



T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**SAKARYA İLİNDE ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN ALKOL
MADDE TEDAVİ VE EĞİTİM MERKEZLERİNE HASTA
YÖNLENDİRME HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ VE
FARKINDALIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

ASIM ÇALKAY

UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN

Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023-SAKARYA

T.C.
SAKARYA ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ

**SAKARYA İLİNDE ÇALIŞAN AİLE HEKİMLERİNİN ALKOL
MADDE TEDAVİ VE EĞİTİM MERKEZLERİNE HASTA
YÖNLENDİRME HAKKINDAKİ BİLGİ DÜZEYİ VE
FARKINDALIKLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ**

ASIM ÇALKAY
UZMANLIK TEZİ

AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

DANIŞMAN
Dr. Öğr. Üyesi ABDÜLKADİR AYDIN

2023-SAKARYA

BEYAN

Bu tezin kendi çalışmam olduğunu, planlanmasından yazımına kadar hiçbir aşamasında etik dışı davranışımın olmadığını, tezdeki bütün bilgileri akademik ve etik kurallar içinde elde ettiğimi, tez çalışmasıyla elde edilmeyen bütün bilgi ve yorumlara kaynak gösterdiğimi ve bu kaynakları kaynaklar listesine aldığımı, tez çalışması ve yazımı sırasında patent ve telif haklarını ihlal edici bir davranışımın olmadığını beyan ederim.

Bu çalışma T.C. Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan 05/12/2022 tarihinde onay alınarak hazırlanmıştır.

15/05/2023
Dr. Asım Çalkay

TEŞEKKÜR

Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda aldığım uzmanlık eğitimim boyunca bilgi, fikir ve tecrübelerinden faydalandığım Anabilim Dalı Başkanımız Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir Aydın'a,

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve tecrübeleri ile bana yol gösteren ve hiçbir konuda desteğini esirgemeyen değerli hocamız Prof. Dr. Hasan Çetin Ekerbiçer'e,

Tezimin tüm aşamalarında benden yardımını esirgemeyen sorularımı sabırla cevaplayan Uzm. Dr. Erkut Etçioğlu'na

Uzmanlık eğitim sürecimde bilgi ve deneyimlerinden yararlanabilme imkânı bulabildiğim, Sakarya Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nin tüm akademisyenlerine ve uzmanlarına,

Birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum, zor günlerimi kolaylaştıran tüm asistan arkadaşlarıma,

Bu günlere gelmemde büyük emekleri olan, hiçbir zaman desteklerini esirgemeyen aileme, özellikle de annem, babam ve eşim Gülşen Çalkay'a,

Çocuklarım Asya ve Barış'a

Tüm kalbimle teşekkür ederim.

Dr. Asım ÇALKAY

İÇİNDEKİLER

BEYAN.....	i
TEŞEKKÜR.....	ii
İÇİNDEKİLER	iii
KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ	v
TABLO LİSTESİ.....	vi
ÖZET.....	vii
ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
2. GENEL BİLGİLER	4
2.1. Bağımlılık.....	4
2.1.1. Tanımlar	4
2.1.2. Bağımlılığın tarihçesi	5
2.2. Alkol Kullanım Bozukluğu	7
2.3. Madde Kullanım Bozukluğu	8
2.4. Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri	9
2.5. Bağımlılıkla Mücadele	11
2.5.1. Bağımlılığın tarihçesi	11
2.5.2. Kamu paydaşları.....	12
2.5.3. Sağlık Bakanlığının rolü	15
2.5.4. AMATEM	16
2.5.5. Yeşilay.....	18
2.5.5.1. Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM)	18
2.5.5.2. Uyuşturucu ile mücadele danışma ve destek hattı (ALO 191)	19
2.5.5.3. Türkiye Bağımlılıkla Mücadele (TBM) eğitim programı	20
2.5.6. Aile hekimliğinin rolü	21

2.5.7. Hedefler.....	22
3. GEREÇ VE YÖNTEM	25
3.1. Araştırmanın Tipi	25
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	25
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi	25
3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi	25
3.5. Verilerin Analizi.....	25
3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları	26
3.7. Araştırmanın Etik Yönü	26
4. BULGULAR.....	27
5. TARTIŞMA VE SONUÇ	37
6. KAYNAKLAR	47
7. EKLER.....	52
EK-1: Etik kurul kararı.....	52
EK-2: Anket soruları	53
ÖZGEÇMİŞ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

KISALTMA VE SİMGELER LİSTESİ

AMATEM: Alkol ve Madde Tedavi ve Eğitim Merkezi

ASM: Aile Sağlığı Merkezi

APA: American Psychiatric Association/Amerikan Psikiyatri Birliği

BM: Birleşmiş Milletler

BMKY: Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu

ÇEMATEM: Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders/Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatiksel El Kitabı

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EGM: Emniyet Genel Müdürlüğü

ICD: International Classification of Disease/Uluslararası Hastalık Sınıflaması

MEB: Milli Eğitim Bakanlığı

OECD: Organisation for Economic Co-operation and Development/Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü

TBM: Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı

UNODC: United Nations Office on Drugs and Crime/Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi

YEDAM: Yeşilay Danışmanlık Merkezi

TABLO LİSTESİ

Tablo 2.1. Türkiye bağımlıkla mücadele eğitim modülü.....	21
Tablo 4.1. Katılımcıların demografik bilgiler.....	27
Tablo 4.2. Katılımcıların çalışma durumlarına dair bilgiler.....	27
Tablo 4.3. Katılımcıların bağımlılıkla ilgili eğitim alma ve tecrübe durumu.....	28
Tablo 4.4. Katılımcıların muayene sırasında sigara/alkol/madde kullanım sorgulama durumu.....	29
Tablo 4.5. Katılımcıların bağımlı kişilerle karşılaşma ve yönlendirme durumu.....	30
Tablo 4.6. Katılımcıların YEDAM hakkında bilgi durumları.....	30
Tablo 4.7. Katılımcıların demografik bilgileri ile muayene sırasında hastalara alkol kullanımını sorgulama durumu arasındaki ilişki.....	31
Tablo 4.8. Katılımcıların demografik bilgiler ile muayene sırasında hastalara madde kullanımını sorgulama durumu arasındaki ilişki.....	32
Tablo 4.9. Katılımcıların demografik bilgiler ile alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaları ilgili merkezlere yönlendirme durumu arasındaki ilişki.....	34
Tablo 4.10. Sigara ve alkol kullanımı sorgulama durumu değişkenleri arasındaki ilişki.....	35
Tablo 4.11. Sigara ve madde kullanımı sorgulama durumu değişkenleri arasındaki ilişki.....	36
Tablo 4.12. Alkol ve madde kullanımı sorgulama durumu değişkenleri arasındaki ilişki.....	36

ÖZET

GİRİŞ VE AMAÇ: Bağımlılık, tarih boyunca hemen her dönemde bireyleri, ailelerini ve toplumları etkileyen önemli bir sosyal sorun olmuştur. Alkol ve madde kullanım durumları giderek yaygınlaşmakta ve başlama yaşı her geçen gün düşmektedir. Bağımlılıkla mücadelenin etkili bir şekilde yürütülmesi için kurumların işbirliği içerisinde hareket etmesi gerekmektedir. Çalışmamızda aile hekimlerinin karşılaştıkları bağımlı hastaları AMATEM'lere yönlendirme hakkındaki bilgi ve tutumlarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM: Bu araştırma tanımlayıcı tipte kesitsel bir çalışma olarak 1 Aralık 2022 – 31 Aralık 2022 tarihleri arasında Sakarya ilinde Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimleri üzerinde yapılmıştır. 325 aile hekiminden çalışmaya katılmayı kabul eden, anket formunu tam ve hatasız dolduran 196 aile hekimi çalışmaya dahil edilmiştir. Veri toplama aracı olarak 30 sorudan oluşan anket formu kullanılmıştır. Veri toplama araçları yüz yüze ve çevrimiçi uygulanmıştır. Verilerin analizinde IBM SPSS Statistics 26 programı kullanılmıştır.

BULGULAR: Çalışmamızda aile hekimi olarak çalışma süresiyle muayene sırasında hastalara alkol kullanımı sorgulama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$). Çalışma süresi ve aile hekimi olarak çalışma süresi ile muayene sırasında madde kullanımı sorgulama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı ilişki bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışma süresi, aile hekimi olarak çalışma süresi ve günlük bakılan hasta sayısı ile alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaları ilgili merkezlere yönlendirme durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır ($p<0,05$).

SONUÇ: Aile hekimleri sağlığın korunması ve artırılması kapsamında kendilerine başvuran kişileri aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri kapsamında bütün olarak ele almalı, muayene esnasında sigara, alkol ve madde kullanımını da sorgulamalı gerekli hallerde kişilerin ihtiyacına göre ilgili merkezlere yönlendirmelidir.

Anahtar Kelimeler: Aile hekimliği, alkolizm, bağımlılık, bağımlılıkla mücadele, uyuşturucu bağımlılığı.

ABSTRACT

Assessment of the Knowledge and Awareness of Family Physicians Working in Family Health Centers in Sakarya about Referring Patients to Alcohol and Substance Treatment and Education Centers

INTRODUCTION AND AIM: Addiction has been an important social problem affecting individuals, families, and societies throughout history. Alcohol and substance use are increasingly common, and the age of onset is decreasing day by day. Institutions need to work in collaboration to effectively combat addiction. Our study aimed to evaluate the knowledge and attitudes of family physicians about referring addicted patients to AMATEMs.

MATERIALS AND METHODS: This descriptive cross-sectional study was conducted on family physicians working in Family Health Centers in Sakarya between December 1, 2022 and December 31, 2022. Of the 325 family physicians who agreed to participate in the study and filled out the survey form completely and accurately, 196 were included in the study. A survey form consisting of 30 questions was used as the data collection tool. Data collection tools were applied face-to-face and online. IBM SPSS Statistics 26 program was used for data analysis.

RESULTS: In our study, there was a statistically significant difference between working period as a family physician and questioning patients about alcohol use during examination ($p < 0.05$). There was a statistically significant relationship between working period as a family physician and substance use questioning during examination ($p < 0.05$). There was a statistically significant difference between working period, period as a family physician, daily number of patients, and referral of patients with alcohol/substance use disorders to relevant centers ($p < 0.05$).

CONCLUSION: Family physicians should approach individuals who apply to them within the scope of maintaining and improving health as a whole, and should also question smoking, alcohol and substance use during examination, and refer individuals to relevant centers according to their needs when necessary.

Keywords: alcoholism, dependence, drug addiction, family medicine, fight addiction

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bağımlılık genel olarak bir nesne, varlık veya kişiye yönelik önlenemez istek ya da başka bir iradenin emri altına girmektir. Bu durum kişilerin sağlıklarına zarar vermesine rağmen belirli bir takıntılı hali tekrarlamaya yönelik engellenemeyen istek duymaları ve mevcut durumu sürdürme hali olarak belirtilmiştir. Bağımlılık denilince akla ilk kimyasal ve bitkisel keyif verici maddeler gelse de bununla birlikte alış-veriş, internet, kumar, seks, yeme-içme bağımlılıkları da günümüzde tıbbi yardım gerektiren bağımlılık türleridir (Uzbay, 2009).

Dünyada bağımlılık yapma potansiyeli olup en çok kullanılan maddelerden biri alkoldür. Alkolün bireyler üzerindeki etkileri oldukça karmaşıktır ve kişiden kişiye değişkenlik gösterir. Toksik ve psikoaktif etkiler gösteren alkol, insan sosyal hayatının önemli bir parçasıdır. Toplum içinde görünürlük ve güç algısının yer bulduğu sosyal çevrelerde önemli bir konuma sahiptir (https://www.who.int/health-topics/alcohol#tab=tab_1, Erişim tarihi: 21.03.2023). Alkol, bilinen en az yedi kanser çeşidi, bulaşıcı olmayan hastalıklar ve yaralanmalar olmak üzere 200'den fazla hastalığın etiyolojisinde yer almaktadır (Global Burden of Disease Alcohol Collaborators, 2016; Rehm ve ark., 2017).

Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü (OECD)'nin 2017 yılı verilerine göre Türkiye'de kişi başı saf alkol tüketimi 1,3 litredir. Diğer OECD ülkelerinin ortalaması ise 9 litredir (OECD, 2017). Türkiye'de kişi başı saf alkol tüketimi Avrupa ülkeleri değerlerinden düşük olmakla beraber, analiz sadece alkollü içki kullananlar temel alınarak yapıldığında ise ülkemizde kişi başı alkol tüketiminin yüksek olduğu görülmektedir. 2014 Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Alkol ve Küresel Sağlık Durum Raporuna göre 15 yaş üzeri bireylerde yıllık alkol tüketim miktarı İngiltere'de kişi başına yaklaşık 13,8 litre iken Türkiye'de yaklaşık 17,3 litre olarak hesaplanmıştır. Bu verilerden hareketle ülkemiz, alkol kullanım prevalansının düşük, ancak bireysel tüketim miktarının sağlık için tehlikeli düzeyde olduğu bir ülke olarak değerlendirilmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).

2018 yılında Türkiye’de 42.754 kişi üzerinde yapılan tütün, alkol ve madde kullanımına yönelik tutum ve davranış araştırma raporuna göre 15-64 yaş aralığında yaşam boyu en az bir defa alkollü içecek kullanma prevalansı %22,1’dir. Bu oran erkeklerde %34,3’dir. Kadınlarda ise %10,7 bulunmuştur. Alkollü içecekleri ilk deneme ortalama yaşı 19,94 olarak saptanmıştır. (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2018).

Madde bağımlılığı, maddenin keyif verici etkilerini duyumsamak, yoksunluğunun sebep olduğu kontrol bozukluğundan kaçınmak için sürekli olarak ve daha yüksek miktarlarda madde alma isteği ve beraberinde davranış bozukluklarıyla karakterize bir beyin hastalığıdır (Uzday, 2015).

Bağımlılık, tarih boyunca hemen her dönemde biyo-psiko-sosyo-kültürel ve ekonomik bağlamlarda birey, aile, grup ve toplumları etkileyen önemli bir sosyal sorun olmuştur (Işık, 2018).

2018 yılı Birleşmiş Milletler (BM) Uyuşturucu ve Suç Ofisi (UNODC) Dünya Uyuşturucu Raporu verilerine göre 2016 yılında 15-64 yaş aralığında 250 milyon olan uyuşturucu bağımlısı sayısı 2 yılda 25 milyon artarak 275 milyon kişiye ulaşmıştır. Yani dünya nüfusunun %5,6’sı hayatında en az bir defa uyuşturucu/uyarıcı madde kullanmıştır. Yine bu rapora göre 275 milyon uyuşturucu kullanıcısından 31 milyondan fazlası madde kullanımı nedeniyle tedaviye ihtiyaç duyacak seviyede etkilenmiştir (World Drug Report, 2018).

