oluşturmuştur. Tarihte yazılı belgelerden edinilen bilgilere göre kullanıldığı bilinen ilk madde alkoldür. Hintliler esrar için başarı ve mutluluk anlamına gelen “vişema”

adını kullanmıştır. Perslerin kutsal kitabı olan Zerdüş'te kenevir bitkisi insana mutluluk ve neşe verdiğini, keder ve üzüntüyü dağıttığını yazmaktadır. Tarihçi Herodot Asurlular ve Sümerler ile Aral bölgesinde yaşayan İskitlerin kenevir gibi bir bitkinin yapraklarını ateşe atarak çıkan dumanı soluyarak sarhoş olduklarını yazmıştır[17].

İran'da 1091-1276 yıllarında Alamut Kalesi'nde hüküm süren Haşaşin Devleti Hasan Sabbah tarafından yönetilmiştir. Bağımlılık yapan maddelerin terörist amaçlarla kullanımına önemli bir örnektir. Hasan Sabah alkol, esrar gibi uyarıcı maddeleri kullanarak bağımlı yaptığı fedaileri ile birçok suikast yapmıştır. Böylece bölgede önemli bir terörist güç haline gelmiştir. Hasan Sabbah bağımlı yaparak kendisine hizmet ettirdiği fedaileri ile Selçuklu Veziri Nizm-ül Mülk gibi kendisine ve tarikatına karşı olan birçok bilimciyi, devlet adamını ve sanatçıyı öldürtmüştür[17]. Günümüzde de bağımlılık yapan maddeleri hem militan kazanmak, hem örgüte kaynak sağlamak hem de bu amaçla kullanan başka yasadışı örgüt ve oluşumlar ortaya çıkmıştır.

Bağımlılık yapan maddeler, ilk çağlardan bu yana, ağrı kesici, keyif verici ve hastalıkları iyileştirici olarak kullanılmışlardır. Bu süreç içerisinde başlangıçta tıbbi amaçlarla kullanılmış olup; keyif verici özelliği nedeniyle bu amaçla da tüketimlerinde artış görülmüştür. Keyif verici özelliği sebebiyle kullanımı arttıran talep de beraberinde gelmiş, küresel düzeyde ülkeler ile kıtalar bazında değişkenlik gösteren bir arz talep oluşmuştur[34].

Tıp alanında afyonun kullanılabilirliğini arttırmak için yapılan çalışmalar sonucunda Farmakolog FriedrichHelmSertusner 1806 yılında morfini bularak ve Yunan rüya tanrısı Morpheue'ya atfen "morphium" adını vermiştir. Kimyager FelixHoffman ise 1897'de morfin bağımlılığı tedavisinde kullanılmak üzere, morfinden üç kat daha kuvvetli bir başka madde elde etmiştir. Bayer firması bu ilaca heroin (eroïn) adını vererek piyasaya sürmüştür[35]. 1898'den 1910 yılına kadar eroïn bağımlılık yapmayan morfin ismiyle pazarlanmış olup, ayrıca çocuklar için öksürük ilacı olarak da satılmıştır. Eroïnin karaciğerde metabolize olarak morfine dönüştüğünün, bağımlılığa ve ölüme yol açtığının anlaşılması üzerine ilaç piyasadan çekilmiştir[36].

1859 yılında Alman Kimyager NiemanGeotingen Güney Amerika'da yerlilerin koka yapraklarını çiğneyerek yorgunluklarını giderip rahatladıklarını görmüştür. İnkaların Peru'da koka bitkisinin yapraklarını yaraları iyileştirmek için kullandıkları bilinmektedir. Menşei Güney Amerika olan kokain daha diğer ülkelere yayılmıştır[37].

Birçok uygarlığa ev sahipliği yapmış olan Anadolu'da, haşhaş ekimi, afyon üretimi ve bu maddeleri kullananlar ile bunları sağlayanlara ilişkin ilk düzenleme Fatih Sultan Mehmet tarafından yapılmıştır. IV. Murat döneminde afyon, tütün ve kahve kullanımı yasaklanmıştır.

1811'de haşhaş ekimi yasaklanmış, 1826'da afyon alım satımı devlet tekeline alınmıştır. 1830 yılında alım satımı belgelendirilmiş, 1912 yılında ise La Haye'de yapılan uluslararası toplantılara Osmanlılar da katılmış, anlaşma gereği haşhaş ekimi sınırlandırılmış ve afyon üretimi, alım-satımı devlet denetimine alınmıştır. Türkiye 1938-1971 yılları arasında, dünya yasal afyon pazarının yaklaşık %50'sine sahip olmuştur. Sonrasında ülkemiz dünya çapındaki yasal olmayan afyon trafiğinden sorumlu tutmaya ve suçlamaya başlayınca ve 1971 yılında afyon üretimi, hükümet tarafından tamamen yasaklanmıştır. Afyon üretimi tek geçim kaynağı olan 1,5 milyon insan yoksulluğa sürüklemiştir[38].

Günümüzde konumu sebebiyle eroin trafiğinden transit ülke olarak etkilenen Türkiye, bu durumun yol açtığı uyuşturucu kullanım problemiyle de karşı karşıya kalmıştır. Doğudan batıya doğal uyuşturucuların trafiğinden etkilenirken, batıdan doğuya ise kimyasal ve sentetik uyuşturucuların kaçakçılığından etkilenerek iki taraflı etkilenme olmaktadır[39].

2.6. Madde Kullanım Bozukluğu

Madde kullanımı toplumlarda farklı şekillerde görülmüştür. Kolombiya yerlilerinin dinlenmek için koka ağacının yaprağını çiğnedikleri, alkol ve esrar gibi maddelerin bazı dini törenlerde trans haline geçebilme için kullanılmaları, afyonun öksürük tedavisinde kullanılması örnek gösterilebilir. Kullanılan bu maddelerin bağımlılık yapma özellikleri ile sağlığa zararlı etkilerinin görülmesi ile kullanımları sınırlandırılmaya çalışılmıştır.

Bağımlılıkla ilgili ilk tıbbi tanımlama, alkol kullanımını tanımlayan 1856 yılında İsviçreli Prof. Dr. MagnusHuss tarafından yapılmıştır. Psikiyatri alanında ilk kez 1968 yılında madde kullanım bozuklukları, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin (APA) DSM kitapçığında, Kişilik Bozuklukları ve Psikotik Olmayan Diğer Bozukluklar başlığı altında Alkolizm ve Madde Bağımlılığı olarak tanımlanmıştır. 1969 da ise daha çok Avrupa Ülkelerinde kullanılan ICD sınıflandırmasına alkolizm tanısı girmiştir. 1980 yılında hazırlanan DSM III'de Bağımlılık ve Madde Kötüye Kullanımı ilk kez ayrı bir başlıklar altında tanımlanmıştır[40]. İki sınıflandırma sistemi de belli aralıklarla yenilenmiş ve yeni versiyonları yayınlanmıştır. APA'nın hazırladığı DSM sınıflandırma sisteminin beşinci versiyonu (DSM V) ile WHO tarafından hazırlanan ICD sınıflandırma sisteminin onuncu versiyonu (ICD-10) günümüzde kullanılmaktadır.

Bağımlılık gelişimi bir süreçtir. Kişi maddeyi ilk kullandığı dönemde madde kullanımını kontrol edebileceğini düşünmektedir. Kişinin maddeyi daha sık kullanmaya, kullandığı dozu arttırmaya ve madde kullanmadığı zamanlarda kendini rahatsız hissetmeye başlamasıyla

bağımlılık süreci gelişmektedir. İş, aile ve sosyal hayatı olumsuz yönde etkilenmeye başladığında, madde kullanımı tehlikeli boyuta ulaşmış demektir. Kişi bu noktada madde kullanımının kendi kontrolünden çıktığını fark etmekte güçlük çeker. Madde kullanımı devam ederken kişide bağımlılık gelişmeye başlar. Maddenin ilk kullanıldığı zamandan bağımlılığın oluşmasına kadar geçen zaman, kullanılan maddenin türü, kişinin kullanım miktarı, kişinin cinsiyeti, kişilik özellikleri değişkenlik gösterebilmektedir[41].

Madde kullanımının ilk dönemlerinde kişiler için bilgilendirme ve takip ön plandadır. İlerleyen dönemlerde madde kullanımı sebebiyle olumsuz etkilenen fiziksel, ruhsal ve sosyal duruma yönelik müdahaleler, daha sonraki dönemlerde ise yatarak tedaviler ve takip tedavileri gündeme gelmektedir[42].

Kanada'daki ölümlerin ve hastalıkların önemli sebebinin yasadışı madde kötü kullanımı olduğu ifade edilmektedir. Kanada'da 2002 yılında, 39,8 milyar dolar –kişi başına 1,267 dolar – madde kötüye kullanımına: 14,6 milyar dolar alkol bağımlılığına, 17 milyar dolar tütün bağımlılığına ve 8,2 milyar dolar yasadışı ilaç kullanımına harcanmıştır[43].

NHSDH (Madde Kötüye Kullanımı Üzerine Ulusal Hane Halkı Çalışması) 2001 sonuçlarına göre ABD'de 12 yaş ve üstü 16,6 milyon kişiyi alkol bağımlılığı veya kötüye kullanımı olduğu saptanmıştır. 2,4 milyon kişinin hem alkol hem madde kötüye kullanımının olduğu, 3,2 milyon kişinin madde kötüye kullanımı veya bağımlılığı olduğu görülmüştür. Madde bağımlılığının erkeklerde, kadınlara oranla iki kat daha fazla olduğu görülmektedir. Üniversite mezunlarında lise mezunlarına göre daha az oranda madde bağımlılığı görülmektedir[44].

Bütün dünyada 18 yaşın altındaki bireylerde madde kullanımına başlama yaşı giderek düşmektedir. Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir çalışmaya göre 8. sınıf öğrencilerinde tütün kullanım yaygınlığı %40,5; 12. sınıf öğrencileri arasında ise %62,5 olarak saptanmıştır. Son bir ay içinde alkol kullanımı küçük sınıflar için %21,5; daha büyük sınıflar için %49,8'dir. Yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı küçük sınıflar için %20,4; daha büyük sınıflar için %48,8; uçucu maddeler için sırasıyla %17,1 ve %13,0 iken eroin için %1,7 ve %1,8 olarak saptanmıştır[45].

1998 yılında Türkiye'de 15 ilde 15-17 yaş aralığındaki 20.000 öğrenciden yaşam boyu tütün kullanımı % 63,9; son bir ay içinde alkol kullanımı % 17,3; yaşam boyu en az bir kez sarhoş olma oranı %26,6; yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %3,6; uçucu madde kullanımı %8,6; eroin kullanımı %1,6; kokain kullanımı %1,4; benzodiyazepin kullanımı %3,3 olarak belirlenmiştir[46].

2.7. Madde Kullanım Bozukluğu Tanımı

DSM IV TR'ye Göre Madde Bağımlılığı Kriterleri;

On iki aylık bir dönem içinde herhangi bir zaman ortaya çıkan, aşağıdakilerden üçü (ya da daha fazlası) ile kendini gösteren, klinik olarak belirgin bir bozulmaya ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:

1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:

- intoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinmesi
- sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak azaltılmış etki sağlanması

2. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

- söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu (özgül maddelerden yoksunluk için tanı ölçütü setlerinden A ve B tanı ölçütlerine bakınız).
- yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı madde (ya da yakın benzeri) alınır.
- madde, çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınır.
- madde kullanımını bırakmak ya da denetin altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.
- maddeyi sağlamak (Örneğin, çok sayıda doktora gitme ya da uzun süreli araba kullanma), maddeyi kullanmak (Örneğin birbiri ardı sıra sigara içme) ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.
- madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.
- maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorununun olduğu bilinmesine karşın madde kullanımı sürdürülür. (Örneğin, kokainin yol açtığı depresyonunun olduğunu bilmesine karşın kokain kullanıyor olma ya da alkol tüketimi ile kötüleştiğini bildiği ülseri olmasına karşın içmeyi sürdürme).

DSM-IV-TR ye Göre Madde Kötüye Kullanımı Kriterleri;

A. 12 aylık bir dönem içinde ortaya çıkan, aşağıdakilerden biri (ya da birden fazlası) ile kendini gösterdiği üzere, klinik açıdan belirgin bozulma ya da sıkıntıya yol açan uygunsuz bir madde kullanımı örüntüsü:

1. İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici bir biçimde madde kullanımı. (Örneğin, madde kullanımı ile ilişkili olarak sık sık işe gitmemeler ya da işte başarı gösterememe; madde kullanımı ile ilişkili olarak okula gitmemeler, okulu asmalar ya da okuldan kovulmalar; çocukların ya da diğer ev halkının ihmal edilmesi).