Ülkemizde 15-64 yaş aralığında 42.754 kişi üzerinde yapılan araştırmada yaşam boyu madde kullanım prevalansı %3,1 (%94’ü erkek, %6’sı kadın) olarak bulunmuştur. Bu oran erkeklerde %6,1 iken, kadınlarda %0,3’tür. En yoğun yaş aralığı 15-34 yaş arasındadır (%65). İlk kullanım ortalama yaşı ise 19’dur (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2018)

Madde bağımlılığı bireyi etkilediği kadar ailesini ve sosyal çevresini de etkileyen önemli bir unsurdur. Her ne kadar bireyin çevresini etkilese de en fazla zarar gören kişi madde kullanıcısının kendisidir. Bu süreç, kişilerin işini, ailesini, sosyal çevresini etkilemesinin yanı sıra duygularını ve davranışlarını kontrol edilemez hale getirerek ruh ve beden sağlığını olumsuz etkilemekte, özgürlüğünü elinden alarak toplumsal yaşantısını tehlikeye atmaktadır (Balcıoğlu ve Abanoz, 2009).

Günümüzde alkol ve madde bağımlılığı tanısı için somut kriterler, Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) tarafından hazırlanan Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı (DSM) beşinci baskısı veya Uluslararası Hastalıklar Sınıflandırması (ICD) ile belirlenerek, bağımlılığı teşhisinde ve tedavisinin değerlendirilmesinde yaygın olarak kullanılmaktadır (APA, 2013; <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, Erişim tarihi 11 Mart2023).

Aile hekimliği birimleri yaygın ve kolay ulaşılabilir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2022). Aile hekimliği birimleri tarafından verilen hizmetlerin özellikleri göz önünde bulundurulduğunda; hastalar için doğrudan erişilebilir, sürekli, bütüncül, aile ve toplum odaklı, ilk temas noktası, hizmet ettiği kişileri aile ve sosyal çevresiyle ele alan bir örgütlenme modeli olarak tanımlanmıştır (Yıldırım, 2011). Aile hekimi, gerek görülmesi halinde hastaları bilgilendirerek ikinci ve üçüncü basamak sağlık kuruluşlarına sevkini gerçekleştirir, verilen sağlık hizmetini geri bildirim yoluyla da izler (T.C. Resmi Gazete, 25 Ocak 2013, Sayı: 28539). Sağlık istatistikleri yıllık 2020 raporuna göre, 2020 yılında Türkiye’de hekimlere müracaatların %41’i aile hekimlerine olmuştur (T.C. Sağlık Bakanlığı,2020).

Alkol ve madde kullanım durumları giderek yaygınlaşmakta ve başlama yaşı her geçen gün düşmektedir. Bu bağlamda bağımlılıkla mücadelenin etkili bir şekilde yürütülmesi için kurumların işbirliği içerisinde hareket etmesi gerekmektedir (Yavuz ve Ateş, 2019).

Çalışmamızın amacı; yaygın ve kolay ulaşılabilir olan aile hekimliği birimlerine başvuran kişilere aile hekimlerinin alkol ve madde kullanım durumlarını sorgulama ve Alkol Madde Tedavi ve Eğitim Merkezleri(AMATEM)’ne yönlendirme hakkında bilgi düzeyi ve farkındalıklarını belirlemektir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Bağımlılık

2.1.1. Tanımlar

Madde kötüye kullanımı: Tekrar eden sorunlar ve istenmeyen sonuçlara rağmen uygunsuz, tekrarlayıcı şekilde madde kullanma şeklidir (Aydoğan ve Koç, 2016).

Madde bağımlılığı: Madde kullanan kişilerde, fiziksel, bilişsel, davranışsal problemlere neden olmasına ve sosyal hayata uyumunu bozmasına karşılık madde temini ve alımının kontrol edilememesi ile ilgili durumdur. Tolerans veya yoksunluk bulguları varsa fiziksel bağımlılık olarak tanımlanır, yoksa psikolojik bağımlılık olarak kabul edilir (Aydoğan ve Koç, 2016).

İntoksikasyon: Madde alımına bağlı gelişen, merkezi sinir sistemindeki etkiye bağlı uygunsuz davranışlar ve psikolojik değişikliklere yol açan geri dönüşlü maddeye özgü durumdur (Aydoğan ve Koç, 2016).

Madde kullanım bozukluğu: Bir maddeyi hiç kullanmamaktan riskli kullanım, kötüye kullanım ve bağımlılığa kadar giden bir kullanım sürecini ifade eder (Robert, 2019).

Bağımlılık genel olarak ise bir nesne, varlık veya kişiye yönelik önlenemez istek, arzu veya başka bir iradenin emri altına girmektir. Kişilerin sağlıklarına zarar vermesine rağmen belirli takıntılı hali tekrarlamaya yönelik engel olunamayacak şekilde istek duymaları ve bu durumu sürdürmeleridir. Bağımlılık denilince akla ilk kimyasal ve bitkisel keyif verici maddeler gelse de bununla birlikte alış-veriş, internet, kumar, seks, yeme-içme bağımlılıkları da günümüzde tıbbi yardım gerektiren bağımlılık türleridir (Uzbay, 2009) .

DSÖ Uluslararası Hastalıkların Sınıflandırılması madde kullanımına ve bağımlılık davranışlarına bağlı bozukluklar, ağırlıklı olarak psikoaktif maddelerin kullanımı veya belirli tekrarlayan ödüllendirici ve pekiştirici davranışların sonucu olarak gelişen zihinsel ve davranışsal bozukluklar olarak tanımlanmıştır (<https://icd.who.int/browse11/l-m/en>, Erişim tarihi 11 Mart2023).

Bağımlılık uzun süreler kişilik bozukluğu olarak görülmüş. Son yıllarda ise hastalık olarak değerlendirilmiştir. Bağımlılık davranış biçimini içeren hastalık olarak tanımlanmıştır. Bağımlılıkla ilişkili beyinde birçok nörokimyasal, nörofizyolojik, değişimler saptanmış ve bağımlılığa özgün genetik özellikler bulunmuştur (Ögel, 2010).

2.1.2. Bağımlılığın tarihçesi

Tarihte yazılı kaynaklardan edinilen bilgiye göre bağımlılıkla ilişkili ilk maddenin alkol olduğu belirtilmiştir. İnsanlık alkolün gerginliği ve kaygıyı giderici etkisini çabuk keşfetmiş ve alkole kutsal bir anlam yüklemiştir (McKim, 2000). Alkol kelime anlamı olarak Arapça alkühl kelimesinden türemiştir. Arapçada alkühl cevher, öz, esans manaları taşımaktadır. Sarhoş olmayacak miktarda alkol tüketimi eski çağlarda dini törenlerde yer almıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012). Tarihte alkolün ilk defa kullanımının fermente edilmiş bal ve meyvelerin tüketilmesi yoluyla olduğu düşünülmektedir. M.Ö. 6000’li yıllarda bugünkü Ermenistan bölgesinde üzüm fermantasyonundan alkol elde edildiğine yönelik bilgiler mevcuttur (McKim, 2000). Eski Mezopotamya’ya ait reçete ve tabletlerde şarabın ilaç olarak kullanıldığına dair işaretler bulunmuştur (Uzby, 1981). Mısırdaki M.Ö. 4000 yıllarında arpadan alkol yapıldığı bilinmektedir. M.Ö. 2200’lere ait belgelerde şarap yapımı, kullanımı ve alım-satımı ile ilgili kuralları Hammurabi Kanunlarında bulunmaktadır. Eski Roma ve Yunanistan’da üzüm ve şarap kutsal kabul edilmiştir. Roma imparatorluğunda Baküs, Atina’da Dionysos şarap ve içki tanrısı kabul edilmiştir. Eski Mısırdaki Musevilerde, Yunanlarda alkol tıbbi müdahalelerde kullanılmıştır. Hintliler şaraba başarı ve mutluluk anlamında gelen vişema adını vermişlerdir (Köknel, 1998). Hristiyanlıkta Hz. İsa’nın kanını temsil ettiği için şarap kutsal sayılırken Müslümanlıkta zararlarından dolayı haram kılınmıştır. Hipokrat’tan günümüze birçok hekim alkolün zararlarından bahsetmiştir. Alkol kullanımına bağlı bağımlılık son 150 yılda hastalık olarak kabul edilmiştir. İlk defa alkolizm terimi Halk sağlığı uzmanı olan İsviçreli Magnus Huss 1849 yılında kullanmıştır. O dönemden beri kullanımı devam etmektedir. 1900’lü yıllarda alkolizm Elvin Morton Jellinek tarafından hastalık olarak tanımlanmıştır (Sağlık Bakanlığı, 2012). Amerikan Tıp Birliği tarafından alkolizm 1956 yılında hastalık olarak kabul edilmiş ve sınıflandırma sisteminde tanımlanmıştır

(Brown, 1995). 1969 da ise ICD sınıflandırmasına alkolizm tanısı girmiştir (Altıntoprak, 2011).

DSM'nin ilk senelerinde alkol kullanımına ilişkin bilgilere çok az yer verilmiş olup sosyopatik kişilik bozukluğu başlığının altında yer almıştır. Bunun sebebi DSM'nin ilk baskılarında alkol kullanım bozukluklarının kişilik özellikleriyle ilişkili olduğunun düşünülmesinden kaynaklanmıştır (APA, 1952).

İlk defa DSM-III'te kötüye kullanım ile bağımlılık arasında ayırım yapılmıştır (APA, 1980). DSM-IV'te kötüye kullanımla bağımlılık arasındaki fark devam etmiştir. Buna ek olarak tanıya hiyerarşik yaklaşım da eklemiştir. Kötüye kullanım, bağımlılığın başlangıcı gibi düşünülebilecek daha az ciddiyeti olan bir durum olarak tanımlanmıştır. DSM-IV-TR'de DSM-IV'e göre bir değişiklik yapılmamıştır, DSM-V'te ise alkol kullanım bozukluğu olarak tek başlıkta toplanmıştır (APA, 2000; APA, 2013).

M.Ö. 4000'lerde Sümerlerde, M.Ö. 2000'lerde Orta Asya'da, Çin'de, Hintlerde haşhaş ekimi, afyon üretimi, afyondan ilaç yapımına yazılarda ve kalıntılarda rastlanmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Perslerin kutsal kitabı Zerdüştte kenevirin insana neşe ve mutluluk verdiğini, keder ve hüznü dağıttığı yazmaktadır. Herodot Mezopotamya'da yaşayan Asurlar, Sümerler ve İskitlerin kenevire benzeyen bir bitki yapraklarını ateşe atarak çıkan dumanla sarhoş olduklarını yazmıştır. Hasan Sabah önderliğinde İran'da 1091-1276 seneleri arasında hüküm süren Haşhaşin devleti alkol, esrar ve başka maddeler kullanarak bağımlı hale getirdiği fedaileri terörist eylemlerde kullanmıştır. Selçuklu veziri Nizm-ül Mülk başta olmak üzere birçok devlet adamı, alimi ve sanatçıyı kendi tarikatına karşı olduklarından dolayı öldürtmüştür (Köknal, 1998).

1951 senesinde DSÖ bağımlı kişileri hasta olarak tanımlamıştır (Nalbantoğlu ve Tuncay, 2023). 1960'lı yıllara kadar madde bağımlılığı halk sağlığı sorunu olarak görülmemiştir. Başta afyon ve esrar olmak üzere birçok maddenin bağımlılığa sebep olduğu ve madde kötüye kullanımı bir davranış bozukluğu olarak tıp literatürüne bu yıllarda girmiştir. Vietnam savaşı sırasında askerlere yaralanmaları durumunda

kullanması için içerisinde morfin bulunan harp paketleri verilmiştir. Askerler ise morfini yaralanmalar haricinde keyif vermesi ve kaygılarını gidermesi için kullanmışlar. Evlerine döndüklerinde ise bu askerler normal yaşama karışmakta zorluk yaşamış, madde arayışı içine girmiş, illegal yollara başvurmuşlardır. Bu sebeplerden dolayı Amerika Birleşik Devletleri'nde bağımlılığın tedavi ve önlenmesine yönelik çalışmalar 1980'li yıllarda artmaktadır (Uzday, 2009).

Günümüzde alkol ve madde kullanımının değerlendirilmesinde ve tanısının konulmasında tüm dünyada yaygın olarak APA tarafından hazırlanan DSM ve DSÖ'nün hazırladığı ICD sınıflandırması kullanılmaktadır (Altıntoprak, 2011).

2.2. Alkol Kullanım Bozukluğu

Eski kullanımıyla alkol bağımlılığının tanımlanması farklı şekillerde yapılmıştır. Jellinek tarafından 1952'de alkol kullanımı sosyal içicilik, kötüye kullanım ve bağımlılık olmak üzere üç şekilde ele alınmıştır (Piazza ve Wise, 1988). DSÖ 1960'da alkol bağımlılığını tanımlarken "Kişinin alkol kullanmasının iş hayatına engel olmasının değil iş hayatının kişinin alkol kullanmasına engel olduğunu düşünmeye başlaması" şeklinde tanımlamıştır (Kalyoncu, 2010).

Alkol bağımlılığının; aşırı istek duymanın, tolerans artışının ve kontrol kaybının yaşanması gibi sebeplerden dolayı alkol kötüye kullanımından ayrılıp bir beyin hastalığı olarak kabul edilmesi tanımlamada esas alınmıştır (Sullivan ve Pfefferbaum, 2014; Kalyoncu, 2010). Alkolik ebeveynleri olan biyolojik erkek çocuklarda olduğu gibi, evlat edinilmiş erkek çocuklarında da alkol kullanım bozukluğu riski dört kat artmaktadır. Alkol bağımlılığına ilişkin aktif noktalar 1., 2. ve 7. kromozomlarda saptanmıştır (Robert, 2019).

Bir standart içki: Yaklaşık 10 gram (10 ml) alkol içermektedir. Örnek olarak bir küçük kutu bira, bir kadeh şarap, bir tek rakı-cin-votkaya karşılık gelmektedir. Fetüs için ise bahsedilen miktarlardan daha düşük miktarların bile zararlı olabileceğinin akılda tutulması gerekir (APA, 2000).

Riskli alkol kullanım düzeyini belirlemek için, DSÖ'nün belirlemiş olduğu standart ölçü kullanılmaktadır. Riskli alkol kullanım düzeyi: Haftada içkisiz en az iki gün olması şartıyla erkekler için bir kerede 4 ya da daha fazla birim alkol ya da haftalık 14 birimden fazla alkol kullanılması riskli alkol kullanımıdır. Kadınlar için bir kerede 3 ya da daha fazla birim alkol ya da haftalık 7 birimden fazla alkol kullanılması riskli alkol kullanımı olarak tanımlanmıştır (<https://www.yesilay.org.tr/tr/sikca-sorulan-sorular/alkol-bagimlilik/alkol-kullaniminin-bir-kiside-problem-haline-geldigini>, Erişim tarihi: 26 Mart 2023). Alkol kullanım bozukluğuyla ilgili günümüzde APA'nın tanı sınıflaması DSM-V kullanılmaktadır (APA, 2013).

2.3. Madde Kullanım Bozukluğu

Bağımlılıkla ilgili ilk tıbbi tanımlama, alkol kullanımını tanımlayan İsviçreli Profesör Dr. Magnus Huss tarafından 1856 yılında yapılmıştır (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012). DSM'nin birinci baskısı madde kullanımı sosyopatik kişilik bozukluğu başlığında yer almıştır (APA, 1952). Psikiyatri alanında ilk kez 1968 yılında madde kullanım bozuklukları, APA'nın DSM kitapçığında, "Kişilik Bozuklukları ve Psikotik Olmayan Diğer Bozukluklar" başlığında "Alkolizm ve Madde Bağımlılığı" şeklinde tanımlanmıştır (Altıntoprak, 2011). DSM-III ile ilk defa madde kötüye kullanımı ile madde bağımlılığı ayrımı yapılmıştır. Bağımlılık tanısı için fizyolojik bağımlılık belirtilerinin olması gerektiği vurgulanmıştır (APA, 1980). DSM-IV'te hiyerarşik bir yaklaşım getirilerek madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı olarak sınıflandırılmıştır (APA, 1994). DSM-V'te ise madde kullanım bozuklukları başlığı altında birleştirilmiş ve ağır olmayan, orta derece ve ağır derece kullanım bozukluğu olarak sınıflandırılmıştır (APA, 2013).

Bağımlılık gelişiminin, bir süreç olduğu düşünülmektedir. Kişi maddeyi ilk kullandığı dönemde madde kullanımını kontrol edebileceğini düşünmektedir. Kişinin maddeyi daha sık kullanmaya, kullandığı miktarı arttırmaya ve madde kullanmadığında rahatsız hissetmeye başlamasıyla bağımlılık süreci gelişmektedir. Aile, iş ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkilenmeye başladığında, madde kullanımı tehlikeli boyuta ulaşmış demektir. Kişi bu noktada madde kullanımının kendi kontrolünden çıktığını fark etmekte güçlük çeker ancak bağımlılık gelişmeye başlamıştır. Madde kullanımına

başlandıktan bağımlılık gelişene kadar geçen süre, kullanılan maddenin türü, kişinin kullanım miktarı, kişinin cinsiyeti, kişilik özellikleri değişkenlik gösterebilmektedir (Coşkunol, 2011).

Bağımlılık yapan maddeler çok farklı olduğu için tedavilerinin de farklılık gösterebileceği belirtilmiştir. Kişinin özellikleri ve kullanılan maddeyle ilişkili sorunlara bağlı olarak farklılık göstereceği belirtilmiştir. Ayrıca kişilerde genel tıbbi, ruhsal, sosyal ve mesleki sorunların da olması tedavilerin güçleştirdiğini göstermiştir. Madde bağımlılığının tedavisi, davranışçı tedavi (bilişsel tedavi ve psikoterapiler), farmakolojik tedavi ve bu tedavilerin birlikte kullanımından oluştuğu gösterilmiştir (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

2.4. Madde Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri

DSM-IV'te madde kötüye kullanımı ile madde bağımlılığı sınıflandırmaları DSM-V'te tek başlıkta toplanarak madde kötüye kullanımı olarak yer almıştır. DSM-IV'te yer alan yasal sorunlar ülkeden ülkeye yasal farklılıklar olabileceğinden dolayı çıkartılmıştır (APA, 2013).

DSM-V'te madde ile ilişkili bozukluklar 10 farklı madde kümesini kapsamaktadır. Bu maddeler: Alkol, uçucular, hallüsinojenler (fensiklidin ve diğer varsandırıcılar), kafein, opiyatlar (sedatif hipnotik ve anksiyolitikler), kenevir, uyarıcılar (kokain, amfetamin türü maddeler ve diğerleri), tütün ve diğer (veya bilinmeyen) maddeler. Bu 10 madde türü tam olarak birbirinden ayrılamaz. Aşırı miktarda alınan bu maddelerin ortak özelliği beyindeki ödül yollarını etkinleştirerek, davranışların pekiştirilmesine ve anı oluşumuna katkı sağlamaktadır. Ödül yollarını öyle yoğun şekilde etkinleştirirler ki olağan etkileri ihmal edilebilmektedir (APA, 2013).

DSM-V'te kafein kullanım bozukluğu tanısı yer almazken kafein yoksunluğu tanımlanmıştır (APA, 2013; Hasin ve ark., 2013). Halusinojen, fensiklidin, esrar inhalanlar için yoksunluk, nikotin için ise intoksikasyonu ve kötüye kullanımı tanımlanmamıştır. En az 3 farklı gruptan madde kullanımı ise çoklu madde bağımlılığı olarak tanımlanmıştır (APA, 2013; Güleç ve ark., 2015).

DSM-V’te maddeyle ilişkili bozukluklar ‘‘madde kullanım bozuklukları ile maddenin yol açtığı bozukluklar’’ olarak iki başlığa ayrılmıştır. Maddenin yol açtığı durumlar şu şekilde sıralanmıştır: Yoksunluk, entoksikasyon ve maddenin yol açtığı ruhsal bozukluklar (psikozla giden bozukluklar, bipolar duygu durum bozukluğu, depresyon bozuklukları, uyku bozuklukları, kaygı bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, obsesif-kompulsif bozukluklar, deliryum ve nörobilişsel bozukluklar) (APA, 2013).

DSM-V’ madde kullanım bozuklukları tanı kriterleri:

A. 12 aylık sürede, aşağıdaki kriterlerden en az ikisiyle kendini gösteren, klinik açıdan belirgin sıkıntı ya da işlevsellikte azalmaya yol açan, sorunlu madde kullanım durumu:

1. Çoğu defa, istenilenden daha çok ya da daha uzun süre madde alınması.
2. Madde kullanımını bırakmak isteğinin ya da denetim altında tutma isteğinin olması ama çabaların başarısız olması.
3. Maddeyi sağlamak ve kullanmak ve iyileşmek için fazla zaman ayrılması.
4. Madde kullanmak için içinin gitmesi ya da büyük bir istek ve arzu duyma.
5. İlişkilerinde sorunlara sebep olmasına rağmen madde kullanmaya devam etme.
6. Evde, okulda ya da işyerindeki sorumluluklarını yerine getirememeye neden olan madde kullanılması.
7. Madde kullanımından dolayı mesleki, sosyal ve ilgi alanlarına ilişkin etkinliklerin bırakılması.
8. Tekrarlayıcı şekilde, tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanımı.
9. Maddenin kullanımının sebep olduğu ya da alevlendirdiği, fiziksel ya da psikolojik bir sorunu olduğu bilmesine rağmen madde kullanımının sürdürülmesi.
10. Kullanılan maddeye tolerans gelişmiş olması.
11. Maddeye özgü yoksunluk gelişmesi.

Varsa belirtilmesi gereken durumlar:

Erken yatışma evresi: Daha öce madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşıladıktan sonra en az 3 ay en fazla 12 aylık süreçte istek dışında hiçbir tanı kriterini karşılamaması.

Sürekli yatışma ile giden: Daha öce madde kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşıladıktan sonra en az 12 aylık süreçte istek dışında hiçbir tanı kriterini karşılamaması.

Denetimli çevrede: Kişi, maddeye ulaşmasının kısıtlandığı hapis gibi bir ortamda ise bu ek belirleyici kullanılır.

Sürdürme tedavisinde: Opiyatlar için metadon, buprenorfin veya oral/depo naltrekson gibi ilaç tedavisi altındaysa bu kategori kullanılır.

2-3 belirti olması ağır olmayan, 4-5 belirti olması orta derecede, 6 ya da daha fazla belirti olması ağır olarak değerlendirilir (APA, 2013; Robert, E. Rakel. 2019).

2.5. Bağımlılıkla Mücadele

2.5.1. Bağımlılığın tarihçesi

Bağımlılıkla mücadele kapsamında uluslararası birçok çalışma yapılmış ve sözleşmeler imzalanmıştır. Bu kapsamda ilk adım 1909 senesinde Şangay’da bir araya gelen 12 ülkenin temsilcilerinin kurduğu Uluslararası Afyon Komisyonu olduğu söylenmektedir. O yıllarda yaygın kullanılan afyonun yasadışı ticareti ile ilgili uluslararası düzenleme yapmak amaçlanmıştır. 34 ülkenin 1912’de imzaladığı La Haye sözleşmesiyle afyon ve kokainin kötüye kullanımı, yasadışı üretimi ve ticaretine karşı tedbirlerin alınması kararlaştırılmıştır. Cenevre’de 1925 yılında imzalanan sözleşmeyle afyon ve kokaine hint keneviri, koka yaprağı ve benzer maddeler eklenmiştir. Bu sözleşmelerin ardından 1931 ve 1936’da yine Cenevre’de, 1946’da Lake Success’de, 1948’de Paris’te, 1953’te New York’da protokoller imzalanmıştır (http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR09_LORES.pdf, Erişim tarihi: 11 Mart 2023).

BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi tarafından 1961 Tek Uyuşturucu Maddeler Sözleşmesi imzalanmıştır. Bu sözleşme ile devletlerin daha önce imzaladıkları bütün anlaşmalar birleştirilmiştir. Sözleşmeye Türkiye de katılmış ve 1967 yılında resmi gazetede yayınlanarak yürürlüğe girmiştir (http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR09_LORES.pdf, Erişim tarihi: 11 Mart 2023).

BM Ekonomik ve Sosyal Konseyi Tek Sözleşmesinin kapsamına girmeyen maddelerin uluslararası kontrolünü sağlamak amacıyla 1971 yılında “Psikotrop Maddeler Sözleşmesi” imzalanmıştır. Türkiye’de 1980 yılında resmi gazetede yayınlanarak ilgili düzenleme yürürlüğe girmiştir (http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR09_LORES.pdf, Erişim tarihi: 11 Mart 2023).

Türkiye, başta 1961 Uyuşturucu Maddelere Dair Tek Sözleşmesi, 1971 Psikotrop Maddeler Sözleşmesi, 1961 Tek Sözleşmesi ve 1972 Protokolü olmak üzere bütün anlaşmalara katılmıştır (https://www.mfa.gov.tr/turkiye_nin-uyusturucu-ile-mucadelesi.tr.mfa, Erişim tarihi: 11.03.2023).

UNODC alınan bu önlemlerle uyuşturucu maddelerin yasadışı üretimini ile ticaretini önemli oranda azalttığını ifade etmiştir. 2009 yılında yayınlanan rapora göre 20. yüzyılın başından raporun yayınlandığı zamana kadar geçen sürede dünya nüfusu 4 kat artarken afyon üretimi %70 azalmıştır. Aynı raporda tek başına hukuki mücadelenin yeterli olamayacağı beraberinde önleme ve tedavi çalışmalarının da önemli olduğu vurgulanmıştır (http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR09_LORES.pdf, Erişim tarihi: 11 Mart 2023).

Ulusal ihtiyaçlarımız ve Avrupa Birliği'ne adaylık sürecindeki yükümlülüklerimiz çerçevesinde 2006-2012 yıllarını kapsayan “Bağımlılık Yapıcı Maddeler ve Bağımlılıkla Mücadele Ulusal Politika ve Strateji Belgesi” 2006 yılında yürürlüğe girmiştir. Bu kapsamda ilk Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı (2007-2009) uygulanmış ve İkinci Ulusal Eylem Planı (2010-2012) 2010’da yürürlüğe girmiştir. Sentetik kannabinoid türevi uyuşturucu maddelere karşı bir mücadele kapsamında 2015 yılında 2016-2018 dönemini kapsayan Uyuşturucuyla Mücadele Ulusal Eylem Planı ve Strateji Belgesi oluşturulmuştur. Son olarak, ‘‘2018-2023 Uyuşturucuyla Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı’’ hazırlanmış, 2023 yılına kadar uyuşturucuyla mücadele yol haritası belirlenmiş, ülke çapında eşgüdüm ve koordinasyon sağlanması hedeflenmiştir (https://www.mfa.gov.tr/turkiye_nin-uyusturucu-ile-mucadelesi.tr.mfa, Erişim tarihi: 11.03.2023).

2.5.2. Kamu paydaşları

2019/2 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesiyle Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu’nun (BMYK) Cumhurbaşkanı yardımcısı başkanlığında toplanmasına karar verilmiştir. BMYK; Sağlık, Milli Eğitim, İçişleri, Adalet, Hazine ve Maliye, Gençlik ve Spor, Tarım ve Orman, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler, Ulaştırma ve Altyapı, Ticaret, Çevre ve Şehircilik Bakanları ile Cumhurbaşkanlığı Sağlık ve Gıda Politikaları Kurulu Başkanvekilinin katılımıyla oluşturulmuştur (T.C. Resmi Gazete, 14 Şubat 2019, sayı: 30686).

03 Temmuz 2019 tarihinde yapılan BMYK’de Bağımlılıkla Mücadele Kurullarının çalışma usul ve esasları onaylanmış ve yürürlüğe girmiştir. Böylece BMYK, Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu, Bağımlılıkla Mücadele Kurulu ve Bağımlılıkla Mücadele İl/İlçe Koordinasyon Kurullarının çalışma usul ve esaslarına yönelik düzenleme yapılmıştır. 2021 yılında uyuşturucu ile mücadele kapsamında 1 kez Bağımlılıkla Mücadele Yüksek Kurulu, 2 kez Bağımlılıkla Mücadele Kurulu ve 3 kez Bağımlılıkla Mücadele Teknik Kurulu toplantıları düzenlenmiştir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

Emniyet Genel Müdürlüğü (EGM) tarafından 2018’de hayata geçirilen uyuşturucuyla mücadele uygulaması UYUMA projesi ile ihbar yapan kişinin bilgileri paylaşılmadan ihbarın en yakın kolluk birimlerine aktararak en hızlı şekilde olaylara müdahalesi edilmesi sağlanmıştır. UYUMA Uygulaması, App Store ve Google Play mağazalarından indirilmektedir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

İçişleri Bakanlığınca 2017 yılında Açık Kapı Projesi hayata geçirilmiştir. 81 il valiliğinde ve 241 ilçe kaymakamlığında hizmet verilmektedir. Açık Kapı Bürolarına uyuşturucu konusunda başvuru yapılabilmektedir. Başvuru içeriğine göre ilgili birimlere yönlendirilmektedir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

Radyo Televizyon Üst Kurulu: Bağımlılık yapıcı maddeler bakımından “Alkol, tütün ürünleri ve uyuşturucu gibi bağımlılık yapıcı madde kullanımı ile kumar oynamayı özendirici nitelikte olamaz” ilkesine göre hareket etmektedir. Yayınlar, Üst Kurul uzmanlarınca takip edilip gerekli hallerde yaptırımlar uygulanmaktadır (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

Diyanet İşleri Başkanlığı: Toplumu din konusunda aydınlatmakla görevli olan Diyanet İşleri Başkanlığı, 2021 yılında bağımlılıkla mücadele hizmetlerini 81 ilde bir erkek bir kadın olmak üzere 162 il koordinatörü ve 966 ilçe koordinatörü olmak üzere toplam 1.128 koordinatör rehberliğinde devam ettirmiştir. Bağımlılıkla mücadele koordinatörleri ve AMATEM’lerde görevlendirilen personel Diyanet İşleri Başkanlığınca belirlenen faaliyetleri gerçekleştirmek, illerde valilik koordinasyon toplantılarına katılarak alınan kararlar doğrultusunda çalışmalar yapmak, bölgelerinde bağımlılıkla mücadele konusunda farkındalık toplantıları yaparak bilinçlendirme

faaliyetlerinde bulunmak, bağımlı kişileri ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirmektedir. Tedavi sonrasında ise muhatapların sosyal uyum programlarına destek olmak, yeniden bağımlılığa dönmemesi için rehabilitasyon çalışmaları yapmaktadır (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