2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici bir biçimde madde kullanımı (Örneğin, madde kullanımının yarattığı bozukluklar sırasında araba kullanma ya da bir makineyi işletme).

3. Madde ile ilişkili, yineleyici bir biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (Örneğin, madde ile ilişkili davranım bozukluğuna bağlı tutuklanmalar).

4. Maddenin etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlara karşın sürekli madde kullanımı (Örneğin, intoksikasyonun sonuçları hakkında eşle olan tartışmalar, fiziksel kavgalar).

B. Bu semptomlar, bu grup madde için madde bağımlılığı ölçütlerini hiçbir zaman karşılamamıştır[47].

2.8.DSM-5'te Madde Kullanımıyla İlgili Bozukların Sınıflandırılmasında Yapılan Değişiklikler

Madde kullanım bozuklukları ile ilgili DSM-IV deki madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı kategorileri birleştirilerek DSM-5 te birleştirilmiştir. Kullanım şiddetine göre tek bir bozukluk olarak bahsedilmiştir. Kriterlerden yasal sorunlar çıkartılmış, aşırma ile ilgili bir kriter eklenmiştir. Madde kullanım bozuklukları da madde kullanım ve alışkanlık bozuklukları olarak değiştirilmiştir. Kafein dışındaki maddeler için “alkol kullanım bozukluğu, uyarıcı kullanım bozukluğu gibi” ayrı tanımlar yapılmıştır. Tanı kriterleri hemen tüm maddeler için aynı kapsamdadır. Kumar oynama davranışı, madde kullanım bozuklukları gibi ödül merkezini etkilemesi ve benzer davranış bozukluklarına yol açtığı için bu bölüme eklenmiştir. DSM-IV de madde kötüye kullanımı için tanı koydurucu kriterlerin sayısı arttırılmıştır. DSM-IV de madde kötüye kullanımı için bir kriter yeterli iken DSM-5 de hafif

madde kullanım bozukluğu tanısı konabilmesi için 11 kriterden en az 2'sinin karşılanması gerekmektedir[48].

2.9. Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları Tedavisi

Alkol ve madde bağımlılığı tedavi edilebilen bir beyin hastalığıdır. İlerleyicidir ancak bu ilerleme durdurulabilir. Sürekli tedavisi yoktur, aralıklarla nüksler olabilmektedir. Nüksler halinde tedavi programları yenilenmelidir. Tedavinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için hastanın beden ve ruh sağlığı, aile tedavisi, sosyal ve iş becerileri de mutlaka ele alınmalıdır. Tedavideki temel amaç hastanın ayıklık durumunun sağlanması ve topluma kazandırılmasıdır.

Hastalar tıbbi ve psikiyatrik açıdan değerlendirilmelidir. Sosyal uğraşlar edinme ve sağlıklı, düzenli beslenme tedavinin bir parçasıdır. Bağımlılık süregelen bir hastalık olup denetlenebilir ancak tamamen iyileştirilemez. Bağımlılık tüm aile bireylerini de etkilediğinden onlara yönelik tedavi programları da olmalıdır.

Tedavinin Aşamaları;

- ✓ Detoks ya da arındırma: Alkol/maddeyi kesme ve alkol/madde almama konusunda istikrar sağlanması
- ✓ Rehabilitasyon dönemi: Bağımlı yoksunluktan kurtulmuştur. Hastaya işlevsellik kazandırma ve alkol/maddesiz yaşama ayak uydurma amaçlı bilgi ve beceri kazandırmaya çalışılır.
- ✓ Relapsı önleme

Sonuç olarak alkol ve madde bağımlılığı beynimizin bir hastalığıdır. Bu bağımlılığın çekirdek belirtisi aşermedir. Gelişecek relapslar da bu aşerme ile ilişkilidir. Tedavinin aşamalarından biri de aşerme olduğu için, aşermeyi engelleyecek tedavi etkili tedavi olacaktır[49].

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi ve Yeri

Araştırma, Ankara İl merkezindeki eğitim ve araştırma hastanelerinde görev yapan aile hekimliği araştırma görevlilerinin alkol ve madde kullanım bozuklukları konusunda bilgi ve tutumlarını etkileyen faktörleri saptamak amacı ile planlanmış olup, kesitsel, prospektif tipte ve durum tespitine yönelik tanımlayıcı bir çalışmadır.

3.2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırma örneklemini 2015 Eylül-Ekim aylarında Ankara il merkezinde bulunan eğitim ve araştırma hastanelerindeki Aile Hekimliği Kliniklerinde görev alan araştırma görevlileri sayıları göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur. Araştırmaya; Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Keçiören Eğitim ve Araştırma Hastanesi ve Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesinden toplam 144 hekim dâhil edilmiştir.

3.3. Araştırmanın Veri Kaynakları

Çalışmanın amacı göz önünde bulundurularak hekimlerin bazı tanımlayıcı özelliklerini, Alkol ve madde kullanım bozuklukları hakkındaki bilgileri, tutumlarını ve davranışlarını değerlendirmek amacıyla 37 sorudan oluşan bir anket formu hazırlanmıştır. Anket içeriği üç bölümden oluşmaktadır.

Birinci bölümde; yaş, cinsiyet, mezuniyet sonrası geçen süre, aile hekimliği asistanlığı süresi, aile hekimliği asistanı olmadan önce görev yapılan kurumlar, günlük ortalama baktıkları hasta sayısı, bağımlılık merkezinde çalışıp çalışmadıkları, alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarla ne sıklıkta karşılaştıkları gibi bazı tanımlayıcı özelliklerine ilişkin sorular bulunmaktadır. İkinci bölümde; hastalara rutinde sigara, alkol ve madde kullanımının sorgulanması, alkol ve madde kullanım bozukluğu tanısı koyma becerilerinin sorgulanması, tanı konulabilen hastaların ilgili bölümlere yönlendirilmelerine yönelik sorular bulunmaktadır. Üçüncü bölümde ise alkol ve madde bağımlılığı konusunda bilgi ve tutumlarına yönelik sorular bulunmaktadır.

3.4. Veri Toplama Yöntemi

Her anket formu hekimlerin görev yaptıkları hastaneye bizzat gidilerek hekimlere teslim edilmiştir. Hekimlere, çalışma hakkında kişisel kaygılarını ortadan kaldırmak amacı ile çalışma hakkında ayrıntılı bilgi verilmiştir. Anket formları hekimlerin kendileri tarafından doldurulmuştur. Katılım tamamen gönüllülük esasına dayandırılmıştır. Çalışmaya gönüllü olarak katılan her hekim için anketin giriş kısmında katılım onam formuna yer verilmiştir.

3.5. Çalışmada Kullanılan Değişkenler

Çalışmada bağımlı ve bağımsız değişkenler kullanılmıştır.

Bağımlı değişkenler:

- Hekimlerin alkol ve madde kullanım bozukluklarıyla ilgili bilgi düzeyi,

Bağımsız değişkenler:

- Cinsiyet
- Yaş
- Tıp fakültesinden mezuniyet yılı
- Günlük bakılan hasta sayısı

3.6. İstatistiksel Analiz

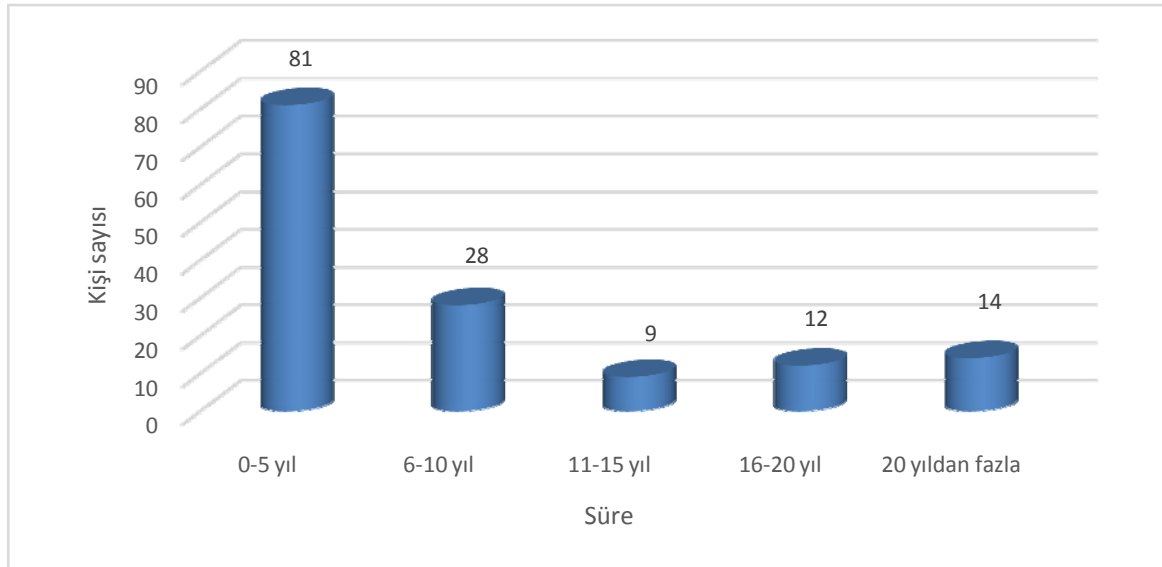
İstatistiksel analiz için SPSS for Windows 20,0 programı kullanıldı. Gruplar arasındaki niteliksel verilerin karşılaştırılmasında Ki kare testi kullanıldı, veriler sayı ve yüzde olarak sunuldu. Verilerin normal dağılım uygunlukları görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemlerle (Kolmogorov-smirnov/ shapiro-wilk testleri) kullanılarak incelendi. Parametrik koşulları taşıyan iki gruptaki karşılaştırmalar student t testi, üç ve daha fazla sayıdaki gruplardaki karşılaştırmalar ise OneWayAnova testi ile yapıldı. Veriler aritmetik ortalama \pm standart sapma olarak sunuldu Parametrik koşulları taşımayan iki gruptaki karşılaştırmalar Mann Withney-U testi ile üç ve daha fazla sayıdaki gruplardaki karşılaştırmalar ise Kruskal -Wallis testi ile yapıldı. Sayısal veriler ortanca olarak sunuldu. Her iki değişkende normal dağıldığında korelasyon analizleri için Pearson korelasyon analizi, parametrik koşulları taşımayan gruplardaki korelasyon analizleri için Spearman korelasyon analiz testi kullanıldı. İstatistiksel anlamlılık için tip-1 hata düzeyi %5 olarak belirlendi.

4. BULGULAR

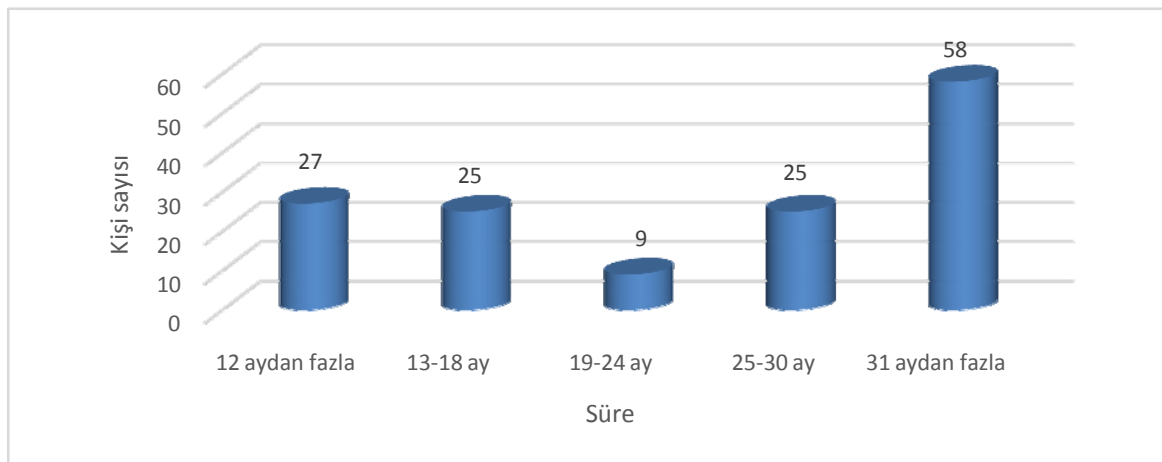
4.1. Hekimlerin Bazı Tanımlayıcı Özellikleri

Araştırmamıza toplam 144 hekim katılmış olup, %38,9'sı (n=56) erkek, %61,1'i (n=88) kadındır. Araştırmamıza katılan hekimlerin, %56,3'ü (n=81) 30 yaş ve altı, %18,8'i (n=27) 31-35 yaş, %8,3'ü (n=12) 36-40 yaş, %9'u (n=13) 41-45 yaş, %7,6'sı (n=11) 46 yaş ve üzeri yaş grubundadır.

Araştırmamıza katılan hekimlerin, tıp fakültelerinden mezun olmalarından sonra geçen süreler Şekil 1'de, aile hekimliği asistanı olarak görev yaptıkları süreler Şekil 2'de gösterilmiştir.



Şekil 1:Hekimlerin Mezuniyeti Sonrasında Geçen Süreler (Yıl)



Şekil 2:Hekimlerin Aile Hekimliği Asistanı Olarak Görev Yaptıkları Süreler (Ay)

4.1.1. Aile Hekimliği Asistanı Olmadan Önce Başka Yerde Görev Yapanların Sayısı

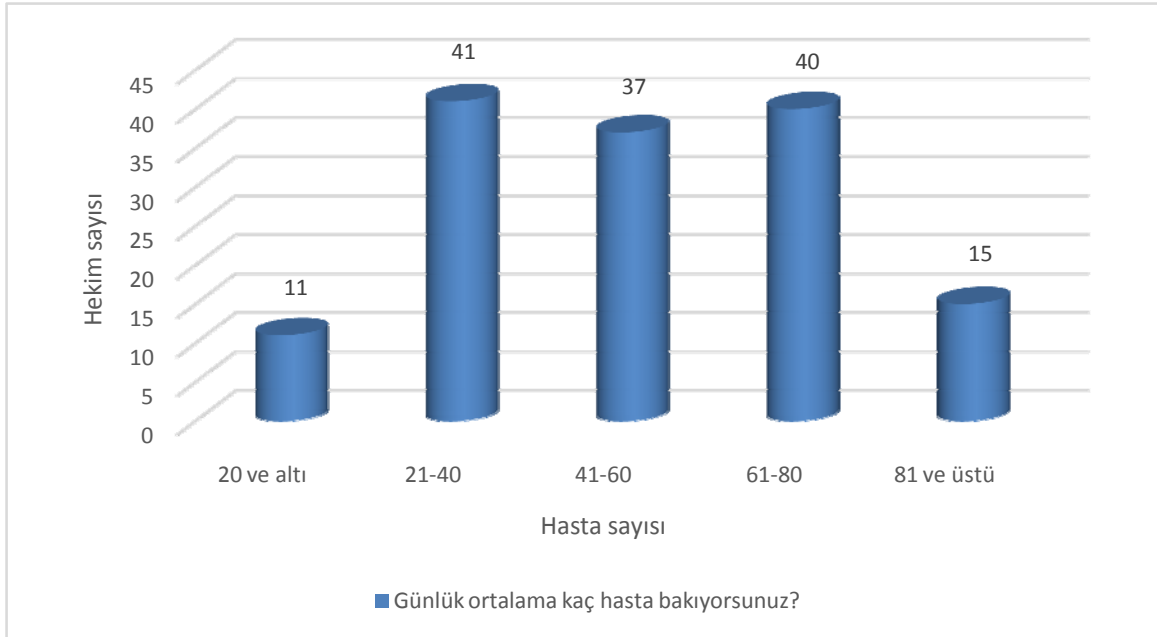
Araştırmamıza katılan hekimlerin %91,7'si (n=132) Aile Hekimliği Asistanı olmadan önce başka bir kurumda görev yapmış; %8,3'i (n=12) ise Aile Hekimliği Asistanı olmadan önce başka bir kurumda görev yapmamıştır.

4.1.2. Aile Hekimliği Asistanlığından Önce Görev Yapılan Kurumlar

Ankete katılan hekimlerden aile hekimliği asistanlığı öncesinde başka yerde görev yaptığını beyan edenlerin; %56,9'u (n=82) devlet hastanesinde, %11,8'i (n=17) özel sağlık kurumlarında, %55,6'sı (n=80) Sağlık Ocağı, Aile Sağlığı Merkezi (ASM), Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Merkezi (AÇSAP), Verem Savaş Dispanseri (VSD), Kanseri Erken Teşhis Tarama ve Eğitim Merkezi (KETEM), Toplum Sağlığı Merkezi (TSM), 112 Acil Servislerden bir ve/veya birkaçında, %10,4'ü (n=15) üniversite hastanesinde görev yapmışlardır.

4.2. Hekimlerin Günlük Ortalama Baktıkları Hasta Sayısı

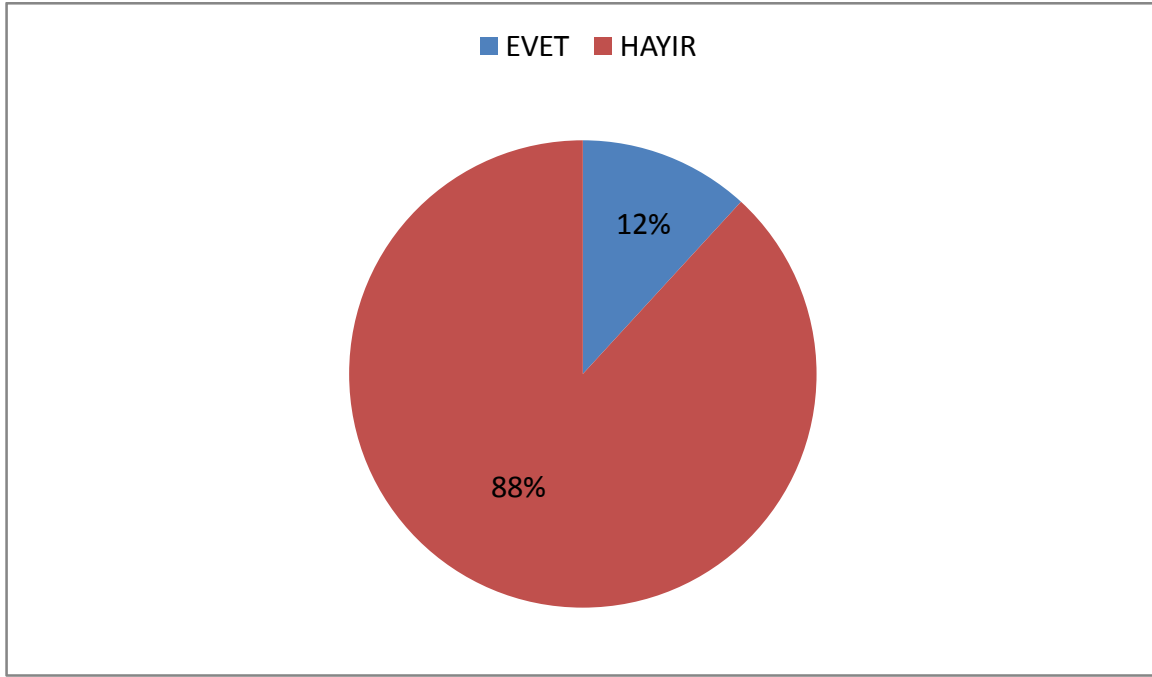
Araştırmamıza katılan Aile Hekimliği araştırma görevlilerinin günlük ortalama baktıkları hasta sayıları Şekil 3'te gösterilmiştir.



Şekil 3: Hekimlerin Günlük Ortalama Baktıkları Hasta Sayısı

4.3. Hekimlerin Bağımlılık Merkezinde Çalışma Durumları

Araştırma anketimizi cevaplayan hekimlerin daha önce bağımlılık merkezinde çalışma durumları Şekil 4’te gösterilmiştir.



Şekil 4. Hekimlerin Bağımlılık Merkezinde Çalışma Durumları

4.4. Hekimlerin Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Olan Hastalarla İle Karşılaşma Sıklıkları

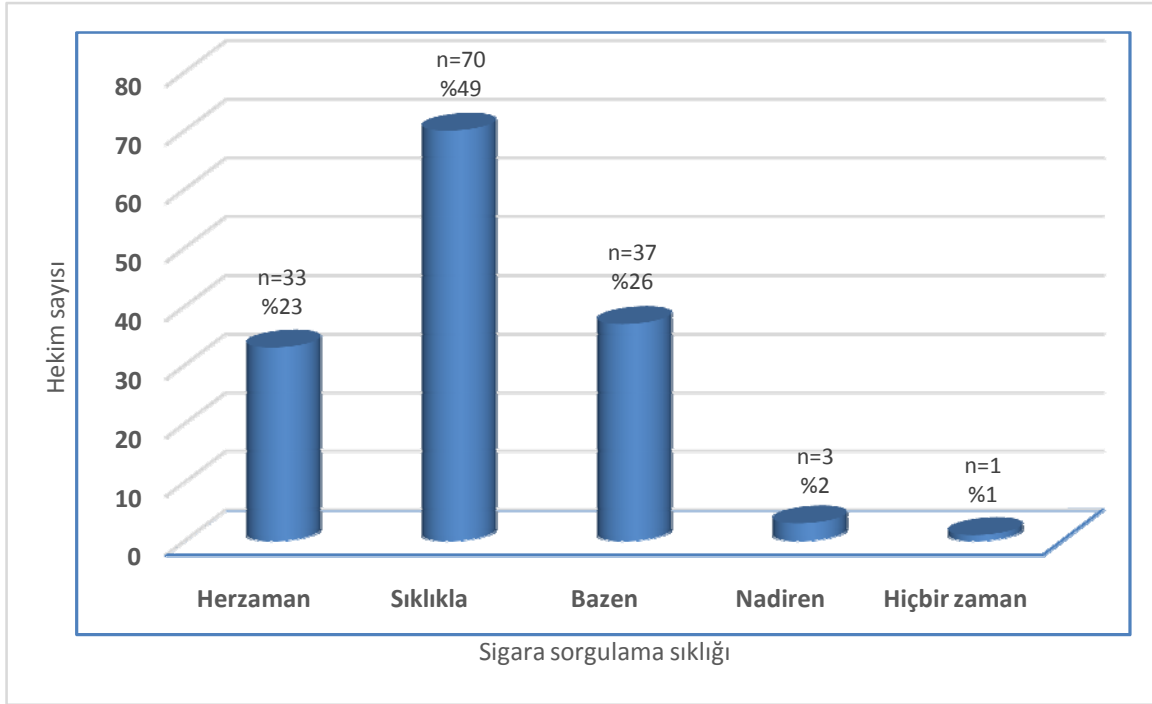
Araştırmamıza katılan hekimlerin alkol ve madde kullanım bozukluğu hastaları ile günlük pratiklerinde karşılaşma sıklıkları Tablo 1’de gösterilmiştir.

Tablo 1. Hekimlerin Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Olan Hastalarla İle Karşılaşma Sıklıkları

Karşılaşma Sıklığı	Sayı (N)	Yüzde (%)
Hiç	19	13,2
Yılda 3-4 kez	66	45,8
Ayda 3-4 kez	44	30,6
Haftada 3-4 kez	7	4,9
Her gün	8	5,6
Toplam	144	100

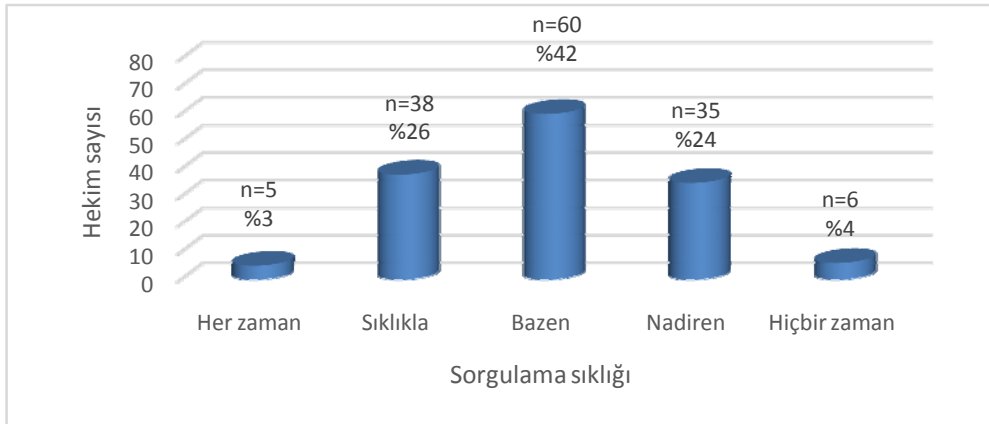
4.5. Hekimlerin Muayene Sırasında Hastalarına Sigara Kullanımlarını Sorma Alışkanlıkları

Anketimizi dolduran hekimlerin günlük pratiklerinde muayene sırasında hastalarının sigara kullanımlarını sorgulama durumu Şekil5’da gösterildiği şekildedir.