Türkiye Radyo Televizyon Kurumu: ‘‘Toplumun beden ve ruh sağlığına zarar verecek hususlara yer vermemek’’ hükmü gereğinde yayın faaliyetlerini sürdürmektedir. Bu kapsamda bağımlılık ve bağımlılıkla mücadele kapsamında birçok eğitim, sağlık, drama, kültür, haber ve belgesel yer vermiştir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

Milli Eğitim Bakanlığı (MEB): 3 Ocak 2014 tarihinde Milli Eğitim Bakanlığı ve Yeşilay arasında imzalanan protokol ile Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Programı (TBM) hayata geçirilmiştir. Program ile bağımlılıklarla ilgili öncelikle gençler olmak üzere toplumun genelinde farkındalığın artırılmasını amaçlayan ulusal koruyucu-önleyici eğitimler yapılmaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Adalet Bakanlığı: Kanunlarda yapılan değişikliklerle uyuşturucu ile ilintili suçlara uygulanan cezai müeyyideler ağırlaştırılmıştır. Madde bağımlılarını tedaviye teşvik eden ve hasta ile hekim arasındaki güven ilişkisine katkı sunan bir uygulama ile sağlık merkezlerindeki sağlık mesleği mensuplarının madde bağımlılarını yönelik ihbar yükümlülüğü kaldırılmıştır. 5237 sayılı Türk Ceza Kanunu’nun 191. maddesiyle denetimli serbestlik tedbirleri düzenlemektedir. Bu düzenlemeye göre, öncelikle kişinin tedavi edilmesi ve tekrar uyuşturucu madde kullanmaktan korunmasını sağlamaya yönelik kararlar uygulanmaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Gençlik ve Spor Bakanlığı: Yeşilay tarafından TBM projesi kapsamında; antrenörlere, gençlik liderlerine, sosyal çalışmacılara, psikologlara ve Yüksek Öğrenim Kredi ve Yurtlar Kurumu uzmanlarına formatör eğitimi verilmiştir. Bu yurtlarda kalan öğrencilere koruyucu/önleyici çalışmalar kapsamında bağımlılıklar konusunda seminer, konferans ve eğitimler verilmekte, görev yapan meslek elemanlarına koruyucu/önleyici çalışma kapsamında seminerler verilmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Türkiye İş Kurumu tarafından işsizlikle mücadele ve istihdamın korunması amacıyla uyuşturucu bağımlılığı tedavisi gören veya rehabilitasyon sürecindeki hastalara yönelik olarak; iş ve meslek danışmanlığı, meslek eğitim kursları, işbaşı eğitim programı ve girişimcilik eğitim programı, toplum yararına çalışma programı, işe yerleştirme çalışmaları yürütülmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Sosyal Güvenlik Kurumu tarafından yürütülen çalışmalar kapsamında; 5510 sayılı kanun kapsamında olmayan 18 yaş üzeri alkol ve uyuşturucu bağımlılığı tedavisi gören hastaların ayakta ve yatarak tedavi süreçlerinin sorunsuz tamamlanabilmesi için düzenleme yapılmıştır. Madde bağımlılığı konusunda ayakta tedavilerinin faturalandırılması yapılmış AMATEM ve Çocuk Ergen Alkol Madde Tedavi ve Eğitim Merkezi (ÇEMATEM)’nde ayaktan tedavilerde %30 daha fazla bedel ödenmesi sağlanmıştır. Geri ödemesi olmayan bazı ilaçlar geri ödeme kapsamına alınmıştır. 2016/8983 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile kişileri sağlık güvencesine bakılmaksızın uyuşturucu tedavisi için tedavi merkezlerinden ücretsiz olarak tedavi olabilmeleri sağlanmıştır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı: 18 yaş altı uyuşturucu bağımlısı kişilere yönelik sosyal uyum programı kapsamında bağımlılık tedavisi ve rehabilitasyonu tamamlanan korunma ihtiyacı olan madde bağımlısı çocukların 5395 sayılı Çocuk Koruma Kanunu gereğince bakım ve tedbir kararı verilenlerin sosyal uyumlarının sağlanması amacıyla Çocuk Destek Merkezlerine kabulleri sağlanmaktadır. Bu merkezler Sağlık Bakanlığı ile işbirliği içerisinde AMATEM ve ÇEMATEM olan illerde hizmet vermektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).

2.5.3. Sağlık Bakanlığının rolü

Son yıllarda ülkemizde sosyal medya mecralarının kullanımı ve etki alanı hızla artmaktadır. Bağımlılık ile mücadele çerçevesinde “Başarabilirsin” isimli sosyal medya hesapları (Twitter, Facebook, Instagram) 2020’de açılmıştır. “BAŞARABİLİRSİN” isimli sosyal medya hesaplarından tütün, alkol, uyuşturucu bağımlılığı ve davranışsal bağımlılıklar konusunu içeren 170 adet mesaj paylaşılmıştır (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

Uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisine ilişkin çalışmalar diğer kurum ve kuruluşlarla iş birliği içinde yürütülmektedir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

Alkol ve madde bağımlıları için tedavi hizmetleri Sağlık Bakanlığına bağlı AMATEM ile özel merkezlerde verilmektedir. AMATEM'ler madde kötüye kullanımını sonlandırmak, yaşamları üzerindeki kontrollerini tekrar ellerine almak ve kayıplarını tekrar kazanmak isteyen bireylere çok yönlü destek sunmaktadır. Ayrıca AMATEM'lerin alkol ve madde bağımlılığını önlemek amacıyla öğrencilere, ailelere ve tabiplere yönelik eğitim programları vardır. Konferanslar, afiş ve broşürlerle önleme çalışmaları sürdürmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Türkiye'de uyuşturucu madde bağımlılığı tedavisi AMATEM'lerde ayaktan ve yatarak tedavi olarak sunulmaktadır. 2021 yılı sonu itibarıyla 136 madde bağımlılığı tedavi merkezi bulunmaktadır. 57 merkezde hem ayaktan hem yatarak, 79 merkezdeyse sadece ayaktan tedavi hizmeti yürütülmektedir. Tedavi merkezlerinin yatak kapasitesi 2021 yılı sonu itibarıyla 1.350'dir. 81 ilimizin 80'inde en az bir adet tedavi merkezi bulunmaktadır (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

2.5.4. AMATEM

Alkol ve Madde Bağımlısı olan hastalara daha çağdaş yöntemlerle tedavi vermek amacıyla işbirliği yapan "Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi" ve "Bakırköy Akıl Hastanesi Vakfı " tarafından 1980 senesinde AMATEM'in kurulması planlanmıştır. Bu merkez 180'er yataklı iki blok ile, içinde spor salonu, yüzme havuzu, konser, tiyatro, film gösterileri ve bilimsel toplantıların yapılabileceği çok amaçlı salonu, teknik ve sanatsal çalışma atölyeleri, kütüphane, grup tedavi odaları, kantin ve kafeterya ihtiva edecek olan bir rehabilitasyon blokundan teşekkül etmektedir. 1980 senesinde inşası başlayan 180 yataklı birinci kısım 23 Temmuz 1983 senesinde açılarak hizmete girmiştir (<http://www.amatem.org/amatem /amatem-nedir/>, Erişim tarihi: 12.03.2023).

Sağlık Bakanlığının bağımlılık danışma, arındırma ve rehabilitasyon merkezleri hakkında yönetmeliğine göre arındırma merkezleri, madde bağımlılarının ayaktan veya yatarak teşhis, farmakolojik ve psikososyal tedavi ile takip hizmetlerinin verildiği

sağlık kurum ve kuruluşlardır. Danışma merkezi, bağımlı kişilere ve ailelerine danışmanlık ve bilgilendirme hizmetlerini sunan, kişinin ihtiyacına göre arındırma merkezlerine yönlendiren, toplum temelli çalışmalar ile psikososyal müdahalelerden sorumlu, psikolojik ve sosyal destek sunan, kişinin tedavi motivasyonunu arttırmaya yönelik çalışmaları yürüten merkezlerdir (T.C. Resmi Gazete, 10 Mart 2019, sayı: 30710).

Arındırma merkezlerinde; sorumlu uzman tabip, ilgili uzman tabip, psikolog, uzman psikolog/klinik psikolog, sosyal çalışmacı/sosyal hizmet uzmanı, hemşire, el sanatları öğretmeni, iş ve uğraşı terapisti, ergoterapist, ergoterapi teknikeri, spor eğitmeni, çocuk gelişimci, sosyolog, rehberlik ve psikolojik danışman, sekreter, veri hazırlama ve kontrol işletmeni görev yapar. Arındırma merkezlerinde çalışan personelin bakanlıkça belirlenen zorunlu eğitimleri almış olması gerekir. Ancak, eğitim almış personel yoksa aynı unvanda bulunan personel göreve başlatılır. Bakanlık tarafından düzenlenen ilk eğitime katılması sağlanarak zorunlu eğitimleri tamamlanır. Bu merkezlerde madde bağımlıları ile yakınlarına danışmanlık ve bilgilendirme hizmetleri sunulmakta, madde bağımlılığı olan hastaların ayaktan ve/veya yatarak tedavileri ve rehabilitasyonları yapılmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 10 Mart 2019, sayı: 30710).

Ayaktan tedavi için başvuran hastalara ilaç tedavisi düzenlenir, kontrol randevuları planlanmakta, bu süreçte bireysel ve grup terapilerine yönlendirilmektedir. Ayaktan ve yatarak tedavileri sürdürülen hastaların yakınlarıyla da görüşmeler yapılmaktadır (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

Yatarak tedavisine karar verilen hastaların tedavisi detoksifikasyon denilen arındırma ile başlamakta ve psikososyal müdahalelerle sürdürülmektedir. Bu süreç genellikle 14 gün ile 21 gün arasında sürmektedir. Ayrıca bireysel ve grup terapileri yapılmakta ve eğitmenlerin rehberliğinde iş uğraş aktiviteleri düzenlenmektedir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

2021 yılı sonu itibarıyla ülkemizde 136 madde bağımlılığı tedavi merkezi bulunmaktadır. 57 merkezde hem ayaktan hem yatarak, 79 merkezde sadece ayaktan tedavi hizmeti yürütülmektedir. Tedavi merkezlerinin yatak kapasitesi 2021 yılı sonu

itibariyle 1.350'dir. 81 ilimizin 80'inde en az bir tane bağımlılık tedavi merkezi bulunmaktadır. 2021 yılında tedavi merkezlerine 247.390 kişi ayaktan başvurmuştur. Aynı yıl yataklı tedavi merkezlerine 12.954 kişi toplam 15.497 kişi yatarak tedavi için başvurmuştur. Yatarak tedavi görenlerin %92,8'i erkek, %7,2'si kadın hastalardan oluşmaktadır (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

2.5.5. Yeşilay

Birinci Dünya Savaşı esnasında ve sonrasında işgal güçleri toplumumuzda alkol ve uyuşturucu maddeleri yaygınlaştırmıştır. İşgallere karşı mücadele ruhunun yıkılmasını önlemek amacıyla Şeyhülislam İbrahim Haydarizade'nin gözetiminde, Dr. Mazhar Osman ve arkadaşları dönemin padişahı Sultan Vahdeddin'in de izniyle 5 Mart 1920'de "Hilal-i Ahdar" ismiyle İstanbul'da kurulmuştur. Hilal-i Ahdar ismi sırasıyla Yeşil Hilal, Yeşilay olarak değiştirilmiştir. 1934 yılında Bakanlar Kurulu kararıyla "Kamu Yararına Çalışan Dernek Statüsü" verilmiştir. Yeşilay'ın ilk başkanı Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman'dır ve bu görevi 1920 yılından 1945 yılına kadar yürütmüştür (<https://www.yesilay.org.tr/tr/kurumsal/tarihce>, Erişim tarihi: 11.03.2023).

Bağımlılık çeşitleri arttıkça Yeşilay'ın çalışma alanları da çeşitlenmiş, alkolden sonra sigara, uyuşturucu maddeler, kumar ve en son teknoloji bağımlılığı Yeşilay'ın mücadele kapsamına dahil edilmiştir (<https://www.yesilay.org.tr/tr/kurumsal/tarihce>, Erişim tarihi: 11.03.2023).

Yeşilay gençlere yönelik kamp faaliyetleri, öğrencilere yönelik benim kulübüm yeşilay ve akran eğitimi projelerini, esnaflara ve yerel dinamiklere yönelik yeşilay elçileri projesini, alanında örnek olabilecek ünlü kişiler ve alanında uzman akademisyenleri gençlerle buluşturmak amacıyla yeşil sahne projelerini yürütmektedir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

2.5.5.1. Yeşilay Danışmanlık Merkezi (YEDAM)

Yeşilay 103 yıllık tarihinde bağımlılıkla ilgili önleyici ve koruyucu hizmetleri yürütmüştür. 2013 yılında tüzüğünde yaptığı değişikliklerle yapmış olduğu faaliyetlere rehabilitasyonu da eklemiştir. Bu doğrultuda Temmuz 2015 te YEDAM hizmete açılmıştır. YEDAM'ın amacı bağımlılığı olan kişileri sosyal hayata uyum sağlaması,

hayat kalitelerini yükseltmesi ve kişinin temiz kalmasını teşvik edilmesidir. Bu kapsamda kadrosunda bulunan sosyal hizmet uzmanları ve uzman klinik psikologlar ile bağımlılık sorunu olan kişilere ücretsiz psikososyal destek vermeyi, rehabilitasyon ayağında yeni bir yaşam sunmayı hedeflemiştir. Alo 115 YEDAM danışma hattı ile psikologlar tarafından bağımlılıkla ilgili sorusu ve sorunları olan kişilere online bilgi sunumu sağlanmaktadır. Aynı zamanda bağımlılık tedavisi gören ya da görmüş bireylerin kendilerine ve ailelerine yönelik ücretsiz danışmanlık, rehabilite hizmeti vermektedir (<https://www.yesilay.org.tr/tr/kurumsalprojeler/yesilay-danismanlik-merkezi#:~:text=2015%20Temmuz%20ay%C4%B1nda%20Dan%C4%B1%C5%9Fmanl%C4%B1k%20Hatt%C4%B1,Ekim%202015%20hizmet%20vermeyi%20planlamaktad%C4%B1r>, Erişim tarihi: 12 Mart 2023) .

YEDAM’da, öncelik alkol ve madde bağımlıları olmakla birlikte 2019 yılı itibariyle internet ve tütün bağımlılığı, 2020 yılı itibariyle kumar bağımlılığı ile mücadele hizmeti de verilmeye başlanmıştır. YEDAM, 2021 sonu itibariyle 81 ilimizde ve KKTC’de olmak üzere toplam 104 merkezde faaliyetini sürdürmektedir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

2.5.5.2. Uyuşturucu ile mücadele danışma ve destek hattı (ALO 191)

Alo 191 Uyuşturucu ile Mücadele Danışma ve Destek Hattı 2015 yılında hizmete başlamıştır. Uyuşturucuyla ilgili danışmanlık ve destek hizmetleri verilmekte, gerekli yönlendirme yapılmaktadır. Danışma hattında psikolog, sosyolog, hemşire, çocuk gelişim uzmanı ve diğer bölümlerden mezun personel 7/24 hizmet vermektedir. Uyuşturucu kullandığını beyan eden kişiler danışma hattını aradığında öncelikle risk değerlendirmesi yapılmaktadır. Düşük riskli kişilerle motive edici görüşmeler yapılarak aile hekimlerine, psikiyatri bölümüne, öğrenciyse okulda bulunan rehberlik servislerine yönlendirilmektedir. Yüksek riskli kişilere kullandığı madde hakkında bilgi verilerek AMATEM ya da psikiyatri bölümüne yönlendirilmektedir. Yakınlarından(eşi, çocuğu, öğrencisi, komşu vb.) şüphelenen aileler başvurduğunda madde kullanan kişilerde görülebilecek fiziksel etkileri, duygu durumu, davranış değişiklikleri hakkında bilgi verilmektedir (<https://hsgm.saglik.gov.tr/tr/alo191/liste/alo-191-uyusturucu-ile-mucadele-danisma-ve-destek-hatti-2.html>, Erişim tarihi: 12.03.2023).