Şekil5. Hekimlerin Muayene Sırasında Hastalarına Sigara Kullanımlarını Sorma Alışkanlıkları

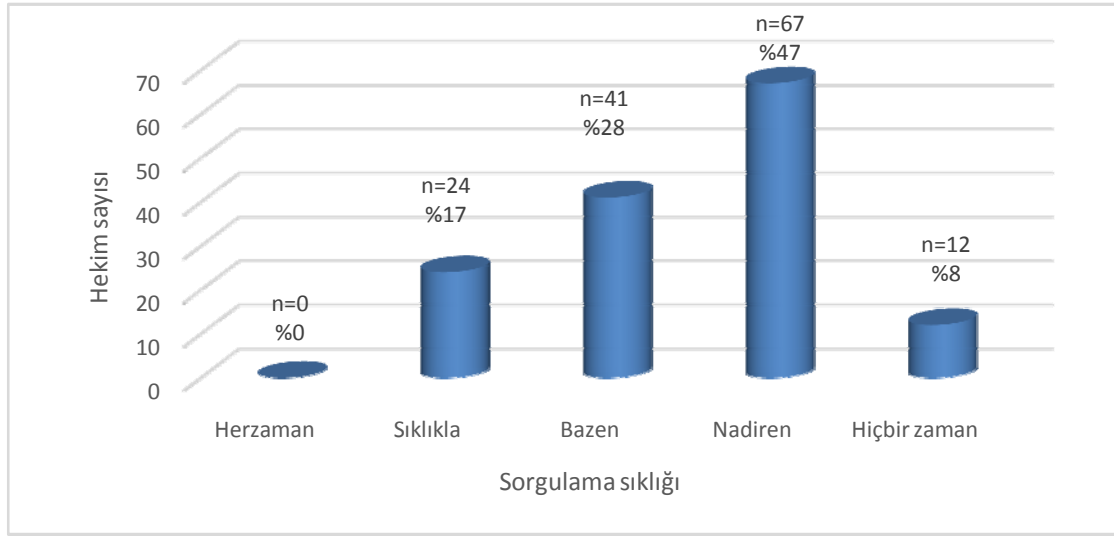
Anketimizi dolduran hekimlerin günlük pratiklerinde muayene sırasında hastalarının alkol kullanımlarını sorgulama durumu Şekil6’da gösterilmiştir.



Şekil6. Hekimlerin Muayene Sırasında Hastalarına Alkol Kullanımlarını Sorma Alışkanlıkları

4.6. Hekimlerin Muayene Sırasında Hastalarına Madde Kullanımlarını Sorma Alışkanlıkları

Anketimizi dolduran hekimlerin günlük pratiklerinde muayene sırasında hastalarının madde kullanımlarını sorgulama durumu Şekil7’da gösterildiği gibidir.



Şekil7. Hekimlerin Muayene Sırasında Hastalarına Madde Kullanımlarını Sorma Alışkanlıkları

4.7. Hekimlerin ICD-10 Tanı Kriterlerine Göre Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları Tanısı Koyma Becerileri

Araştırma anketimizin hekimlerin bilgi düzeyini ölçmeye yönelik olarak sorulan “ICD-10 tanı kriterlerine göre alkol ve madde kullanım bozukluğu tanıları koyabiliyor musunuz?” sorusuna %25’i (n=36) Evet, %75’i (n=108) Hayır cevabı vermiştir.

Hekimlerin alkol ve madde bağımlılığı hakkında bilgilerini öğrenmeye yönelik ifadeler hakkındaki düşünceleri Tablo 2’da gösterilmiştir. Doğru cevaplar tabloda koyu renkle belirtilmiştir.

Tablo 2. Hekimlerin Alkol Ve Madde Bağımlılığı Hakkında Bilgilerini Öğrenmeye Yönelik İfadeler Hakkındaki Düşünceleri

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Alkol/madde bağımlılığı bir hastalıktır	8	6	2	48	80
Alkol/madde bağımlılığı kalıtsaldır	23	56	37	24	4
Bağımlı olan bir kişi alkol/maddeyi kişisel problemlerinden kaçınmak için kullanır	5	16	16	96	11
Alkol/madde kullanımı kişisel zafiyetin (güçsüzlüğün) bir göstergesidir	4	34	34	64	8
Alkol/madde bağımlıları alkol/madde kullanım sorunlarını kendi başlarına çözebilecek kapasitede değildirler	1	26	26	70	21
İnsanlar depresyonlarını azaltmak için alkol/madde kullanırlar	3	20	23	93	5
Alkol/madde bağımlıları kendi kullanımlarını kontrol etmeyi öğrenebilirler	14	47	24	56	23
Alkol/madde bağımlıları mutlaka profesyonel destek almalıdırlar	2	7	6	72	57
İyileşmekte olan bir bağımlı mutlaka Psikiyatri uzmanlarının yardımı ve yol göstermelerine bağlı kalmalıdır	1	8	10	89	36
Bağımlılıkta nüks kişisel bir başarısızlıktır	6	57	46	32	3
Alkol/madde bağımlıları, bağımlılıkları ile ilgili bilgi edinmeden önce yaptıklarından sorumlu değildirler	29	87	20	7	1
Alkol/madde kullanımlarını ne zaman sonlandırmaları gerektiğine alkol/madde bağımlılarının sadece kendileri karar verebilirler	18	72	25	28	1
Alkol/madde kullanım problemi sadece daha kötüye gidebilir	21	57	21	32	13
Bağımlı olan kişiler iyileşmek için kullandıkları tüm maddeleri bırakmalıdırlar	4	25	28	66	21
Tedavi programları, alkol/madde bağımlılarının alkölü/maddeyi sosyal olarak kullanmalarına izin verebilir	35	68	25	15	1
İyileşme asla sona ermeyen ve devam eden bir süreçtir	5	32	19	54	34

Hekimlerin alkol ve madde bağımlılığı hakkında tutumlarını öğrenmeye yönelik ifadeler hakkındaki düşünceleri Tablo 3’da gösterilmiştir.

Tablo 3. Hekimlerin Alkol Ve Madde Bağımlılığı Hakkında Tutumlarını Öğrenmeye Yönelik İfadeler Hakkındaki Düşünceleri

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Kararsızım	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
Alkol/madde bağımlılığı olan hastaları tedavi etmek para israfından başka bir şey değildir Alkol/madde bağımlılığı olan hastaları tedavi etmek para israfından başka bir şey değildir	74	63	5	1	1
Alkol/madde bağımlılığı olan hastalara yardım etmek için yapabileceğim çok az şey var	28	75	19	21	1
Alkol/madde bağımlılığı olan hastalarla çalışmamayı tercih ederim	15	51	40	34	4
Alkol/madde bağımlılığı olan hastalara ekstra zaman ayırmak hoşuma gider	6	31	50	50	7
Alkol/madde bağımlılığı olan hastalar için akşam telefonla uyandırılmaktan rahatsız olurum	6	30	36	50	22
Alkol/madde bağımlılığı olan hastaların daha iyi hissetmelerine yardımcı olacak şeyler bulabilirim	3	19	48	71	3
Özel sağlık sigortaları alkol/madde bağımlılığı olan hastaları da psikiyatrik/tıbbi hastalığı olan diğer hastalarla aynı ölçüde kapsamalıdır	2	13	25	88	16

4.8. Hekimlerin Anketteki Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları İle İlgili Bilgi Düzeylerini Ölçen Sorulara Verdiği Yanıtların Değerlendirilmesi

Çalışmamızda kullandığımız anketin 19-34. soruları hekimlerin alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi düzeyini ölçen sorular olup toplam 16 sorudan oluşmaktadır. Her sorunun doğru cevabı için 1(bir), yanlış ve kararsız cevaplar için 0 (sıfır) puan olarak puanlanmış ve cevaplarının toplamı 100 (yüz) üzerinden değerlendirilmiştir. Anketimize katılan 144 hekimin bilgi düzeyi sorularına verdiği doğru cevapların ortalaması 100 (yüz) üzerinden 53,8'dir. Hekimlerin aldıkları puanlar; yaş grupları, tıp fakültesinden mezuniyet sonrası geçen süreler, aile hekimliği alanında çalıştığı süreler, aile hekimliği asistanı olmadan önce çalışma durumları, günlük ortalama baktıkları hasta sayıları, bağımlılık merkezinde çalışma durumları, alkol/madde kullanım bozukluğu tanı koyabilme becerileri ve tanı koydukları hastaları ilgili merkeze yönlendirme durumları ile istatistiksel olarak karşılaştırılmıştır.

4.8.1 Hekimlerin Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Değerlendirilmesi

Çalışmamızda hekimlerin alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi düzeylerinin yaş gruplarına göre değerlendirildiği puanlar Tablo 4'de belirtilmiştir. Yaş grupları arasındaki alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi düzeyi farkı istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,04$).

Tablo 4. Hekimlerin Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Yaş Gruplarına Göre Değerlendirilmesi

	Sayı (n)	Ortalama puan	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük
30 ve altı	81	55	10	31	75
31-35	27	50	15	25	81
36-40	12	62	10	44	81
41-45	13	52	16	6	75
46 ve üstü	11	49	10	38	69
Toplam	144	53	12	6	81

Alt gruplar arasındaki farklılıkları belirlemek için yapmış olduğumuz Post HocTukey testi sonuçları Tablo 5’de gösterilmiştir. 31-35 yaş aralığındaki hekimlerin 36-40 yaş aralığındaki hekimlere kıyasla alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi düzeyi açısından daha geride olduğu görülmüştür.

Tablo 5. Alt Gruplar Arasında Bilgi Düzeyi Karşılaştırma Tablosu

	Yaş grubu (ortalama puan)	Yaş grubu (Ortalama puan)	p
Tukey HSD	30 yaş ve altı (55)	31-35 (50)	0,46
		36-40 (62)	0,23
		41-45 (52)	0,99
		46 ve üstü (49)	0,69
	31-35 yaş (50)	36-40 (62)	0,03
		41-45 (52)	0,95
		46 ve üstü (49)	0,99
	36-40 yaş (62)	41-45 (52)	0,29
		46 ve üstü (49)	0,08
	41-45 yaş (52)	46 ve üstü (49)	0,96

4.8.2. Hekimlerin Bağımlılık Merkezinde Çalışma Durumlarıyla Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda bağımlılık merkezinde çalışmış olan hekimlerin, alkol ve madde kullanım bozuklukları açısından bağımlılık merkezinde çalışmayan hekimlerden daha bilgili olduğu görülmüştür (Tablo 6).

Tablo 6. HekimlerinBağımlılık Merkezinde Çalışma Durumlarına Göre Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Bağımlılık merkezinde çalışmış olma	Sayı	Ortalama puan	p
Evet	17	59	0,02
Hayır	127	53	

4.8.3. Aile Hekimliği Alanında Çalışma Süreleri İle Hekimlerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda aile hekimliği alanında çalışma süreleri ile alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi düzeyleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 7).

Tablo 7. Aile Hekimliği Alanında Çalışma Süreleri İle Hekimlerin Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

	Sayı (n)	Ortalama puan	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük	p
12 aydan az	27	53	12	31	75	0,90
13-18 ay	25	54	11	38	75	
19-24 ay	9	57	09	44	69	
25-30 ay	25	53	12	31	81	
31 aydan fazla	58	53	13	6	81	
Toplam	144	53	12	6	81	

4.8.4. Mezuniyet Sonrası Geçen Sürelere Göre Hekimlerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Çalışmamızda anketimize cevap veren aile hekimliği araştırma görevlilerinin tıp fakültesinden mezuniyetlerinden sonra geçen süre ile alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi düzeyleri karşılaştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 8).

Tablo 8. Mezuniyet Sonrası Geçen Sürelere Göre Hekimlerin Bilgi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

	Sayı	Ortalama puan	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük	p
0-5 yıl	81	54	11	31	81	0,30
6-10 yıl	28	51	14	25	81	
11-15 yıl	9	60	10	44	75	
16-20 yıl	12	53	17	6	75	
20 yıldan fazla	14	51	10	38	69	
Toplam	144	53	12	6	81	

4.8.5. Hekimlerin Aile Hekimliği Asistanı Olmadan Önce Çalışma Durumlarına Göre Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Çalışmamızda hekimlerin alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi düzeyleri ile aile hekimliği asistanı olmadan önce çalışma durumları arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Tablo 9).

Tablo 9. Hekimlerin Aile Hekimliği Asistanı Olmadan Önce Çalışma Durumlarına Göre Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Aile hekimliği asistanı olmadan önce çalıştınız mı?	Sayı (n)	Ortalama puan	p
Evet	132	53	0,83
Hayır	12	53	

4.8.6. Hekimlerin ICD-10 Tanı Kriterlerine Göre Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları Tanısı Koyabilme Becerileri İle Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi

Yaptığımız çalışmada hekimlerin kendi beyanları baz alınarak sorgulanan ICD-10 tanı kriterlerine göre alkol ve madde kullanım bozuklukları tanısı koyabilme becerileri ile bilgi düzeyleri arasındaki ilişki araştırıldığında gruplar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark izlenmemiştir (Tablo 10).

Tablo 10. Hekimlerin ICD-10 Tanı Kriterlerine Göre Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları Tanısı Koyabilme Becerileri İle Bilgi Düzeyleri Arasındaki İlişki

ICD-10 tanı kriterlerine göre alkol ve madde kullanım bozuklukları tanısı koyabiliyor musunuz?	Sayı	Ortalama puan	p
Evet	36	54	0,76
Hayır	108	53	

4.8.7. Hekimlerin Alkol/Madde Kullanım Bozuklukları Tanısı Koydukları Hastaları İlgili Merkezlere Yönlendirme Durumları Ve Bilgi Düzeyleri Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi

Çalışmamızda hekimlerin alkol/madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi düzeyleri ile tanı koydukları hastaları ilgili merkezlere yönlendirme durumları arasında fark yoktur (Tablo 11).

Tablo 11. Hekimlerin Alkol/Madde Kullanım Bozuklukları Tanısı Koydukları Hastaları İlgili Merkezlere Yönlendirme Durumları Ve Bilgi Düzeyleri Arasındaki Fark

Alkol/madde bağımlılığı tanısı koyduğunuz hastaları ilgili merkezlere yönlendiriyor musunuz?	Sayı (n)	Ortalama (%)	p
Evet	34	54	0,16
Hayır	2	46	

4.8.8. Hekimlerin Günlük Baktıkları Hasta Sayıları İle Bilgi Düzeyleri Arasındaki Farkın Değerlendirilmesi

Yaptığımız çalışmada hekimlerin günlük ortalama baktıkları hasta sayıları ile hekimlerin alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi düzeyleri arasında istatistiksel farklılık saptanmamıştır (Tablo 12).

Tablo 12. Hekimlerin Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları İle İlgili Bilgi Düzeylerinin Karşılaştırılması

Hasta Sayısı	Sayı	Ortalama puan	Standart Sapma	En Küçük	En Büyük	p
20 ve altı	11	57	12	44	75	0,71
21-40	41	54	11	31	81	
41-60	37	52	15	6	75	
61-80	40	53	11	31	81	
81 ve üstü	15	51	12	31	75	
Toplam	144	53	12	6	81	

5. TARTIŞMA

Tüm dünyada olduğu gibi ülkemizde de alkol ve madde kullanım bozuklukları çok önemli bir toplumsal sağlık problemidir. Bağımlılık, bir tekrarlayan kullanım sürecidir ve birinci basamakta koruyucu sağlık hizmetlerini yürütecek olan aile hekimliği araştırma görevlilerinin önemi çok büyüktür. Bu konuda, aile hekimliği araştırma görevlilerinin mevcut bilgi ve tutumlarının belirlenmesi önem taşımaktadır. Bu araştırmanın amacı Ankara ili merkezinde faaliyet gösteren eğitim ve araştırma hastanelerinde çalışmakta olan aile hekimliği araştırma görevlilerinin alkol ve madde kullanım bozukluklarına ilişkin bilgi, tutum ve davranışlarını incelemektir.

Literatür tarandığında ülkemizde hekimlerin alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi tutum ve davranışlarının irdelendiği araştırma olmadığı görülmüştür. Bu durum; gerekli önlemlerin alınması yönünde politika geliştirmek bakımından yetersizliğe neden olmaktadır. Son yıllarda artış gösteren bir toplum sağlığı problemi olan, özellikle genç nüfusu etkileyen sentetik uyuşturucu kullanımı vesahte alkol tüketimine bağlı ölümler göz önüne alındığında, alkol ve madde kullanım bozuklukları ülkemizde büyük bir öneme sahiptir. Yaptığımız bu araştırmamızın sonuçları dünyada ve ülkemizde yapılan alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili yapılan çalışmaların sonuçları ile karşılaştırılarak değerlendirilmiştir.

Araştırmamızda ortaya çıkan bulgular birçok farklı yerde ve zamanda pratisyen hekimler üzerinde birinci basamakta yapılan çalışmalarla uyumlu bulunmuştur[50-54].

Araştırmamıza katılan hekimlerin çoğunluğu 30 yaş ve altı olarak saptanmıştır. Benzer bir çalışmalarda hekimlerin yaş ortalaması $39,8 \pm 5,8$ olarak bulunmuştur. Bu farklılığın asistan hekimlerin mezuniyet sonrası çalışma sürelerinin kısa olması sebebiyle olabileceği düşünülmektedir. Dolayısıyla, hekimlerin alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi ve tutumlarının, mesleki tecrübe ile arttığı varsayıldığında, sonuçların etkilenmesi beklenebilir[55].

Araştırmamıza katılan hekimlerin yarısından çoğunun tıp fakültesinden mezuniyet sonrası geçen süre 0-5 yıl arasındadır. Bu sonuç, asistan hekimlerin tıp fakültesinden mezuniyetleri sonrası çalışma sürelerinin kısa sürmesi nedeniyle olabilir.

Hekimlerin çoğu alkol ve madde bağımlılığını hastalık olarak kabul ettiğini ve bu hastaların tedavi edilmeleri gerektiğini söylemişlerdir. Ancak kendilerinin bu hastalarla

çoğunlukla çalışmak istemedikleri görülmektedir. Bunun sebebinin, alkol ve madde kullanım bozuklukları konusunda hekimlerin bilgi düzeylerinin yetersiz olmasının sonucu olduğu düşünülebilir. Bu durum literatürdeki benzer çalışmalarla uyumludur[56]. Türkiye’de yapılan bir çalışmada pratisyen hekimlerin alkol kullanım problemlerini uygulamak istemedikleri ve kısa müdahale uygulamalarını yapmadıkları görülmüştür[55].

Alkole karşı olan tutum kültürler arası farklılıklar göstermektedir. Alkole ilgili sağlık problemlerinin ülkeler arasındaki karşılaştırmaları sonucunda kullanım düzeyleri ile direkt ilişkili olmadığı düşünülmektedir[57]. Bu problemlerin yaygınlığı doğrudan ortalama kişi başına tüketim ile ilişkili değildir. Alkol tüketim oranları çok düşük olan toplumlarda alkole bağlı sosyal ve psikiyatrik problemler yüksek oranda görülebiliyorken alkol tüketim oranları yüksek olan toplumlar için de alkole bağlı sosyal ve psikiyatrik problemler düşük oranlarda görülebilir[58].

Çalışmamıza katılan hekimlerin %56,9’u aile hekimliği araştırma görevlisi olmadan önce devlet hastanesinde görev almışken, bağımlılık merkezi olarak da görev yapan KETEM’de çalışma oranı daha düşüktür. Araştırmamıza katılan hekimlerin %88’i daha önce bağımlılık merkezinde çalışmadığını belirtmiştir. Daha önce bağımlılık merkezinde çalışan hekimlerin alkol ve madde kullanım bozuklukları hakkında bilgi düzeylerinin daha yüksek saptandığı birçok çalışmada gösterilmiştir. Bu çalışmalardan birinde bağımlılık merkezinde daha önce çalışmış olan hekimlerin oranı %21,05’dir. Bağımlılık merkezinde çalışmış olmak alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi düzeyi açısından önemlidir[55, 59].

Hekimlerin günlük ortalama baktıkları hasta sayısı 21 ila 80 arasında değişkenlik göstermektedir. Bu farklılık çalışılan birimlerin değişken olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Diğer yapılan benzer çalışmalarda günlük ortalama bakılan hasta sayıları sırasıyla 50, 17, 21-31 olarak bulunmuştur. Literatürle uyumlu olmakla birlikte hekimlerin %27,7 si 61-80 arası hasta bakmakta olup bu farkın sahada çalışan hekimlerin nüfus yoğunluğunun fazla olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir[55, 59, 60].

Araştırmamıza katılan hekimlerin alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarla karşılaşma sıklığı %45,8 oranında yılda 3-4 kez olarak bulunmuştur. Literatüre bakıldığında yapılan çalışmanın birinde pratisyen hekimlerin hastalarının %0-30’unda alkol kullanım bozukluğu olduğu saptanmıştır. Çok merkezli çeşitli Avrupa ülkelerinin dahil edildiği bir çalışmada ise yıllık ortalama bakılan ağır alkol içicisi sayısı ortalama 5,2-21,2 olarak saptanmıştır[55, 60].

Araştırmamıza katılan hekimlere rutin muayeneleri sırasında hastalarına alkol, madde ve sigara kullanımlarını sorma sıklıkları sorulmuştur. Bu soruya verilen cevaplardan en sık olanları sırasıyla; alkol için %42 bazen, madde için %47 nadiren, sigara için %49 sıklıkla. Sigara içimini her zaman sorgulayan hekimleri de dâhil ettiğimizde hekimlerin %72'si hastalarının sigara kullanımlarını sorgularken alkol ve madde kullanımı sorgulanması için bu oran oldukça düşük olarak saptanmıştır. Brennan ve arkadaşlarının çalışmasında alkol kullanım bozuklukları olan hastalara sorma ve kısa müdahalede bulunma sıklığı %18,27 olarak bulunmuştur[61].

Belçika'da yapılan bir çalışmada, psikoaktif madde bağımlılığı olan hastaların sadece %3'ünün fiziksel, mental, sosyal ya da herhangi başka bir probleminin olmadığı saptanmıştır. Hastaların %97'sinin sıklık sırasına göre depresyon, anksiyete, uyku bozukluğu, bellek bozuklukları, fiziksel, gastrointestinal, yaralanma gibi problemlerinin olduğu saptanmıştır. Bu hasta grubunun sosyal problemleri sıklık sırasına göre aile, ekonomik, sosyal anlamda dışlanma ve yargılanma problemleridir. Bu hasta grubunun yaklaşık %40'ı aktif çalışma hayatından insanlardır[62].

Araştırmaya katılan hekimlerin %75'i ICD-10 tanı kriterlerine göre alkol ve madde kullanım bozuklukları tanılarını koyamadıklarını söylemişlerdir. Hekimlerin bilgi düzeylerinin hasta senaryosu ile değerlendirildiği bir çalışmada, senaryodaki Alkol kullanım bozukluğu olan hastaya "Alta yatan alkol problemi olasılığını ölçmek için alkol kullanımı ile ilgili bazı sorular sorulmalıdır" önermesine hekimlerin %100'ü evet yanıtını vermiştir[55]. Yine başka bir çalışmada hekimlerin çoğunluğu tarama soruları ile alkol kullanım bozukluğu olan hastaları tanımışlardır[59].

Araştırmamıza katılan hekimlerin bilgi düzeyleri anketteki 16 önerme ile test edilmiştir. Alkol ve madde bağımlılığını birer hastalık olarak kabul eden hekimlerin oranı %88,8 iken kalıtımsal bir hastalık olarak kabul eden hekimlerin oranı %19,4 olarak saptanmıştır. Literatürde karaciğerdeki ADH(Alkol Dehidrogenaz) enziminin izoenzimlerinin birçok farklı polimorfik biçimi olduğu bilinmektedir. Bu farklılık alkolün karaciğerden emilimde kişiden kişiye değişen bir farklılığa neden olmaktadır. Normal popülasyonda görülme sıklığına kıyasla alkol bağımlılarının çocuklarında 4 kat daha fazla bağımlılık görülme ihtimali vardır[49, 63]. Madde bağımlılığının gelişmesi ihtimalini arttıran genetik faktörlerin olduğu düşünülmektedir. Tek yumurta ikizlerinde çift yumurta ikizlerine göre bağımlılık riskinin daha fazla olması da kalıtımsal faktörlerin olduğunun bir göstergesidir[49].

Hekimlerin %74,3'ü bağımlı olan bir kişinin alkol/maddeyi kişisel problemlerinden kaçınmak için kullandığını belirtmiştir. Hekimlerin %73,6'sı alkol/madde kullanımının kişisel zafiyetin (güçsüzlüğün) bir göstergesi olarak gördüğünü söylemiştir. Bağımlılığın kişilik patolojilerinde sekonder olarak değil de ayrı bir klinik patoloji olduğu gösterilmiş ve bu alanda çalışmalar artmıştır[49]. Hekimlerin %84'ü insanların depresyonlarını azaltmak için alkol/madde kullandığını düşünmektedir. Genel bilgiler bölümündeki tanımlar kısmında da değinildiği üzere madde bağımlılığı, kullanılan maddelerin farmakolojik etkileri ile oluşan bir beyin hastalığıdır. Yani madde bağımlılığı Parkinson, Demans, Şizofreni, Depresyon gibi ele alınması gereken bir beyin hastalığıdır. Alkol sorunları önlenebilir hastalık ve yaralanma nedenleridir. Kısa müdahale, bağımlı olmayan ancak önerilenin üzerinde alkol kullanımı olan içicilerde alkol kullanımını ve alkolle ilişkili sorun riskini azaltabilir[13, 64, 65]. Bu tanımlamayı her dört hekimden üçünün bilmediği sonucuna varıyoruz. Hastaların psikososyal stresörleri sebepleriyle alkol/madde kullandıklarını düşünen bu hekimler alkol/madde bağımlısı olan hastalara müdahale etmeyecek ve tedavileri için yönlendirmeyeceklerdir. Literatürde yapılan çalışmalarda birinci basamakta alkol bağımlılarının tespiti ve yapılan kısa müdahalelerle %20 oranında başarılı olunduğu düşünüldüğünde hekimlerimizin öncelikle hastaları tanıma ve müdahale etme kısmında eğitilmeleri önem taşımaktadır[55, 66].