Uyuşturucu kullandığını beyan eden kişilerin talep etmesi durumunda en uygun polikliniklerden randevusu alınmakta ve kişiler, bir yıl boyunca geri dönüş aramalarıyla desteklenmektedir. Arayan kişinin kabul etmesi durumunda yılda en az 6 defa (1 hafta, 15 gün, 1 ay, 3 ay, 6 ay ve 1 yılın sonunda) aranarak tedavi sürecinde destek olunmaktadır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).

2.5.5.3. Türkiye Bağımlılıkla Mücadele (TBM) eğitim programı

Ülkemizde bağımlılıkla mücadele, Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 58. maddesinde yer alan “Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır” hükmüne dayanarak yapılmaktadır (T.C. Resmi Gazete, 20 Ekim 1982, Sayı: 17844).

2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Strateji Belgesi ve Eylem Planı kapsamında, bağımlılıkla mücadele kapsamında eğitim ve bilgilendirme çalışmaları MEB’in sorumluluğunda olmak üzere diğer bakanlıklarla ve Türkiye Yeşilay Cemiyeti ile işbirliği içerisinde yapılması planlanmıştır (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

Yeşilay ve MEB işbirliğiyle başlatılan programla, öncelikli çocuk ve gençler olmak üzere toplumun geneline bağımlılıklara karşı farkındalığı arttırmayı amaçlanmaktadır. Yeşilay danışmanlığında her yaşa uygun olarak farklı içeriklerin yer aldığı eğitim programı geliştirilmiştir (Tablo 2.1) (<https://tbm.org.tr/>, Erişim tarihi: 12.03.2023).

Tablo 2.1. Türkiye Bağımlılıkla Mücadele Eğitim Modülü

Modeller	Anaokulu	İlkokul	Ortaokul	Lise	Yetişkin
Sağlıklı Yaşam	✓	✓	✓	✓	✓
Teknoloji Bağımlılığı	✓	✓	✓	✓	✓
Tütün Bağımlılığı		✓	✓	✓	✓
Alkol Bağımlılığı				✓	✓
Madde Bağımlılığı				✓	✓

MEB ve diğer sektörlerin işbirliği ile TBM her sene yaklaşık 10 milyon öğrenci ve 3 milyon yetişkine eğitim vermektedir (<https://tbm.org.tr/>, Erişim tarihi: 12.03.2023).

Bağımlılıkla mücadele kapsamında etkinliği artırmak amacıyla bu alanda çalışanlara eğitim verilmiştir. Bu kapsamda birinci basamakta bağımlı bireylere ve yakınlarına gerekli müdahaleyi yapabilecek donanıma sahip olmalarını sağlamak için 2015 ve 2016 yıllarında 193 kişiye eğitici eğitimi, 19.187 aile hekimine eğitim verilmiştir. 793 Psikiyatri uzmanına bağımlılıkla mücadele ve tedavi sürecinde etkin rol almaları için hizmet içi eğitim verilmiştir. 2014 yılından itibaren bağımlılık tedavi merkezlerinde görev yapan psikolog, sosyal çalışmacı, sağlık memuru ve hemşireden oluşan 353 personele sertifikasyon eğitimi verilmiştir. 112 ve acil servislerde görev yapan 4860 hekim, 155 hekim dışı sağlık çalışanına ve 1.396 hastane öncesinde hizmet veren acil sağlık personeline hizmet içi eğitim verilmiştir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).

2.5.6. Aile hekimliğinin rolü

Aile hekimliği uygulama yönetmeliğinde yer alan tanıma göre aile hekimi; Kişiyeye yönelik koruyucu sağlık hizmetleri ile birinci basamak teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmetlerini yaş, cinsiyet ve hastalık ayrımı yapmadan, herkese kapsamlı ve devamlı olarak sürdüren aile hekimliği uzmanı veya kurumun belirlediği eğitimleri tamamlayan uzman hekim ya da pratisyen hekimlerdir (T.C. Resmi Gazete, 25 Ocak 2013, Sayı: 28539).

ASM koşullarında teşhis veya tedavisi yapılamayan hastaların gerekli görmesi halinde hastayı da bilgilendirerek sevkini sağlamak, sevk edilen hastalarına verilen sağlık hizmetini geri bildirim yoluyla değerlendirmek aile hekiminin görevleri arasında olduğu belirtilmiştir (T.C. Resmi Gazete, 25 Ocak 2013, Sayı: 28539).

Aile hekimliği birimlerinde verilen hizmetlerin temel özellikleri; genel karakterli, aile ve toplum odaklı, sürekli, bütüncül, entegre ve hastalar için doğrudan erişilebilir olan, ilk temas noktasını oluşturan, ayakta verilen, hizmet ettiği toplumun aile ve sosyal ortamıyla birlikte ele alan hizmet sunum modeli olarak tanımlanabilir (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Kendisi ya da yakını için aile hekimlikleri ve sağlıklı hayat merkezlerindeki Psikososyal Destek Birimlerine uyuşturucu bağımlılığı konusunda danışmanlık ve destek almak için başvuran bireylerin değerlendirmesi yapılmakta, danışmanlık hizmeti sunulmakta, bağımlı bireylerin tedavi sistemi içine girmesini sağlamaya yönelik çalışmalar yürütülmektedir. Görüşmeler düzenli aralıklarla sürdürülmekte ve tedavi sürecinin başlaması sağlanmaktadır (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

Sağlık sistemiyle ilk temas noktası olan aile hekimlerinin uyuşturucu ile mücadele çalışmalarında aktif görev alması sağlanarak mücadele süreci güçlendirilmiştir. 2021 yılında yeni atanmış ve eğitim almamış olan 3.972 aile hekimi ile 1.933 yardımcı sağlık personeline eğitim verilmiştir. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde bağımlılıkla mücadele çalışmalarını güçlendirmek için aile sağlığı merkezlerinin yanı sıra sağlıklı hayat merkezlerinde de bağımlı hasta ve yakınlarına yönelik yüz yüze danışmanlık ve destek hizmetleri sunulmaktadır (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

2.5.7. Hedefler

2022 yılı içerisinde TBM güncel eğitim setlerinin dijital platformlarda kullanıma sunulması ve paydaş kurum ve kuruluşlarla yürütülen eğitim programları aracılığıyla hedef kitlelerle buluşturulması hedeflenmektedir. Bu amaçla, başta MEB olmak üzere TBM uygulayıcılarına yönelik tazeleme eğitimlerinin düzenlenmesi ve güncel eğitim setlerinin gönderimlerinin yapılması planlanmıştır (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2022).

Kalkınma Bakanlığının on birinci kalkınma planı kısa vadeli hedeflerine göre: Her aile hekiminin sürekli iletişim halinde olduğu, bağlantılı bir AMATEM'in olmalıdır. Hastalarıyla ilgili geri dönüş yapılması, durumu hakkında ayrıntılı bilgi verilmesi sağlanmalıdır. Aile hekimliği bilgi sistemine bağımlılıkla ilgili semptom envanteri çıkarılarak, sistem sorgusuna eklenmelidir. Ayrıca bağımlılıkla ilgili aile hekimlerinin kendi hastalarına ilgili merkezlerden randevu alabilmelerini sağlayacak bir düzenleme yapılmalıdır (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).

Son olarak oluşturulan 2018-2023 Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Eylem Planı ve Strateji Belgesiyle toplumu bağımlılık yapan maddelerden uzak tutmak için hedefler belirlenmiştir. Bu hedefler;

1. Topluma yönelik hazırlanan programların etkinliklerini ölçerek yaygınlaştırılması

2. İlköğretim, ortaöğretim, lise ve üniversite öğrencilerine ve velilere yönelik programların yaygınlaştırılması, ihtiyaç halinde yenilenmesi
3. Riskli gruplara yönelik programların etkinliğinin ölçülmesi, ihtiyaç duyulan güncellemelerin yapılması, yaygınlaştırılması ve yeni programların oluşturulması
4. Kamu kurumlarında çalışan personellere yönelik eğitimlerin standart hale getirilmesinin sağlanarak, yaygınlaştırılması
5. ASM'lerin bağımlılıkla mücadele kapsamında koruyucu hizmetler, tanı, tedavi ve takip aşamalarında daha etkin rol almalarının sağlanması, bu bağlamda;
 - ASM personeline verilen eğitim programının geliştirilmesi,
 - Aile hekimlerine yönelik pratik, uygulanabilir bağımlılık rehberi oluşturulması,
 - Birinci basamak sağlık hizmetlerinde görev alan yardımcı sağlık personellerine yönelik "Bağımlılık ile Mücadele" eğitimlerin verilmesi
6. Ayaktan tedavi merkezlerinin daha etkin ve daha ulaşılabilir olması
7. Yatarak tedavi hizmetlerinin yaygınlaştırılması
 - AMATEM ve ÇEMATEM'lerin ihtiyacı cevap verebilecek sayıya ulaşması,
 - Erişkin psikiyatri kliniklerine ve çocuk psikiyatri kliniklerine eğitim program yetkisi verilebilmesi için bünyelerinde madde bağımlılığı tedavi merkezinin bulunmasının sağlanması,
 - AMATEM ve ÇEMATEM'lerde 4924 sayılı Kanun çerçevesinde sözleşmeli hekim çalıştırılması için düzenleme yapılması,
 - Zorunlu tedavi kararlarının uygulanabilmesine olanak sağlayan tedavi merkezlerinin açılması yahut mevcut tedavi merkezlerinde bu yönde fiziksel düzenlemelerin yapılması,
8. 112 ve acil servislerin bağımlılıkla mücadele kapsamında organize edilmesi
9. Rehabilitasyon hizmetlerinin yaygınlaştırılması
10. Sosyal uyum merkezlerinin yaygınlaştırılması ve programlarının güçlendirilmesi
11. Madde bağımlısı çocukların da sosyal uyum süreçlerine dahil edilmesi

12. Bağımlılıkla mücadele süreçlerinin manevi değerlerle desteklenmesi hedeflenmektedir (T.C. Kalkınma Bakanlığı, 2018).



3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1. Araştırmanın Tipi

Araştırma, tanımlayıcı tipte kesitsel çalışma olarak tasarlanmıştır.

3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı

Çalışma 1 Aralık 2022 – 31 Aralık 2022 tarihleri arasında Sakarya ilinde Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimleri üzerinde gerçekleştirilmiştir.

3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Tanımlayıcı tipteki bu araştırma, Sakarya ilinde Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan 325 aile hekiminden çalışmaya katılmayı kabul eden, anket formunu tam ve hatasız dolduran 196 aile hekimi üzerinde yapılmıştır. Anket formunu eksik dolduran 4 aile hekimi çalışmadan çıkartılmıştır.

Bu araştırmada, evren sayısı bilinen basit rastgele örneklem formülünden kullanılmıştır.

3.4. Veri Toplama Aracı ve Yönetimi

Veri toplama aracı olarak daha önce yapılan benzer çalışmalar da incelenerek hazırlanmış olduğumuz 30 soruluk anket formu kullanılmıştır. Anketler yüz yüze ve çevrimiçi olarak çalışmaya katılmayı kabul eden aile hekimlerine uygulanmıştır. Katılımcılardan kimliklerini belirleyici herhangi bir bilgi talep edilmemiştir.

3.5. Verilerin Analizi

Veriler IBM SPSS Statistics 26 programına aktarılarak tamamlanmıştır. Çalışma verileri değerlendirilirken kategorik değişkenler için frekans dağılımları (sayı, yüzde), sayısal değişkenler için tanımlayıcı istatistikler (ortalama, standart sapma, minimum, maksimum) verilmiştir.

3.6. Araştırmanın Kısıtlılıkları

Araştırmamız tek merkezde tanımlayıcı-kesitsel tipte bir araştırma olarak yapıldığından sonuçlar tüm evrene genellenemez.

Araştırmamızda Sakarya ilindeki ASM'lerinde çalışan aile hekimlerinin hepsine ulaşılması hedeflenmiş ancak aile hekimlerinin tümüne ulaşılammıştır.

Bağımlı hastaların kullandıkları maddelerden arınmalarını sağlayan AMATEM ve ÇEMATEM olarak bilinen merkezler, hastalardan alınan geri bildirimlerde damgalanmaya sebep olduğu, bu yüzden hastaların başvurmaktan geri durdukları için 10 Mart 2019 tarih, 30710 sayılı Resmi Gazete' de yayınlanarak yeni yapılanmada arındırma merkezi olarak tanımlanmıştır. Ancak sağlık camiasında ve toplumda arındırma merkezleri AMATEM, ÇEMATEM olarak bilindiğı için çalışmamızda eski isimleriyle kullanılmıştır.

3.7. Araştırmanın Etik Yönü

Araştırmamız için Sakarya Üniversitesi Rektörlüğü Tıp Fakültesi Dekanlığı Girişimsel Olmayan Etik Kurulu'ndan 05.12.2022 tarih ve 194655-327 sayılı onayı (EK-1) ile izin alınmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmamıza 196 aile hekimi katılmıştır. Katılımcıların yaş ortalaması $42,01 \pm 9,69$ standart sapma olarak bulunmuştur. Yaş dağılımı ise 26 ile 67 arasındadır. Katılımcıların %62,8'i (n=123 kişi) erkek, %37,2'si (n=73) kadındır.

Tablo 4.1. Katılımcıların demografik bilgileri

		n(sayı)	%
Cinsiyet	Erkek	123	62,8
	Kadın	73	37,2
Medeni durum	Evli	157	80,1
	Bekar	33	16,8
	Boşanmış	5	2,6
	Dul	1	0,5
Çocuk durumu	Var	136	69,4
	Yok	60	30,6
Çocuk sayısı	1	44	22,4
	2	65	33,2
	3	21	10,7
	4	6	3,1

Katılımcıların %80,1'i evli, %69,4'ünün çocuğu bulunmakta ve %33,2'sinin 2 çocuğu bulunmaktadır.