Hekimlerin %63,2'si alkol/madde bağımlılarının, alkol/madde kullanım sorunlarını kendi başlarına çözebilecek kapasitede olmadıklarını söylerken, %71,5'i alkol/madde bağımlılarının kendi kullanımlarını kontrol etmeyi öğrenebileceğini söylemişlerdir. Hekimlerin %89,5'i ise alkol/madde bağımlılarının mutlaka profesyonel destek almaları gerektiğini düşünmektedir. Hekimlerin %86,8'i iyileşmekte olan bir bağımlının mutlaka Psikiyatri uzmanlarının yardımı ve yol göstermelerine bağlı kalması gerektiğini söylemiştir. Bu sonuçlar doğrultusunda Aile Hekimlerinin alkol ve madde kullanım bozuklukları olan hastalara profesyonel destek almaları yönünde tarama ve tedaviye yönlendirme anlamında yardımcı olmak için gönüllü olabilecekleri çıkarılabilir.

Araştırmamıza katılan hekimlerin %56,25'i bağımlılıkta nüksün kişisel bir başarısızlık olduğunu düşünmektedir. Nükste en önemli faktörlerin başında hipotalamustan salgılanan CRF(Corticotropin Releasing Factor) gelmektedir. CRF hipofiz ve sürrenal bezden stres anında salınan hormonların salınmasını sağlar. CRF strese anında amigdala cevabının oluşmasını sağlar. Stres anındaki madde yoksunluğu ve/veya madde arama davranışı CRF tarafından başlatılır ve nüksün gelişmesinde başrol oynar. Amigdala ve striaterminalis arasında CRF

aracılığıyla ventraltegmental alanda dopaminsalınması etkisinin nükste etkili olduğu düşünülmektedir[49].

Hekimlerimizin %62,5'i, bağımlılarının alkol/madde kullanımlarını ne zaman sonlandırmaları gerektiğine ancak kendilerinin karar verebileceği önermesine katılmadıklarını belirtmişlerdir. Bağımlılık tedavisi güçlü bir motivasyonel görüşme tedavi modalitesidir. Tedavide mutlak gönüllülük esası aranmaz. Aile, iş yeri, yasal zorunluluklar bağımlının tedaviye girmesi için birer faktör olabilirler. Zaten bu hastalar başvuru anında tedavi için kararlı olamamaları sebebiyle müdahale edilmeli ve hastalar kaçırılmamalıdır. Yoksa bu hastalar kaybolup gitmektedirler[49].

Araştırmaya katılan hekimlerin %80,5'i alkol/madde bağımlılarının, bağımlılıkları ile ilgili bilgi edinmeden önce yaptıklarından sorumlu olmadıkları önermesine katılmadıklarını ifade etmişlerdir. Hekimlerin %31,2'si alkol/madde kullanım probleminin sadece daha kötüye gidebileceğini düşünmektedir. Yine araştırmaya katılan hekimlerin %60,4'ü bağımlı olan kişilerin iyileşmek için kullandıkları tüm maddeleri bırakmaları gerektiğini düşünmektedirler.

Hekimlerin %71,5'i alkol/madde bağımlılığı tedavi programlarının, bağımlılarının alkolü/maddeyi sosyal olarak kullanmalarına izin vermeyeceğini düşünmektedir. Yine hekimlerin %61,1'i iyileşmenin asla sona ermeyen ve devam eden bir süreç olduğunu düşünmektedir. Alkol ve madde kullanım bozukluklarında tedavi zor, uzun ve maliyeti yüksek bir süreçtir. Bağımlılık biyopsikososyal yönleri olan, kronik, tekrarlayıcı tıbbi bir hastalıktır. Madde bağımlılığının düzelmesi uzun bir süreçtir ve çok sayıda uzun tedavi dönemleri sonrasında düzelme sağlanabilir[49].

Anketimizdeki önermelere verilen cevaplara bakıldığında hekimlerin çoğunlukla alkol ve madde bağımlılarının tedavi olmaları gerektiğini düşündükleri, bu hasta grubuna yardımcı olmak istedikleri, bu hastalara zaman ayırıp çalışabilecekleri ve bu hastaların daha iyi hissetmelerini sağlayabilecekleri çıkarımlarına varılmaktadır. Araştırmamıza katılan Aile hekimliği araştırma görevlileri alkol ve madde bağımlılarını bir hasta olarak görüp tanı, tedavi ve takipleri için bir şeyler yapabileceklerini düşünmeleri koruyucu hekimlik ve birinci basamak yönelimli yaklaşım açısından çok önemlidir. Çünkü literatürde birinci basamaktaki riskli içicilerin saptanması ve bu hastalara yapılan kısa müdahale ve eğitimlerle alkol tüketim oranlarının %20 oranında azaltılabileceği gösterilmiştir[12]. Nikotin bağımlılığı için de hekimlerin hastalarına “Sigarayı bırakmalısınız” söyleminin tek başına %5 etkili olduğu gösterilmiştir[67]. Bu da birinci basamak hekimleri olan biz aile hekimlerinin görevidir.

Yaptığımız çalışmada hekimlere uyguladığımız ankette 16 adet hekimlerin bilgi düzeylerini ölçen sorular bulunmaktadır. Hekimlerin bu sorulara verdikleri doğru cevaplar

100(yüz) üzerinden değerlendirilmiş ve anketi cevaplayan 144 hekimin bilgi düzeyi ortanca değeri 50,00(Min:6,25 Maks:81,25) olarak bulunmuştur. Yurtiçinde yapılan başka bir çalışmada ortalama bilgi düzeyi 14 puan üzerinden 6.67 ± 1.70 olarak bulunmuştur[55]. Yapılan başka bir araştırmada hekimlere alkol bağımlılığı ile ilgili eğitim verilmiş ve öncesi/sonrası bilgi düzeyleri değerlendirilmiştir. Birinci ve ikinci değerlendirme puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark bulunması, alkol kullanım bozuklukları ile ilgili verilen bu eğitimin amacına ulaştığını ve hekimlerin farkında oluşluk düzeylerinin arttığını göstermektedir. Alkolle ilgili problemi olan hastalarla birinci basamakta çalışan hekimlere bilgilerini artırmada eğitimin etkili olduğu diğer çalışmalarda da belirtilmektedir[68, 69].

Çalışmamızda hekimlerin bilgi düzeyleri yaş gruplarına göre kıyaslanmış ve istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuştur ($p=0,04$). 31-35 yaş aralığı ile 36-40 yaş aralığındaki hekimlerin alkol ve madde kullanım bozuklukları ile ilgili bilgi düzeyi farkı istatistiksel olarak anlamlıdır. Literatürde yapılan bir çalışmada hizmet yılı ve yaş ile bilgi düzeyi arasında anlamlı ilişkiler bulunmamıştır[66]. Alkol kullanım bozuklukları alanında çok az eğitim alan yaşlı ve deneyimi fazla olan pratisyen hekimlerin bilgi puanlarının düşük olduğu gösterilmiştir[69]. Bu farklılık çalışmaların farklı zaman dilimlerinde yapılmış olmasından kaynaklanabilir.

Hekimlerin bilgi düzeyleri hekimlerin daha önce bağımlılık merkezinde çalışma durumlarına göre kıyaslamıştır. Çalışmamızda bağımlılık merkezinde çalışan hekimler soruların % 59'una doğru cevap verirken, bağımlılık merkezinde çalışmayanlar % 53 üne doğru cevap vermiş olup gruplar arasındaki bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır ($p=0,02$). Birinci basamak hekimleri alkol problemi olan çok az hasta ile çalışmakta, çoğunluğunu alkol tedavi merkezleri veya ilgili psikiyatri servislerine yönlendirmektedirler. Birinci basamakta çalışan hekimler alkol kullanım sorunlarını tanımada bilgi ve deneyim açısından eksik kalabilmektedir[69]. Bahsi geçen eğitimler sadece hekimlere yöneliktir. Oysa bilinmektedir ki hekimler dışında birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan diğer sağlık görevlilerinin (hemşireler, ebeler, vs.) de alkol kullanım bozuklukları ve ilgili danışmanlık hizmetleri konusunda bilgilendirilmeleri çeşitli çalışmalarda etkili sonuçlar vermiştir[70-72]. Bu popülasyona yönelik verilecek eğitim, alkol kullanım bozukluklarını tanımayı kolaylaştıracağı gibi, hastalara daha erken müdahale yapılabilmesini sağlayacak ve alkol tedavi merkezleri/ilgili psikiyatri servislerinin yükünü hafifletecektir. Daha da önemlisi bu tür eğitim programları farklı basamaklarda çalışan hekimler arasındaki iletişimi sağlayarak işlevsellik kazandıracaktır. Sonuç olarak, bilgi aktarımıyla hekimlerin yeterlilik duyguları ve mesleki doyumları gelişecektir. Bu açıdan eğitim konusunda üçüncü basamak sağlık çalışanlarına çok

fazla sorumluluk düşmektedir. Pratiğe dayanan bir eğitim paketi hazırlanması, standardizasyonu ve birinci basamakta uygulanmasının yaygınlaştırılması alkol kullanım bozukluklarının kısa zamanda ve yerinde çözümünü sağlaması açısından yardımcı olabilir[73]. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kısa müdahale ile ilişkili birçok kontrollü çalışmada aşırı düzeyde alkol tüketiminin %20 oranında azaldığı gösterilmiştir[12]. Ülkemizde yapılan epidemiyolojik çalışmalar alkole başlama yaşının 12'lere kadar indiğini göstermektedir[49]. Buradan yola çıkarak madde bağımlılığı hastalarının tanınması ve takip edilmesinde aile hekimlerinin önemi çok büyüktür.

Hekimlerin bilgi düzeyleri ile aile hekimliği alanında çalışma süreleri, tıp fakültesinden mezuniyet sonrası geçen süreler ve aile hekimliği asistanı olmadan önce çalışma durumları kıyaslanmış ve gruplar arasındaki farklar istatistiksel olarak anlamlı fark bulunamamıştır. Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada da hekimlerin alkol bağımlılığı hakkındaki bilgi düzeyleri ile pratisyen hekim olarak çalışma süreleri arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır. Yine aynı çalışmada cinsiyetin, mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası alkol kullanım bozuklukları konusunda eğitim alma durumunun bilgi, tutum ve davranış puanlarında etkili olmadığı görülmüştür[55]. Bu farklılık çalışmaların farklı zamanlarda ve farklı yerde yapılması, verilen eğitimin kalitesi ve her hekime eşit standartlarda eğitimin sağlanamaması sebepleriyle ortaya çıkmış olabilir.

Hekimlerin bilgi düzeyleri; ICD-10 tanı kriterlerine göre alkol/madde kullanım bozuklukları tanısı koyabilme becerileri, alkol/madde kullanım bozuklukları tanısı koydukları hastaları ilgili merkezlere yönlendirme durumları ve günlük ortalama baktıkları hasta sayıları ile karşılaştırılmış ve gruplar arasındaki farkların istatistiksel olarak anlamlı olmadığı bulunmuştur. ICD-10 tanı kriterlerine göre alkol/madde kullanım bozuklukları tanısı koyabilme becerileri hekimler tarafından objektif olarak değerlendirilmiştir. Bu da çalışmamızın kısıtlılıklarından biridir. Birinci basamak hekimlerinin çoğunluğu riskli içicilik düzeylerini bilmemektedir. Tarama ölçekleri ve biyokimyasal belirteçler de yine birinci basamak hekimleri tarafından bilinmemektedir. Alkol ve madde kullanım bozukluklarında içme sınırlarının ve aşırı alkol tüketimiyle ilişkili risklerin bilinmemesi bu faktörlerin başında gelmektedir. Bu sebeplerle birinci basamakta alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların çoğunluğu tanı konulamayarak atlanmaktadır[55].

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Alkol ve madde bağımlılığı günümüzde önde gelen halk sağlığı problemlerinden biridir. Birinci basamak hekimleri olan biz aile hekimlerinin bu hasta grubunun tanınması, tedavi edilmesi ve takibinde rolü ve önemi büyüktür. Çünkü bu hastalar birinci basamağa belirgin semptomatik alkol problemleri ile çok nadir olarak başvurmaktadır. Aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri ışığında bakıldığında bu hasta grubu öncelikli olarak birinci basamağın hastalarıdır. Herhangi bir sebeple başvuruda alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalar başvuru anında tespit edilmeli, riskli içicilik düzeyi belirlenmeli, ilgili organik bir patoloji tespit edildiyse tedavisi düzenlenmeli ya da ilgili bölümlere konsülte edilerek tedavisi düzenlenmelidir.

Aile hekimlerinin alkol ve madde bağımlılığı konusunda aktif rol alabilmeleri için öncelikle bu konuda bilgi donanımı yeterli düzeyde olmalıdır. Bunun sağlanabilmesi için Tıp Fakültesi müfredatında yeterli oranda, beceriye dayalı ve kapsamlı olarak alkol ve madde bağımlılığı üzerine eğitimler yer almalıdır. Bu eğitimler mezuniyet sonrası ve hizmet içi eğitimlerle desteklenerek sürekli hale getirilmelidir.

Bağımlılık gelişmeden önce hekimler tarafından yapılacak kısa müdahalelerin (briefintervention) bağımlılığı önleyebileceği gösterilmiştir. Koruyucu hekimlik kapsamında aile hekimlerinin öneri ve mesajları bağımlılık sorununun yaygınlaşmasını önleyici etkenlerden biridir. Bağımlılık sorununda koruma, erken tanı ve tedavi önemlidir. Bağımlılık tedavisi zor, uzun ve maliyeti yüksek bir süreçtir. Madde kullanımının neden olduğu pek çok fiziksel sorun vardır ve bu sorunlarla aile hekimlerinin karşılaşma olasılığı çok yüksektir. Madde yoksunluğu ve entoksikasyonları da bu sorunların başında gelmektedir ve acil yaklaşımlarının bilinmesi hastanın yaşamını kurtarabilir.

Aile hekimliği bağımlılık tedavisi ve takibinde önemli rol oynamalıdır. Bir aile hekimi takip ettiği gebesinin madde kullanımını sorgulamalıdır. Kullanıyorsa gereğini yapması hekimin sorumluluğu dâhilindedir. Aile hekiminin madde kullanımı için risk kabul edilen ergenlik dönemindeki nüfusunu tanınması ve erken dönemde olabilecek değişiklikleri fark etmesi önem taşır. Bağımlılık tedavisi gören birçok hasta yaşadığı il dışında tedavi görmekte olup izlemlerinde problemler yaşanmaktadır. Aile hekimleri bu hastaların tedavi ve izlemlerinde rol almalı ve olabilecek değişiklikleri fark ettiğinde müdahale edip bağımlılık merkezine yönlendirebilmelidirler. Bizim ülkemizde de bağımlılık merkezi sayısının yeterli

olmadığı göz önünde bulundurulduğunda aile hekimlerinin bağımlılık alanında bilgili olmaları ve daha etkili bir rol alması gerekmektedir.

Sonuç olarak aile hekimleri alkol ve madde bağımlılığı konusunda kendi nüfuslarına yönelik koruyucu hizmet sunabilecek bilgi ve beceriye sahip olmalıdırlar. Madde kullanımına yönelik anamnezi alıp tarama sorularını bilmeli, bağımlı hasta ve yakınları ile iletişim kurabilmeli, hastayı tedaviye yönlendirmeli ve takibini yapabilmelidir.

7. KAYNAKLAR

1. Dependence, W.E.C.o.D., *WHO Expert Committee on Drug Dependence: thirty-third report*. Vol. 33. 2003: World Health Organization.
2. *Nüfusta Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması (TUBİM GPS Araştırması)*
3. *Türkiye’de Okullarda Tütün, Alkol ve Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırması (TUBİM SPS Araştırması)*.
4. Ögel, K., et al., *Türkiye’de İlköğretim Ve Ortaöğretim Gençliği Arasında Esrar Kullanım Yaygınlığı*. Journal of Dependence, 2003. **4**: p. 15-19.
5. Bowirrat, A. and M. Oscar-Berman, *Relationship between dopaminergic neurotransmission, alcoholism, and reward deficiency syndrome*. American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics, 2005. **132**(1): p. 29-37.
6. Uzbay, İ.T., *Madde Bağımlılığı ve Dopaminerjik Sistem*. Türkiye Klinikleri Journal of Internal Medical Sciences, 2005. **1**(47): p. 65-72.
7. Fleming, M.F., et al., *Brief physician advice for problem alcohol drinkers: a randomized controlled trial in community-based primary care practices*. Jama, 1997. **277**(13): p. 1039-1045.
8. Kaya, E., *Madde Kullanım Bozuklukları*.
9. Uğur, M., Ü.C.T.F.S. Tıp, and E. Etkinlikleri, *Türkiye’de sık karşılaşılan psikiyatrik hastalıklar*. STE sempozyum dizisi İstanbul, 2008. **62**: p. 59-84.
10. Bendtsen, P. and I. Åkerlind, *Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers*. Alcohol and Alcoholism, 1999. **34**(5): p. 795-800.
11. Babor, T.F. and J.C. Higgins-Biddle, *Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health*. Addiction, 2000. **95**(5): p. 677-686.
12. Kaner, E.F., et al., *Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners*. Alcohol and Alcoholism, 1999. **34**(4): p. 559-566.
13. Hyman, Z., *Brief interventions for high-risk drinkers*. Journal of clinical nursing, 2006. **15**(11): p. 1383-1396.
14. Anderson, P., et al., *Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a World Health Organization international collaborative survey*. Alcohol and Alcoholism, 2003. **38**(6): p. 597-601.
15. Kalyoncu, U.D.A. and U.D.H. Mirsal, *Alkol Kullanım Bozuklukları, Psikiyatri Dünyası 2000;4:22-30*.
16. McKim MW. *Drugs and Behavior. An Introduction to Behavioral Pharmacology. Forth Edition, Prentice-Hall, Inc., New Jersey, 2000*.
17. Köknel Ö. *Bağımlılık. “Alkol ve Madde Bağımlılığı”*. Altın Kitaplar Yayınevi, Akdeniz Yayıncılık A.Ş., İstanbul, 1998.
18. Brown, S., & Yalom, I. (2008). *Alkolizm terapisi*. (Çev. T. Kazmirci). İstanbul: Prestij Yayınları. (Eserin orijinali 1995’de yayımlandı).
19. Arıkan Z. *Alkol Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar: Işık E, Taner E, Işık U (editörler). Güncel Klinik Psikiyatri. Ankara: 2008, 317-335*.
20. Begun, A.L., *Encyclopedia of Substance Abuse Prevention, Treatment, & Recovery, Vols. I & II, by Gary L. Fisher and Nancy A. Roget (Eds.) (2009). Los Angeles, CA: Sage, 1092 pp. Hardcover, \$350.00. ISBN 9781412950848*. Journal of Social Work Practice in the Addictions, 2010. **10**(3): p. 328-330.
21. Kalyoncu, Ö.A. (2010). *Plastik Düşler. İstanbul: Kapital*.

22. Öztürk, M.O. (2001). *Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar. Ruh sağlığı ve bozuklukları içinde (sf. 519-550)*. Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
23. Piazza, N.J. and S.L. Wise, *An order-theoretic analysis of Jellinek's disease model of alcoholism*. International journal of the addictions, 1988. **23**(4): p. 387-397.
24. Bellentani, S., et al., *Drinking habits as cofactors of risk for alcohol induced liver damage*. Gut, 1997. **41**(6): p. 845-850.
25. Good, C.K., et al., *Whole grain consumption and body mass index in adult women: an analysis of NHANES 1999-2000 and the USDA pyramid servings database*. Journal of the American College of Nutrition, 2008. **27**(1): p. 80-87.
26. İltter T. *Klinik Gastroenteroloji Ve Atlası.*; 2012:1009-1011.
27. Testino, G., *Alcoholic hepatitis*. Journal of medicine and life, 2013. **6**(2): p. 161.
28. Mathurin P, Lucey MR. *Management of alcoholic hepatitis*. J Hepatol. 2012;56 Suppl 1:S39-S45. doi:10.1016/S0168-8278(12)60005-1.
29. Clark, D.B., et al., *Health Problems in Adolescents With Alcohol Use Disorders: Self-Report, Liver Injury, and Physical Examination Findings and Correlates*. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 2001. **25**(9): p. 1350-1359.
30. Arıkan Z (2011) *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Klavuzu El kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü*, s.105-123.
31. Schuckit MA (2007) *Alkole Bağlı Bozukluklar. Kaplan and Saddock Comprehensive Textbook of Psychiatry*, s. 1168-1188.
32. Köroğlu E (2013) *Alkol Madde Kullanım Bozuklukları. Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, Beşinci Baskı (DSM-5)*. Ankara, Hekimler Yayın Birliği, s. 237-238.
33. Aydın H, Bozkurt H (2007) *Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığın Nöronal Temeli. Kaplan and Saddock's Comprehensive Textbook Psychiatry*, s. 308-319.
34. Davison G, Neale J. (2004) *Anormal Psikoloji, Çev. Ğhsan Dağ. Ğstanbul: Türk Psikologlar Derneği Yayınları*.
35. Booth M. (1997) *Haşhaştan Eroine Uyuşturucunun 6000 Yıllık Öyküsü. Çev. Özden Arıkan, Ğstanbul: Sabah Kitapçılık, 60*.
36. Babaoğlu AN. (1997) *Uyuşturucu ve Tarihi. Ğstanbul: Kaynak Yayınları, 55*.
37. Kurt S, Kurt E. (2007) *Uygulamada Uyuşturucu Veya Uyarıcı Madde Suçları Ve İlgili Mevzuat. Ankara: Adalet Yayınları, 34*.
38. Uzgören İA. (2001) *Dünyada Ve Türkiye'de Uyuşturucu Sorunu. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 23*.
39. Zor C. (2005) *Ortaöğretim Öğrenci Ailelerinin Uyuşturucu Madde Kullanımının Zararları İle Korunma Yolları Hakkındaki Görüşleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, 14*.
40. Altıntoprak, A., E. (2011) *Bağımlılıkta Kişilik Özellikleri ve Komorbidite. T.C. Sağlık Bakanlığı, Madde Bağımlılığı Tedavisinde Görev Alacak Personelin Sertifika Eğitim Programı Eğitim Kitabı, 03-07 Ekim 2011, İstanbul*.
41. Coşkunol, H. (2011), *Madde Kullanım Bozukluğunda Genel Yaklaşım. T.C. Sağlık Bakanlığı, Madde Bağımlılığı Tedavisinde Görev Alacak Personelin Sertifika Eğitim Programı Eğitim Kitabı, 03-07 Ekim 2011, İstanbul*.
42. Dilbaz, N (2010) *Madde Bağımlılığında Korunma ve Tedavi İlkeleri (Arıkan, Dilbaz ed.) Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, T.C. Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, sf 46-49*.
43. Rehm, J., et al., *The costs of alcohol, illegal drugs, and tobacco in Canada, 2002*. Journal of studies on alcohol and drugs, 2007. **68**(6): p. 886-895.
44. Kaplan&Sadock's *Comprehensive Textbook of Psychiatry, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Güneş Kitapevi Ltd.Şti Lippincott Williams & Wilkins, Türkçe, 8. Baskı, 2007: s.1137-1167*.