Tablo 4.2. Katılımcıların çalışma durumlarına dair bilgiler

		n	%
Çalışma süresi	0-5 yıl	20	10,2
	6-10 yıl	38	19,4
	11-15 yıl	34	17,3
	16-20 yıl	32	16,3
	20 yıl üzeri	72	36,7
Aile hekimliği olarak çalışma süresi	0-5 yıl	41	20,9
	6-10 yıl	45	23,0
	11-15 yıl	108	55,1
	15 yıl üzeri	2	1,0
Ünvan	Aile hekimi	134	68,4
	Aile hekimliği asistanı	40	20,4
	Aile hekimliği uzmanı	22	11,2
Görev yeri	İl merkezi	84	42,9
	İlçe merkezi	97	49,5
	Belde/köy	15	7,7
Günlük ortalama bakılan hasta sayısı	0-20 hasta	4	2,0
	20-40 hasta	11	5,6
	40-60 hasta	61	31,1
	60-80 hasta	78	39,8
	80 üzeri	42	21,4

Tablo 4.2. Katılımcıların çalışma durumlarına dair bilgiler (devam)

Aile Sağlığı Merkezinden önce çalışılan yer	Devlet Hastanesi	125	64,1
	Sağlık Ocağı	87	44,6
	AÇSAP	8	4,1
	VSD	10	5,1
	KETEM	6	3,1
	İl Sağlık Müdürlüğü	18	9,2
	İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezi	56	28,7
	Özel sağlık kuruluşu	11	5,1
	112 Acil Sağlık Hizmetleri	6	3,0
	Diğer	17	8,7

AÇSAP: Anne Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması, VSD: Verem Savaş Dispanseri, KETEM: Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi. Diğer: askeri birlik, belediye hekimliği, kurum hekimliği, evde sağlık hizmetleri, kızılal saha ekip doktorluğu

Katılımcıların 36,7'si 20 yıl ve üzeri süredir çalışmakta iken %55,1'i 11-15 yıl süredir aile hekimliği yapmaktadır. %68,4'ü aile hekimi olarak çalışmakta %49,5'i ilçede çalışmakta, %39,8'i günde 60-80 arası hastaya bakmaktadır. Ayrıca %64,1'i daha önce devlet hastanesinde, %44,6'sı sağlık ocağında ve %28,7'si ilçe sağlık müdürlüğü/toplum sağlığı merkezinde çalışmıştır.

Tablo 4.3. Katılımcıların bağımlılıkla ilgili eğitim alma ve tecrübe durumu

		n	%
Daha önce herhangi bir bağımlılık merkezinde çalışma durumu	Evet	5	2,6
	Hayır	191	97,4
Daha önce alkol/madde bağımlılığıyla ilgili eğitim alma durumu	Tıp fakültesinde	83	42,3
	Uzmanlık eğitimi	21	10,7
	Sağlık müdürlüğünde eğitim	114	58,2
	Kongre/Seminer/Konferans	28	14,3
	Hayır	31	15,8
Okuduğunuz üniversite ya da uzmanlık eğitimi aldığınız üniversite bünyesinde AMATEM varlığı	Evet	85	43,4
	Hayır	111	56,6
AMATEM'de çalışma/staj yapma durumu	Evet	25	12,8
	Hayır	105	53,6
	AMATEM kliniği yoktu	66	33,7
Kurumunuz tarafından çalıştığınız ASM'ye alkol/madde bağımlılığıyla ilgili afiş ve broşürler gönderilme durumu	Evet	100	51,0
	Hayır	52	26,5
	Bilmiyorum	44	22,4
AMATEM ile ilgili bilgilendirme yazılarının paylaşıma durumu	Evet	95	48,5
	Hayır	61	31,1
	Yazıları takip etmiyorum	40	20,4
Çalışılan ilde AMATEM varlığı	Evet	168	85,7
	Hayır	9	4,6
	Bilmiyorum	19	9,7
Aile ya da arkadaş çevresinde alkol ve madde bağımlılığı sorunu yaşayan kimse durumu	Evet	61	31,1
	Hayır	135	68,9

AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Eğitim Merkezi, ASM: Aile Sağlığı Merkezi

Katılımcıların %2,6'sı daha önce bir bağımlılık merkezinde çalışmışken %58,2'si Sağlık müdürlüğünde hizmet içi eğitimi ve %42,3'ü tıp fakültesinde alkol/madde bağımlılığıyla ilgili eğitim almıştır. %43,4'ünün okuduğu üniversite ya da uzmanlık eğitimi aldığı üniversite bünyesinde AMATEM kliniği bulunmakta ve %12,8'i bu kliniklerde çalışma ya da staj yapmıştır. %51,0'ine kurum tarafından çalıştığı ASM'ye alkol/madde bağımlılığıyla ilgili afiş ve broşürler gönderildiğini ifade etmekte iken %48,5'i AMATEM ile ilgili bilgilendirme yazılarının paylaştığını ifade etmiştir. Ayrıca %85,7'sinin çalıştığı ilde AMATEM'in bulunduğunu ifade ederken ve %31,1'inin aile ya da arkadaş çevresinde alkol ve madde bağımlılığı sorunu yaşayan kimse bulunmaktadır.

Tablo 4.4. Katılımcıların muayene sırasında sigara, alkol ve madde kullanım sorgulama durumu

		n	%
Muayene sırasında hastalara sigara kullanımını sorgulama durumu	Hayır	11	5,6
	Evet	185	94,4
Muayene sırasında hastalara alkol kullanımını sorgulama durumu	Hayır	86	43,9
	Evet	110	56,1
Muayene sırasında hastalara madde kullanımını sorgulama durumu	Hayır	121	61,7
	Evet	75	38,3

Katılımcıların %94,4'ü muayene sırasında hastalara sigara kullanımını sorgulamakta iken %56,1'i muayene sırasında hastalara alkol kullanımını sorgulamakta ve %38,3'ü muayene sırasında hastalara madde kullanımını sorgulamaktadır.

Katılımcıların %63,3'ü alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarla yılda 1-2 kez karşılaşmakta iken %21,4'ü alkol/madde bağımlılığı olan kişiler ya da aileler tarafından yardım talebi istendiğini ifade etmiştir. %76,5'i rapor almak için başvuran kişilerin e-nabızda alkol/madde kullanımına ilişkin veri saptadığında psikiyatri bölümüne sevk etmektedir. %76,5'i sigara kullanan hastalara sigara bırakma polikliniklerine yönlendirmekte, %77,0'si alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaları ilgili merkezlere yönlendirmekte iken %64,8'i psikiyatri polikliniklerine ve %62,2'si AMATEM polikliniklerine yönlendirilmektedir.

Tablo 4.5. Katılımcıların bağımlı kişilerle karşılaşma ve yönlendirme durumu

		n	%
Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarla ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz	Hiç karşılaşmıyorum	11	5,6
	Yılda 1-2 kez	124	63,3
	Ayda 1-2 kez	52	26,5
	Haftada 1-2 kez	8	4,1
	Her gün	1	0,5
Alkol/madde bağımlılığı olan kişiler ya da aileleri sizden yardım talep etme durumu	Hayır	154	78,6
	Evet	42	21,4
Rapor almak için başvuran kişilerin e-nabızda alkol/madde kullanımına ilişkin veri saptadığınızda nasıl bir yol izliyorsunuz?	Raporu veriyorum	1	0,5
	Psikiyatri bölümüne sevk ediyorum	150	76,5
	Daha önce karşılaşmadım	40	20,4
	Alkol/madde kullanım durumuna bakmıyorum	5	2,6
Sigara kullanan hastalara sigara bırakma polikliniklerine yönlendirme durumu	Hayır	46	23,5
	Evet	150	76,5
Alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaları ilgili merkezlere yönlendirme durumu	Hayır	45	23,0
	Evet	151	77,0
Alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaları yönlendirilen yerler	Yönlendirmiyorum	11	5,6
	Psikiyatri polikliniklerine	127	64,8
	AMATEM polikliniklerine	122	62,2
	YEDAM'a	18	9,2

AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Eğitim Merkezi, YEDAM: Yeşilay Danışmanlık Merkezi

Tablo 4.6. Katılımcıların YEDAM hakkında bilgi durumları

		n	%
YEDAM'ın ne olduğunu bilme durumu	Evet	61	31,1
	Hayır	135	68,9
YEDAM'ın telefon numarasını biliyor musunuz?	Evet	16	8,2
	Hayır	180	91,8
YEDAM'ın telefon numarasını bilme durumu	Doğru (115)	8	4,0
	Yanlış	3	1,5
	Boş bırakma	5	2,6
YEDAM'a hasta yönlendirme durumu	Evet	15	7,7
	Hayır	181	92,3

YEDAM: Yeşilay Danışmanlık Merkezi

Katılımcıların %31,1'i YEDAM'ın ne olduğunu bilmekte, %8,2'si YEDAM'ın telefon numarasını bildiğini ifade etmekte ve %7,7'si YEDAM'a hasta yönlendirmektedir.

Tablo 4.7. Katılımcıların demografik bilgileri ile muayene sırasında hastalara alkol kullanımını sorgulama durumu arasındaki ilişki (n:196)

		Muayene sırasında hastalara alkol kullanımını sorgulama durumu		p
		Hayır n (%)	Evet n (%)	
Çocuk durumu	Var	56 (65,1)	80 (72,7)	0,251
	Yok	30 (34,9)	30 (27,3)	
Çalışma süresi	0-5 yıl	13 (15,1)	7 (6,4)	0,052
	6-10 yıl	22 (25,6)	16 (14,5)	
	11-15 yıl	13 (15,1)	21 (19,1)	
	16-20 yıl	12 (14)	20 (18,2)	
	20 yıl üzeri	26 (30,2)	46 (41,8)	
Aile hekimi olarak çalışma süresi	0-5 yıl	27 (31,4) ^a	14 (12,7) ^b	0,005*
	6-10 yıl	19 (22,1)	26 (23,6)	
	11-20 yıl	40 (46,5) ^b	70 (63,6) ^a	
Unvan	Aile hekimi	60 (69,8)	74 (67,3)	0,926
	Aile hekimliği asistanı	17 (19,8)	23 (20,9)	
	Aile hekimliği uzmanı	9 (10,5)	13 (11,8)	
Görev yeri	İl merkezi	36 (41,9)	48 (43,6)	0,423
	İlçe merkezi	41 (47,7)	56 (50,9)	
	Belde/köy	9 (10,5)	6 (5,5)	
Günlük ortalama bakılan hasta sayısı	0-40 hasta	10 (11,6)	5 (4,5)	0,305
	40-60 hasta	27 (31,4)	34 (30,9)	
	60-80 hasta	32 (37,2)	46 (41,8)	
	80 üzeri	17 (19,8)	25 (22,7)	
Daha önce herhangi bir bağımlılık merkezinde çalışma durumu	Evet	2 (2,3)	3 (2,7)	1,000
	Hayır	84 (97,7)	107 (97,3)	
Daha önce alkol/madde bağımlılığıyla ilgili eğitim alma durumu	Evet	70 (81,4)	99 (90)	0,083
	Hayır	16 (18,6)	11 (10)	
Okuduğunuz üniversite ya da uzmanlık eğitimi aldığınız üniversite bünyesinde AMATEM kliniği varlığı	Evet	37 (43)	48 (43,6)	0,932
	Hayır	49 (57)	62 (56,4)	
Çalışma/staj yapma durumu	Evet	8 (9,3)	17 (15,5)	0,368
	Hayır	46 (53,5)	59 (53,6)	
	AMATEM kliniği yok	32 (37,2)	34 (30,9)	
Çalışılan ilde AMATEM varlığı	Evet	70 (81,4)	98 (89,1)	0,244
	Hayır	6 (7)	3 (2,7)	
	Bilmiyorum	10 (11,6)	9 (8,2)	
Ailede ya da arkadaş çevresinde alkol ve madde bağımlılığı sorunu yaşayan kimse durumu	Evet	23 (26,7)	38 (34,5)	0,242
	Hayır	63 (73,3)	72 (65,5)	

Ki kare testi, *:p<0,05, AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Eğitim Merkezi

Muayene sırasında hastalara alkol kullanımını sorgulama durumu ile çocuk sayısı, çalışma süresi, unvan, görev yeri, günlük ortalama bakılan hasta sayısı, daha önce herhangi bir bağımlılık merkezinde çalışma durumu, daha önce alkol/madde bağımlılığıyla ilgili eğitim alma durumu, okuduğunuz üniversite ya da uzmanlık eğitimi aldığınız üniversite bünyesinde AMATEM kliniği varlığı, çalışma/staj yapma durumu, çalışılan ilde AMATEM varlığı, ailede ya da arkadaş çevresinde alkol ve madde bağımlılığı sorunu yaşayan kimse durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamakta iken ($p>0,05$) muayene sırasında hastalara alkol kullanımını sorgulama durumu ile aile hekimliği olarak çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, aile hekimi olarak çalışma süresi 11-20 yıl olan hekimlerin muayene sırasında hastalara alkol kullanımını sorgulama oranı çalışma yılı 1-5 yıl arasında olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.8. Katılımcıların demografik bilgileri ile muayene sırasında hastalara madde kullanımını sorgulama durumu arasındaki ilişki (n:196)

		Muayene sırasında hastalara madde kullanımını sorgulama durumu		p
		Hayır n (%)	Evet n (%)	
Çocuk durumu	Var	80 (66,1)	56 (74,7)	0,207
	Yok	41 (33,9)	19 (25,3)	
Çalışma süresi	0-5 yıl	17 (14)a	3 (4)b	0,030*
	6-10 yıl	28 (23,1)	10 (13,3)	
	11-15 yıl	20 (16,5)	14 (18,7)	
	16-20 yıl	15 (12,4)	17 (22,7)	
	20 yıl üzeri	41 (33,9)	31 (41,3)	
Aile hekimi olarak çalışma süresi	0-5 yıl	32 (26,4)a	9 (12)b	0,004*
	6-10 yıl	32 (26,4)	13 (17,3)	
	11-20 yıl	57 (47,1)b	53 (70,7)a	
Unvan	Aile hekimi	80 (66,1)	54 (72)	0,483
	Aile hekimliği asistanı	28 (23,1)	12 (16)	
	Aile hekimliği uzmanı	13 (10,7)	9 (12)	
Görev yeri	İl merkezi	55 (45,5)	29 (38,7)	0,302
	İlçe merkezi	55 (45,5)	42 (56)	
	Belde/köy	11 (9,1)	4 (5,3)	
Günlük ortalama bakılan hasta sayısı	0-40 hasta	13 (10,7)	2 (2,7)	0,089
	40-60 hasta	41 (33,9)	20 (26,7)	
	60-80 hasta	44 (36,4)	34 (45,3)	
	80 üzeri	23 (19)	19 (25,3)	
Daha önce herhangi bir bağımlılık merkezinde çalışma durumu	Evet	3 (2,5)	2 (2,7)	1,000
	Hayır	118 (97,5)	73 (97,3)	

Tablo 4.8. Katılımcıların demografik bilgileri ile muayene sırasında hastalara madde kullanımını sorgulama durumu arasındaki ilişki (devam) (n:196)

Daha önce alkol/madde bağımlılığıyla ilgili eğitim alma durumu	Evet	104 (86)	65 (86,7)	0,888
	Hayır	17 (14)	10 (13,3)	
Okuduğunuz üniversite ya da uzmanlık eğitimi aldığınız üniversite bünyesinde AMATEM kliniği varlığı	Evet	55 (45,5)	30 (40)	0,454
	Hayır	66 (54,5)	45 (60)	
Çalışma/staj yapma durumu	Evet	13 (10,7)	12 (16)	0,179
	Hayır	71 (58,7)	34 (45,3)	
	AMATEM kliniği yok	37 (30,6)	29 (38,7)	
Çalışılan ilde AMATEM varlığı	Evet	101 (83,5)	67 (89,3)	0,490
	Hayır	6 (5)	3 (4)	
	Bilmiyorum	14 (11,6)	5 (6,7)	
Ailede ya da arkadaş çevresinde alkol ve madde bağımlılığı sorunu yaşayan kimse durumu	Evet	33 (27,3)	28 (37,3)	0,139
	Hayır	88 (72,7)	47 (62,7)	

Ki kare testi, *:p<0,05, a, b: gruplar arasındaki yüzde farklılıkları gösterir (a: en yüksek yüzde), AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Eğitim Merkezi

Muayene sırasında hastalara madde kullanımını sorgulama durumu ile çocuk sayısı, unvan, görev yeri, günlük ortalama bakılan hasta sayısı, daha önce herhangi bir bağımlılık merkezinde çalışma durumu, daha önce alkol/madde bağımlılığıyla ilgili eğitim alma durumu, okuduğunuz üniversite ya da uzmanlık eğitimi aldığınız üniversite bünyesinde AMATEM kliniği varlığı, çalışma/staj yapma durumu, çalışılan ilde AMATEM varlığı, ailede ya da arkadaş çevresinde alkol ve madde bağımlılığı sorunu yaşayan kimse durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamakta iken ($p>0,05$) muayene sırasında hastalara madde kullanımını sorgulama durumu ile çalışma süresi ve aile hekimliği olarak çalışma süresi arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, çalışma süresi 0-5 yıl olan hekimlerin muayene sırasında hastalara madde kullanımını sorgulama oranı daha düşük iken aile hekimi olarak çalışma süresi 11-20 yıl olan hekimlerin muayene sırasında hastalara madde kullanımını sorgulama oranı çalışma yılı 0-5 yıl arasında olanlara göre daha yüksektir.