45. Johnston, L.D., P.M. O'Malley, and J.G. Bachman, *National Survey Results on Drug Use from the Monitoring the Future Study, 1975-1998. Volume I: Secondary School Students*. 1999: ERIC.
46. Ögel, K., et al., *Lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı*. Türk Psikiyatri Dergisi, 2001. **12**(1): p. 47-52.
47. Köroğlu, E., *Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş Dördüncü Baskı (DSM-IV-TR), Amerikan Psikiyatri Birliği, Washington DC, 2000'den çeviren Köroğlu E*. Ankara, Türkiye: Hekimler Yayın Birliği, 2001.
48. Association, A.P., *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5®)*. 2013: American Psychiatric Pub.
49. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü *Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı, 2012, sayfa; 48,133,243-245*.
50. Nygaard, P. and O.G. Aasland, *Barriers to implementing screening and brief interventions in general practice: findings from a qualitative study in Norway*. Alcohol and Alcoholism, 2011. **46**(1): p. 52-60.
51. Rapley T, May C, Frances Kaner E: *Still a difficult business? negotiating alcohol-related problems in general practice consultations*. Soc Sci Med 2006, **63**(9):2418–2428.
52. Arborelius E, Damström Thakker K: *Why is it so difficult for general practitioners to discuss alcohol with patients?* Fam Pract 1995, **12**(4):419–422.
53. Thom B, Téllez C: *A difficult business: detecting and managing alcohol problems in general practice*. Br J Addict 1986, **81**(3):405–418.
54. Johnson M, Jackson R, Guillaume L, Meier P, Goyder E: *Barriers and facilitators to implementing screening and brief intervention for alcohol misuse: a systematic review of qualitative evidence*. J Public Health 2011, **33**(3):412–421.
55. Akvardar, Y., et al., *Prasyen Hekimler Alkol Kullanım Sorunları Olan Hastaları Tanıyor ve Tedavi Ediyorlar Mı?*
56. Moriarty HJ, Stubbe MH, Chen L, Tester RM, Macdonald LM, Dowell AC, Dew KP: *Challenges to alcohol and other drug discussions in the general practice consultation*. Fam Pract 2012, **29**(2):213–222.
57. *The Social Issues Research Centre: Social and cultural aspects of drinking: a report to the European commission*. Oxford, UK: The Social Issues Research Centre; 1998.
58. Social, S., *Cultural Aspects of Drinking*. 1998, Oxford: Social Issues Research Centre.
59. Tam, C.W.M., N. Zwar, and R. Markham, *Australian general practitioner perceptions of the detection and screening of at-risk drinking, and the role of the AUDIT-C: a qualitative study*. BMC family practice, 2013. **14**(1): p. 121.
60. Anderson, P., et al., *Managing alcohol problems in general practice in Europe: results from the European ODHIN survey of general practitioners*. Alcohol and Alcoholism, 2014. **49**(5): p. 531-539.
61. Brennan, C., et al., *Training general practitioners in remote Western Australia in a method of screening and brief intervention for harmful alcohol use: a pilot study*. Australian Journal of Rural Health, 2013. **21**(2): p. 72-79.
62. Vanmeerbeek, M., et al., *Use of psychoactive substances in adults: Prevention and Treatment by general practitioners and Occupational physicians; DATA retriEval*. 2015.
63. Bosron, W. and T. Li, *Catalytic properties of human liver alcohol dehydrogenase isoenzymes*. Enzyme, 1986. **37**(1-2): p. 19-28.
64. Fleming, M.F., et al., *Brief physician advice for problem drinkers: long-term efficacy and benefit-cost analysis*. Alcoholism: Clinical and experimental research, 2002. **26**(1): p. 36-43.
65. Fleming, M. and L.B. MANWELL, *Brief intervention in primary care settings*. Alcohol Research & Health, 1999. **23**(2): p. 128-137.

66. Uzbay, İ.T., *Madde Bağımliliğinin Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler Ve Bağımlilik Yapan Maddeler*, www.eski.teb.org.tr sitesinden 21.10.2015 saat 21.17 itibariyle alıntı yapılmıştır.
67. <http://file.toraks.org.tr/TORAKSFD23NJKL4NJ4H3BG3JH/mesleki-kurslar-7-ppt-pdf/Sigara%20birakma%20sureci%20ve%205A-5RMGK%202010.ppt>, 20.11.2015 saat: 20:08'de bu linkten indirilmiştir.
68. Gorman, D., et al., *Evaluation of an alcohol education package for non-specialist health care and social workers*. British journal of Addiction, 1990. **85**(2): p. 223-233.
69. Clement, S., *The Identification of Alcohol-related Problems by General Practitioners*. British journal of addiction, 1986. **81**(2): p. 257-264.
70. Owens, L., I.T. Gilmore, and M. Pirmohamed, *General Practice Nurses'knowledge Of Alcohol Use And Misuse: A Questionnaire Survey*. Alcohol and Alcoholism, 2000. **35**(3): p. 259-262.
71. Deehan, A., et al., *Are practice nurses an unexplored resource in the indentification and management of alcohol misuse? Results from a study of practice nurses in England and Wales in 1995*. Journal of Advanced Nursing, 1998. **28**(3): p. 592-597.
72. Rassool, G.H., *A multi-professional course in substance misuse*. International nursing review, 1993. **41**(2): p. 53-56.
73. Doğan, Y.B., et al., *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası Cilt 56, Sayı 1, 2003 7-12 Birinci Basamaktaki Hekimlere Yönelik Alkol Kullanım Bozuklukları Kursunun Sonuçları*.

8. EKLER

EK-1. Anket Formu

AİLE HEKİMLİĞİ ARAŞTIRMA GÖREVLİLERİNİN ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI İLGİLİ BİLGİ, TUTUM VE DAVRANIŞLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

Sayın Doktor;

Bu anket çalışması Ankara ili Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde çalışan Aile Hekimliği Araştırma Görevlilerinin “Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları” konusunda bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amacıyla yapılmaktadır. Veriler tez çalışması için kullanılacak olup, anket 37 sorudan oluşmakta ve yaklaşık 5 dakika sürmektedir. Doğru sonuçlara ulaşılabilmesi açısından tüm soruların eksiksiz olarak cevaplanması büyük önem taşımaktadır. Herhangi bir konuda soru sormak isterseniz Dr. Uysan Öztürk e 0537 7929696 numaralı telefonda ve druysanozturk@yahoo.com mail adresinden ulaşabilirsiniz. Size ait bilgilerin gizli kalacağını belirtir, katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Uysan ÖZTÜRK

Bu anketin amacı ile ilgili olarak bilgilendirildiğimi, anketi uygulayan kişinin sorularına cevap verdiğini, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilceğimi veya kendi isteğime bakılmaksızın araştırmacı tarafından araştırma dışı bırakılabileceğimi, araştırma sonuçları hakkında araştırmacıdan telefon ve/veya e-posta ile bilgi alabileceğimi biliyorum.

Araştırmaya katılmayı, Onaylıyorum (.....) Onaylamıyorum (.....)

ANKET SORULARI

1-Kaç yaşındasınız?

- a) 30 ve altı b) 31-35 c) 36-40 d) 41-45 e) 46 ve üstü

2-Cinsiyetiniz nedir?

- a) Kadın b) Erkek

3-Tıp fakültesinden mezun olduğunuzdan sonra geçen süre nedir?

- a) 0-5 yıl b) 6-10 yıl c) 11-15 yıl d)16-20 yıl e) 20 yıldan fazla

4-Kaç aydır aile hekimliği alanında çalışıyorsunuz?

- a) 12 aydan az b) 13-18 ay c) 19-24 ay d) 25-30 ay e) 31 aydan fazla

5-Aile hekimliği asistanı olmadan önce görev yaptınız mı ?

(Cevabınız 'evet ' ise 6. Soruya geçiniz, 'hayır' ise 7.sorudan devam ediniz.)

- a) Evet b) Hayır

6-Nerede görev yaptınız? (Birden fazla şık işaretleyebilirsiniz.)

- a) Devlet hastanesinde
b) Özel sektörde
c) Sağlık Ocağı, ASM, AÇSAP, VSD, KETEM
d) Üniversite Hastanesi
e) Diğer:.....

7-Günlük ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?

- a) 20 ve altı b) 21-40 c) 41-60 d) 61-80 e) 81 ve üstü

8-Bağımlılık merkezinde çalıştınız mı?

- a) Evet b) Hayır

9-Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarla ne sıklıkta karşılaşıyorsunuz?

- a) Hiç
b) Yılda 3-4 kez
c) Ayda 3-4 kez
d) Haftada 3-4 kez
e) Her gün

10-Muayene sırasında hastalarınızın sigara kullanımını sorguluyor musunuz?

a) Her zaman b) Sıklıkla c)Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

11-Muayene sırasında hastalarınızın alkol kullanımını sorguluyor musunuz?

a) Her zaman b) Sıklıkla c)Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

12-Muayene sırasında hastalarınızın madde kullanımını sorguluyor musunuz?

a) Her zaman b) Sıklıkla c)Bazen d) Nadiren e) Hiçbir zaman

13-ICD-10 tanı kriterlerine göre hastalarınıza alkol/madde bağımlılığı tanısı koyabiliyor musunuz?

(Cevabınız “Hayır” ise 16. Sorudan devam edebilirsiniz.)

a) Evet b) Hayır

14-Alkol/madde bağımlılığı tanısı koyduğunuz hastaları ilgili merkezlere yönlendiriyor musunuz?

a) Evet b) Hayır

Lütfen aşağıdaki sorularla ilgili size en uygun gelen seçeneği işaretleyiniz.

15- Alkol/madde bağımlılığı bir hastalıktır.

a)Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

16- Alkol/madde bağımlılığı kalıtımsaldır.

a)Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

17- Bağımlı olan bir kişi alkol/maddeyi kişisel problemlerinden kaçınmak için kullanır.

a)Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

18- Alkol/madde kullanımı kişisel zaafiyetin (güçsüzlüğün) bir göstergesidir.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

19- Alkol/madde bağımlıları alkol/madde kullanım sorunlarını kendi başlarına çözebilecek kapasitede değildirler.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

20- İnsanlar depresyonlarını azaltmak için alkol/madde kullanırlar.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

21- Alkol/madde bağımlıları kendi kullanımlarını kontrol etmeyi öğrenebilirler.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

22- Alkol/madde bağımlıları mutlaka profesyonel destek almalıdırlar.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

23- İyileşmekte olan bir bağımlı mutlaka Psikiyatri uzmanlarının yardımı ve yol göstermelerine bağlı kalmalıdır.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

24- Bağımlılıkta nüks kişisel bir başarısızlıktır.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

25- Alkol/madde bağımlıları, bağımlılıkları ile ilgili bilgi edinmeden önce yaptıklarından sorumlu değildirler.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

26- Alkol/madde kullanımlarını ne zaman sonlandırmaları gerektiğine alkol/madde bağımlılarının sadece kendileri karar verebilirler.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

27- Alkol/madde kullanım problemi sadece daha kötüye gidebilir.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

28- Bağımlı olan kişiler iyileşmek için kullandıkları tüm maddeleri bırakmalıdırlar.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

29- Tedavi programları, alkol/madde bağımlılarının alkolü/maddeyi sosyal olarak kullanmalarına izin verebilir.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

30- İyileşme asla sona ermeyen ve devam eden bir süreçtir.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

31- Alkol/madde bağımlılığı olan hastaları tedavi etmek para israfından başka bir şey değildir.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

32- Alkol/madde bağımlılığı olan hastalara yardım etmek için yapabileceğim çok az şey var.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

33- Alkol/madde bağımlılığı olan hastalarla çalışmamayı tercih ederim.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

34- Alkol/madde bağımlılığı olan hastalara ekstra zaman ayırmak hoşuma gider.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

35- Alkol/madde bağımlılığı olan hastalar için akşam telefonla uyandırılmaktan rahatsız olurum.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

36- Alkol/madde bağımlılığı olan hastaların daha iyi hissetmelerine yardımcı olacak şeyler bulabilirim.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

37- Özel sağlık sigortaları alkol/madde bağımlılığı olan hastaları da psikiyatrik/tıbbi hastalığı olan diğer hastalarla aynı ölçüde kapsamalıdır.

a) Kesinlikle Katılmıyorum b) Katılmıyorum c) Kararsızım d) Katılıyorum e) Kesinlikle Katılıyorum

ANKETİ DOLDURDUĞUNUZ İÇİN TEŞEKKÜR EDERİZ. ANKETİMİZLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ VARSA LÜTFEN BELİRTİNİZ.

.....
.....
.....

EK-2. Etik Kurul Onayı



T.C.
YILDIRIM BEYAZIT ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
Klinik Araştırmalar Etik Kurulu

SAYI : 26379996 / 230

18.11./2015

KONU : 18.11.2015 Tarih ve 227 Sayılı Kurul Kararı

Sayın: Yrd. Doç. Dr. Basri Furkan DAĞCIOĞLU

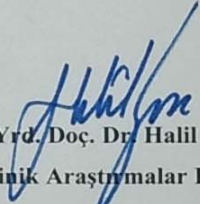
Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Aile Hekimliği Kliniği

Sorumlu Araştırmacılığını yapmış olduğunuz “Aile Hekimliği Araştırma Görevlilerinin Alkol Ve Madde Kullanım Bozuklukları İle İlgili Bilgi Ve Tutumlarının Değerlendirilmesi” isimli Dr. Uysan ÖZTÜRK’ ün tez çalışması Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’nun 18/11/2015 tarih ve 227 sayılı kararı ile başvuru dosyasında belirtilen merkezde gerçekleştirilmesi etik ve bilimsel açıdan uygun bulunmuştur

Bilgilerinize rica ederim.


Yrd. Doç. Dr. Halil KARA

Klinik Araştırmalar Etik Kurul
Başkanı

Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi - Etik Kurul Sekreteryası
Bilkent Yolu 3.Km. Çankaya /Ankara
Telefon: 0(312) 291 25 25 / 36 45

9. ÖZGEÇMİŞ

Uysan ÖZTÜRK 1987 yılı Temmuz ayında Kdz.Ereğli'de doğmuştur. İlk ve orta öğrenimini Kdz.Ereğli'de tamamlamıştır. 2005 yılında Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi'nde başladığı yükseköğrenimini 2011 yılında tamamlamıştır. 2011 Eylül-2012 Nisan tarihleri arasında Zonguldak Gökçebey İlçe Devlet Hastanesi'nde acil servis pratisyen hekimi olarak görev yapmıştır. 2012 Kasım ayından bu yana Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Ankara Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nde Aile Hekimliği Araştırma Görevlisi olarak görev yapmaktadır.