Tablo 4.9. Katılımcıların demografik bilgileri ile alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaları ilgili merkezlere yönlendirme durumu arasındaki ilişki (n:196)

		Alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaları ilgili merkezlere yönlendirme durumu		p
		Hayır n (%)	Evet n (%)	
Çocuk durumu	Var	27 (60)	109 (72,2)	0,120
	Yok	18 (40)	42 (27,8)	
Çalışma süresi	0-5 yıl	6 (13,3)	14 (9,3)	0,005*
	6-10 yıl	15 (33,3)a	23 (15,2)b	
	11-15 yıl	7 (15,6)	27 (17,9)	
	16-20 yıl	10 (22,2)	22 (14,6)	
	20 yıl üzeri	7 (15,6)b	65 (43)a	
Aile hekimi olarak çalışma süresi	0-5 yıl	14 (31,1)	27 (17,9)	0,039*
	6-10 yıl	13 (28,9)	32 (21,2)	
	11-20 yıl	18 (40)b	92 (60,9)a	
Unvan	Aile hekimi	30 (66,7)	104 (68,9)	0,942
	Aile hekimliği asistanı	10 (22,2)	30 (19,9)	
	Aile hekimliği uzmanı	5 (11,1)	17 (11,3)	
Görev yeri	İl merkezi	21 (46,7)	63 (41,7)	0,610
	İlçe merkezi	22 (48,9)	75 (49,7)	
	Belde/köy	2 (4,4)	13 (8,6)	
Günlük ortalama bakılan hasta sayısı	0-40 hasta	8 (17,8)a	7 (4,6)b	0,017*
	40-60 hasta	16 (35,6)	45 (29,8)	
	60-80 hasta	14 (31,1)	64 (42,4)	
	80 üzeri	7 (15,6)	35 (23,2)	
Daha önce herhangi bir bağımlılık merkezinde çalışma durumu	Evet	2 (4,4)	3 (2)	0,324
	Hayır	43 (95,6)	148 (98)	
Daha önce alkol/madde bağımlılığıyla ilgili eğitim alma durumu	Evet	38 (84,4)	131 (86,8)	0,693
	Hayır	7 (15,6)	20 (13,2)	
Okuduğunuz üniversite ya da uzmanlık eğitimi aldığınız üniversite bünyesinde AMATEM kliniği varlığı	Evet	16 (35,6)	69 (45,7)	0,228
	Hayır	29 (64,4)	82 (54,3)	
Çalışma/staj yapma durumu	Evet	5 (11,1)	20 (13,2)	0,589
	Hayır	22 (48,9)	83 (55)	
	AMATEM kliniği yok	18 (40)	48 (31,8)	
Çalışılan ilde AMATEM varlığı	Evet	34 (75,6)	134 (88,7)	0,077
	Hayır	4 (8,9)	5 (3,3)	
	Bilmiyorum	7 (15,6)	12 (7,9)	
Ailede ya da arkadaş çevresinde alkol ve madde bağımlılığı sorunu yaşayan kimse durumu	Evet	12 (26,7)	49 (32,5)	0,462
	Hayır	33 (73,3)	102 (67,5)	

Ki kare testi, *:p<0,05, a, b: gruplar arasındaki yüzde farklılıkları gösterir (a: en yüksek yüzde), AMATEM: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Eğitim Merkezi

Alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaları ilgili merkezlere yönlendirme durumu ile çocuk sayısı, unvan, görev yeri, daha önce herhangi bir bağımlılık merkezinde çalışma durumu, daha önce alkol/madde bağımlılığıyla ilgili eğitim alma durumu, okuduğunuz üniversite ya da uzmanlık eğitimi aldığınız üniversite bünyesinde AMATEM kliniği varlığı, çalışma/staj yapma durumu, çalışılan ilde AMATEM varlığı, ailede ya da arkadaş çevresinde alkol ve madde bağımlılığı sorunu yaşayan kimse durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamakta iken ($p>0,05$) alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaları ilgili merkezlere yönlendirme durumu ile çalışma süresi, aile hekimliği olarak çalışma süresi ve günlük ortalama bakılan hasta sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, çalışma süresi 20 yıl üzeri olan hekimlerin alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaları ilgili merkezlere yönlendirme oranı çalışma yılı 6-10 yıl arasında olanlara göre daha yüksektir. Aile hekimisi olarak çalışma süresi 11-20 yıl olan hekimlerin alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaları ilgili merkezlere yönlendirme oranı daha yüksektir. Ayrıca günlük ortalama bakılan hasta sayısı 0-40 hasta olan hekimlerin alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaları ilgili merkezlere yönlendirme oranı daha düşüktür.

Tablo 4.10. Sigara ve alkol kullanımı sorgulama durumu değişkenleri arasındaki ilişki (n:196)

		Muayene sırasında hastalara sigara kullanımını sorgulama durumu				p
		Hayır		Evet		
		n	%	n	%	
Muayene sırasında hastalara alkol kullanımını sorgulama durumu	Hayır	9	81,8	77	41,6	0,012*
	Evet	2	18,2	108	58,4	

Ki kare testi, *: $p<0,05$

Muayene sırasında hastalara sigara kullanımını sorgulama durumu ile muayene sırasında hastalara alkol kullanımını sorgulama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$). Buna göre, muayene sırasında hastalara sigara kullanımını sorgulayan hekimlerin alkol kullanımını sorgulama oranı daha yüksektir.

Tablo 4.11. Sigara ve alkol kullanımı sorgulama değişkenleri arasındaki ilişki (n:196)

		Muayene sırasında hastalara sigara kullanımını sorgulama durumu				p
		Hayır		Evet		
		n	%	n	%	
Muayene sırasında hastalara madde kullanımını sorgulama durumu	Hayır	8	72,7	113	61,1	0,537
	Evet	3	27,3	72	38,9	

Ki kare testi, *:p<0,05

Muayene sırasında hastalara sigara kullanımı sorgulama durumu ile muayene sırasında hastalara madde kullanımı sorgulama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmamaktadır (p>0,05).

Tablo 4.12. Alkol ve madde kullanımı sorgulama durumu değişkenleri arasındaki ilişki (n:196)

		Muayene sırasında hastalara alkol kullanımını sorgulama durumu				P
		Hayır		Evet		
		n	%	n	%	
Muayene sırasında hastalara madde kullanımını sorgulama durumu	Hayır	77	89,5	44	40,0	0,000*
	Evet	9	10,5	66	60,0	

Ki kare testi, *:p<0,05

Muayene sırasında hastalara alkol kullanımı sorgulama durumu ile muayene sırasında hastalara madde kullanımı sorgulama durumu arasında istatistiksel olarak anlamlı derecede bir ilişki bulunmaktadır (p<0,05). Buna göre, muayene sırasında hastalara alkol kullanımı sorgulayan hekimlerin madde kullanımı sorgulama oranı daha yüksektir.

5. TARTIŞMA VE SONUÇ

Bağımlılık, tarih boyunca hemen her dönemde bireyleri, ailelerini ve toplumları etkileyen önemli sosyal bir sorun olmuştur (Işık, 2018). Her ne kadar bireyin çevresini etkilese de en fazla zarar gören kişi madde kullanıcısının kendisi olmuştur. Bu süreç, kişilerin işini, ailesini, sosyal çevresini etkilemesinin yanı sıra duygu davranışlarını da kontrol edilemez hale getirerek ruh ve beden sağlığını olumsuz etkilemekte ve hürriyetini elinden alarak toplumsal yaşantısını tehlikeye atmaktadır (Balcıoğlu ve Abanoz, 2009).

Alkol kullanım bozukluğu, 2016 yılında dünyada yaklaşık 3 milyon kişinin ölümüne (tüm ölümlerin %5,3'ü) yol açtığı bildirilmiştir. Küresel Alkol Durum Raporu'nda alkol bağımlılığı yaşam boyu prevalansı DSÖ Avrupa Bölgesi'nde %3,7, Türkiye için ise %1,6 olarak ifade edilmiştir (WHO, 2018). Türkiye'de yaşam boyu madde kullanım prevalansı %3,1 olduğu bildirilmiştir. Madde kullanımının 15-34 yaş aralığında daha sık olduğu tespit edilmiştir (T.C. İçişleri Bakanlığı, 2018). Madde kullanımının kısa süreli olumsuz fiziksel etkilerinin yanı sıra uzun süreli kullanımı kişide ciddi fiziksel ve ruhsal hastalıklara yol açmaktadır. Ruhsal sorunlar, bulaşıcı hastalıklar, akciğer ve karaciğer hastalıkları, kazalar ve zehirlenmeler açısından risk oluşturmaktadır (Merline ve ark., 2004).

Alkol ve madde kullanımları giderek yaygınlaşmakta ve başlama yaşı her geçen gün düşmektedir. Bu bağlamda bağımlılıkla mücadelenin etkili bir şekilde yürütülmesi için kamu kurumlarının yanı sıra sivil toplum örgütlerinin ve yerel yönetimlerin de birlikte hareket etmesi gerekmektedir. Gelişmiş ülkelerde bu bağımlılıkla mücadele kapsamında kurum ve kuruluşlar birlikte çalıştığı ve doktor, sosyal çalışmacı, kolluk kuvvetleri gibi farklı meslek mensupları tarafından bir arada yürütüldüğü gözlenmiştir (Yavuz ve Ateş, 2019). Ülkemizde de sivil toplum örgütleri, yerel yönetimler, kamu kurum ve kuruluşları, koruma, önleme, tedavi ve sonrasında çalışmalar gerçekleştirmektedirler (Nalbantoğlu ve Tuncay, 2023).

Aile hekimliği birimleri hastalar için doğrudan erişilebilir, sürekli, bütüncül, aile ve toplum odaklı, ilk temas noktası, hizmet ettiği kişileri aile ve sosyal çevresiyle ele alan

tarama, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon basamaklarında aktif rol alan bir örgütlenme modeli olarak tanımlanmıştır (Yıldırım ve Yıldırım, 2011).

Çalışmamızın amacı aile hekimliği birimlerine başvuran kişilere aile hekimlerinin alkol ve madde kullanım durumlarını sorgulama ve kişileri AMATEM'lere yönlendirme hakkında bilgi düzeyi ve farkındalıklarının araştırılmasıdır.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin yarısından fazlası mezun oldukları tıp fakültesi ya da uzmanlık eğitimi aldıkları kurum bünyesinde AMATEM kliniği olmadığını, büyük çoğunluğu ise (%87,2) tıp fakültesi ya da uzmanlık eğitimi sırasında AMATEM'de çalışmadığını beyan etmiştir. 2014 ile 2021 yılları arasında AMATEM sayıları yaklaşık 4,5 katına çıkmıştır. Katılımcıların büyük çoğunluğunun (%70,4) mezuniyetleri üzerinden 10 yıl geçmiştir. O yıllarda AMATEM'lerinin sayısı az olduğundan hekimlerin büyük bir kısmı tıp fakültesi eğitimi sırasında AMATEM bünyesinde çalışma ve staj yapma fırsatı bulamadığı düşünülebilir. Son yıllarda AMATEM'lerin yaygınlaşmasıyla mezuniyet öncesinde eğitim alan hekimlerin sayısı ve bağımlılık konusunda farkındalıklarının artacağı düşünülebilir.

Katılımcıların eğitim alıp/almama durumu sorgulandığında ise katılımcıların çoğunluğunun sağlık müdürlüğü tarafından verilen hizmet içi eğitim ile alkol/madde bağımlılığıyla ilgili eğitim aldığını beyan etmiştir. Bu veriler TBM Eğitim Programı aile hekimlerine verilen hizmet içi eğitim verilerini destekler niteliktedir.

Sakarya İl Sağlık Müdürlüğü tarafından ASM'lere önemli gün ve haftalarda afiş, broşür gönderilmekte ve bilgilendirme yazıları paylaşılmaktadır. Katılımcılara broşür, afiş ve bilgilendirme yazısı gönderilip gönderilmediği sorulduğunda ise katılımcıların yarıya yakını bilmediğini ya da takip etmediğini beyan etmektedir. Sakarya ilinde AMATEM bulunmasına rağmen çalışmamızda katılımcıların bir kısmının AMATEM'in olduğunu bilmediği sonucuna varılmıştır.

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin muayene sırasında hastalarına sigara, alkol ve madde kullanımı sorgulama durumu değişkenlik göstermiştir. Sorgulamadaki değişkenliğin Hastalık Yönetim Platformu kapsamında yer alan sorularda sigara içme alışkanlığının sorgulanması zorunlu, alkol kullanma alışkanlığının sorgulanmasının

isteğe bağı, madde kullanım durumunun sorgulanmasının ise yer almamasından kaynaklanabileceği düşünölebilir.

Çalışmamızda aile hekimlerine sağık raporu almak için başvuran kişilerin alkol ve madde kullanımına dair veri saptadığında nasıl bir yol izlediğı sorgulanmış, katılımcıların çok düşük bir kısmı alkol ve madde kullanımına bakmadığını, sadece 1'i ise böyle bir veri saptasa da sağık raporu verdiğini beyan etmiştir. Daha önce alkol ve madde kullanımına ilişkin veri saptayanların ise tamamına yakını psikiyatri hekimine sevk ettiğini beyan etmiştir. Bu durum rapor almak için aile hekimlerine başvuran kişilerin taranması ve alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedavie başlaması için bir fırsat olarak görölebilir.

Günlük bakılan ortalama hasta sayısıyla alkol/madde kullanım bozukluğu olan kişileri ilgili merkezlere yönlendirme durumu arasındaki anlamlı ilişki olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda günlük ortalama 40'dan daha az hasta bakan aile hekimlerinin ilgili merkezlere hasta yönlendirme oranı düşük bulunmuştur. Daha fazla hasta muayene eden hekimlerin iş yoğunluğundan dolayı bağımlılık merkezlerine daha az hasta yönlendirmesi beklenirken, çalışmamızda beklentinin aksine bir sonuç çıkmıştır. Öztürk'ün yaptığı benzer bir çalışmada ise günlük ortalama bakılan hasta sayısıyla alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaları ilgili merkezlere yönlendirmeleri arasında anlamlı fark bulunmamıştır (Öztürk, 2015).

Tam ve ark. tarafından yapılan çalışmada bağımlılıkla ilgili merkezde çalışmış olmanın alkol/madde kullanım bozukluğuyla ilgili bilgi düzeyi açısından farklı olduğu saptanmasına rağmen bizim çalışmamızda bağımlılık merkezinde çalışmış olmanın alkol/madde kullanımı soğılama ve ilgili merkezlere yönlendirme arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (Tam ve ark., 2013). Öztürk'ün yaptığı başka bir çalışmada daha önce bağımlılık merkezinde çalışan aile hekimleri asistanlarının çalışmayan gruba göre bilgi düzeyleri anlamlı derecede yüksek bulunmuştur (Öztürk, 2015). Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin sadece 5(%2,6)'inin daha önce bağımlılıkla ilgili merkezde çalışmış olması istatistiksel olarak fark saptanmamasına neden olmuş olabilir.

Alkol kullanım bozukluğu olan hastaları daha çok tedavi ettiğini söyleyen pratisyen hekimlerin daha fazla eğitim aldıkları belirlenmiştir (Kaner ve ark., 2001). DSÖ

tarafından yapılan bir çalışmada daha fazla eğitim alan hekimlerin güven duyularının daha fazla olduğu ve hastalara daha fazla müdahalede bulundukları gösterilmiştir (Anderson ve ark., 2003). Kaner ve ark. tarafından İngiltere’de yapılan çalışmada mezuniyet sonrasında alkol ve ilişkili sorunlar hakkında hekimlerinin %34’ünün 4-10 saat arası eğitim aldığı, %31’inin 4 saatten daha az eğitim aldığı, %10’unun ise hiç eğitim almadığı saptanmıştır (Kaner ve ark., 1999). Akvardar ve ark. tarafından 2010 yılında Türkiye’de yayınlanan bir çalışmada hekimlerin %25,4’ü mezuniyet öncesi, %11,7’si ise mezuniyet sonrası alkol kullanım bozukluğu konusunda eğitim aldığını belirtmiştir (Akvardar ve ark., 2010). Bizim çalışmamızda ise alkol/madde bağımlılığıyla ilgili mezuniyet öncesi eğitim alanların oranı %42,8, mezuniyet sonrası eğitim alanların oranı %83,2 olarak bulunmuştur. Son yıllarda bağımlılıkla mücadele kapsamında çalışmaların ve eğitimlerin artırılmasının sonucu olarak hekimlerin de eğitim alma oranlarının arttığı sonucuna varılabilir.

Akvardar ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise pratisyen hekimlerin hastaların %0-30’unda alkol kullanım bozukluğu olduğunu belirtmiştir (Akvardar ve ark., 2010). Öztürk’ün yaptığı çalışmada %45,8 oranında yılda 3-4 defa olarak cevaplanmıştır (Öztürk, 2015). Çalışmamızda da literatüre benzer sonuçlar elde edilmiştir.

Öztürk’ün yaptığı bir çalışmada muayene sırasında sigara, alkol, madde kullanım sorgulama durumu sırasıyla sigara için %49 sıklıkla, alkol için %42 bazen, madde için %47 nadiren cevabı verilmiş (Öztürk, 2015). Brennan ve ark. ise alkol kullanım bozukluğu olan hastalara sorma ve kısa müdahalede bulunma sıklığını %18,2 olarak bulmuştur (Brennan ve ark., 2013). Kaner ve ark. tarafından yapılan çalışmaya göre pratisyen hekimlerin %67’sinin bazen, %23’ünün çoğu zaman, sadece %4’ünün her zaman hastalarına alkol tüketimini sorguladığı saptanmıştır. Bizim çalışmamızda da literatürde yer alan çalışmalara benzer şekilde en sık sigara kullanımı, daha az sıklıkla alkol kullanımı, en az sıklıkta ise madde kullanımı sorgulandığı gözlemlenmiştir.

Karadağ ve ark.’nın yapmış olduğu çalışmada çalışmamıza benzer şekilde %74,8’inin ailesinde veya yakınları arasında alkol/madde bağımlısı kişilerin bulunmadığı tespit edilmiştir. Ailesinde ya da yakınlarında alkol/madde bağımlısı olma değişkeniyle inanışlar ölçeğinin alt boyutları karşılaştırılmış, ‘‘iyileşme sorumluluğu’’ değişkeni arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunurken diğer yedi değişken arasında

istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Karadağ ve ark., 2022). Çalışmamızda da ailesinde ya da arkadaş çevresinde alkol/madde bağımlısı kişilerin bulunma durumuyla muayene sırasında alkol kullanımı sorgulama durumu, madde kullanımı sorgulama durumu ve bağımlılık sorunu olan kişileri ilgili merkezlere yönlendirme durumu karşılaştırılmış ancak aralarında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanamamıştır ($p>0,05$).

Çalışmamıza katılan aile hekimlerinin muayene sırasında hastalarına sigara kullanımını sorgulama oranı alkol kullanımını sorgulama oranından yüksek saptanmıştır. Benzer bir çalışmada alkol kullanımının sigara kullanımından daha az sorgulandığı ve daha az müdahalede bulunduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu durumun alkol kullanımı ahlaki bir sorun olarak algılandığı için hasta-hekim ilişkisi dışında değerlendirilebileceği ifade edilmiştir (Walsh ve ark., 2001). Heather tarafından yapılan araştırmaya katılanların çoğu alkol tüketimiyle ilgili soru sormanın uygun olduğunu düşünürken yaklaşık yarısı hastaların bu sorulara kızabileceğini düşünmektedir (Heather, 1997). Kaariainen ve ark. tarafından yapılan bir çalışmada ise hastaların doktorlardan alkol kullanımlarıyla ilgili soru sormalarını bekledikleri sonucuna ulaşılmıştır (Kaariainen ve ark., 2001).

Kaner ve ark. tarafından yapılan çalışmanın sonucuna göre hekimlerin çoğu hastalarına yemek yeme (%88,9), egzersiz yapma (%80) ve sigara içme (%94) konusunda davranışlarına müdahale etmesine rağmen daha düşük oranda alkol kullanımına (%44,8) müdahale etmesinin sebebi %72 oranında hastaların mevcut sorunlarıyla uğraşmanın, %62 oranında bu konuda eğitim almamış olmasını, %56 oranında hükümet politikalarının koruyucu hekimliği desteklemesini, %21 oranında da hastaların alkol sorunlarıyla ilgili soruları kızmasını alkol kullanımını sorgulama ve kısa müdahalede bulunma konusunda engel olarak gördüğü sonucuna varılmıştır (Kaner ve ark., 1999). Çalışmamızda alkol ve madde kullanımının neden sorgulanmadığı yönünde soru sorulmaması çalışmamızın eksikliği olarak görülebilir.

Nalbantoğlu ve Tuncay tarafından yapılan çalışmaya göre madde bağımlısı olan kişilerin aileleri madde kullanımını öğrendiklerinde başlangıçta yoğun bir şekilde duygusal tepkiler verdiğini bununla birlikte tedavi hakkında yetersiz bilgileri olduğu için tedavi arayışına girdiklerini fakat tedavi sürecine nereden ve nasıl başlayacaklarını

bilemedikleri sonucuna varılmıştır. Bu süreçte en çok başvurulanan yöntemin ise yakın çevre ve internetten bilgi almak olduğu görülmüştür (Nalbantoğlu ve Tuncay, 2023). Finlandiya alkol kullanımında kısa müdahalenin teşvik edildiği ülkelerden biridir. Aalto ve ark. tarafından Finlandiya’da yapılan bir çalışmada yoğun alkol kullanımı olan kişilerin sadece %19’una birinci basamakta tarafından öneri verildiği belirtilmiştir (Aalto ve ark., 2002). Bizim çalışmamıza katılanların %56,1’i alkol kullanımını sorguladığını, %77’si ise alkol/madde kullanım bozukluğu olan hastaları ilgili merkezlere yönlendirdiğini belirtmiştir. Çalışmamızda sorgulama ve yönlendirmenin yüksek olması Sağlık Bakanlığı tarafından 1 Ocak 2021’de aile hekimlerinin kullanımına açılıp, 1 Temmuz 2021’de yürürlüğe giren Hastalık Yönetim Platformu modülünün içerisinde alkol kullanımının sorgulamasını yer alması düşünülebilir.

İspanya’da Romero-Rodriguez ve ark. tarafından %75,6’sının aile hekiminin oluşturduğu 1760 birinci basamak sağlık çalışanı üzerinde yapılan çalışmaya göre aile hekimlerinin %67,2’sinin alkol kullanım bozukluğuna yönelik özel eğitim almadıkları, %29,6’sının temel düzeyde eğitim aldığı, %3,2’sinin orta/ileri düzeyde eğitim aldığı belirtilmiştir. Orta veya ileri düzeyde eğitim alanlarda alkol tüketiminin taranması, alkol tüketiminin klinik değerlendirilmesi ve danışmanlık verme konusunda anlamlı oranda daha yüksek saptanmıştır. Birinci basamağın sağlığın teşviki ve alkol kullanım bozukluğunun önlenmesi üzerinde önemli etkisi olduğu düşünülmektedir. İspanyol birinci basamak sağlık profesyonelleri arasında alkol kullanım bozukluğunu önleme konusunda eğitim düzeyinin düşük olduğu, alkol kullanımının riskleri ve genel popülasyonda bu riskleri azaltmanın yolları hakkında önleyici stratejiler, bilinçlendirme müdahaleleri ve sağlık profesyonelleri için eğitim geliştirme ihtiyacı olduğu sonucuna varılmıştır (Romero-Rodriguez, 2020). Akvardar ve ark. tarafından yapılan çalışmada ise eğitim alma durumu ile hekimlerinin bilgi, tutum ve davranışları arasında anlamlı farka neden olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Akvardar ve ark., 2010). Bizim çalışmamızda da Akvardar ve ark.’nın yapmış olduğu çalışmaya benzer şekilde eğitim alma durumu ile alkol/madde kullanımı sorgulama ve ilgili merkezlerde yönlendirme arasında anlamlı fark bulunmamıştır. Bağımlılık konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası verilen eğitimlerin artırılması birinci basamak çalışanlarında

farkındalığın artırılmasına ve bağımlılıkla daha etkin bir şekilde mücadele edilmesini sağlayabileceği düşünülebilir.

Doğan ve ark. tarafından yapılan çalışmada çalışma süresiyle bilgi düzeyi arasında anlamlı fark saptanmamıştır (Doğan ve ark., 2003). Akvardar ve ark. tarafından yapılan çalışmada çalışma süresi ile hekimlerinin bilgi, tutum ve davranışları arasında anlamlı farka neden olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Akvardar ve ark., 2010). Bizim çalışmamızda ise çalışma süresi ile alkol kullanım sorgulama durumunu arasında anlamlı fark saptanmazken çalışma süresi ile madde kullanım sorgulama ve ilgili merkezlere yönlendirme açısından anlamlı fark saptanmıştır. Aile hekimi olarak çalışma süresi ile muayene sırasında alkol/madde kullanımı sorgulama durumu ve ilgili merkezlere hastaları yönlendirme açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmıştır. Yine son yıllarda TBM eğitim programı dahilinde verilen hizmet içi eğitimlerle farkındalığın artırılmış olması istatistiksel farkın ortaya çıkmasında rol aldığı düşünülebilir.

Gündüz Türkeş tarafından 76 hasta ile yapılan araştırmaya göre AMATEM'den taburcu olan hastaların tekrar alkol ve madde kullanmamaları için %67,1'inin düzenli bir iş sağlanmasına, %67,1'inin tıbbi tedavinin devam etmesine, %51,3'ünün aile görüşmelerine, %50'inin sosyokültürel aktivitelere, %47,4'ünün psikoeğitim gruplarına, %43,4'ünün sosyal beceri eğitimlerine, %43,4'ünün mesleki beceri sağlayan programlara, %32,9'unun sosyal destek hizmetlerine, %27,6'sının maddi yardıma ve %22,4'ünün grup etkinliklerine ihtiyaç duydukları saptanmıştır. Hastaların %47,4'ü tedavilerini destekleyen ayaktan bir rehabilitasyon merkezinden faydalanabileceklerini ifade etmişlerdir. Yine hastaların yarısının tedavi sonrası hizmetlerle ilgili bilgilerinin olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Gündüz Türkeş, 2020). Karakaya ve ark. tarafından 235 hasta ile yapılan araştırmada, madde kullanmamak için tıbbi olmayan yardım arayışı (dini bir kuruma başvuru) ve sosyal çevre değişikliğiyle sorunu kendi kendilerine çözmeye çalıştıkları saptanmıştır. Yine madde kullanım bozukluğunun tedavisinde hastaların maddeden uzaklaşması, uygun tedavi ve psikososyal destek alması için rehabilitasyon merkezlerinin önemi ortaya konmuştur (Karakaya ve ark., 2019). Çetin tarafından 2013 yılında yapılan başka bir çalışmada madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların %60'ı bağımlıların

rehabilitasyonu ve topluma kazandırılması için yeterli düzenleme ve çalışmanın yapılmadığını ifade etmişlerdir (Çetin, 2013). Nalbantoğlu ve Tuncay tarafından yapılan bir çalışmada hastalar tarafından AMATEM ve benzeri kuruluşlar tarafından sunulan hizmetler bağımlılık tedavisinin ilk basamağı olarak görülmektedir. Madde kullanım bozukluğu olan hastaların bu kuruluşlardan ayrıldıktan sonra iyileşme sürecini devam ettirebileceği bir yaşam tarzı oluşturmaları gerektiği, sosyal yaşamında bu değişikliği gerçekleştirememiş bireylerin tekrar madde kullanım olasılığının yüksek olacağı tahmin edilmektedir (Nalbantoğlu ve Tuncay, 2023). Bu aşamada YEDAM'ların işlevlerinin bilinmesi, hastaların taburculuklarından sonra bu merkezlere yönlendirilmesi rehabilitasyon ve topluma tekrar kazandırılmaları açısından önem arz etmektedir. Çalışmamıza katılan hekimlerin büyük çoğunluğunun YEDAM hakkında bilgileri olmadığı, yine büyük bir kısmının YEDAM'a hasta yönlendirmediği sonucuna varılmıştır.

Kaner ve ark. tarafından yapılan bir çalışmaya göre birinci basamakta riskli alkol kullanım bozukluğu olan hastalara kısa müdahale ve eğitimlerle alkol tüketim miktarının %20 oranında azaltılabileceği gösterilmiştir (Kaner ve ark., 1999). Aalto ve ark. tarafından ağır içicilerin alkol tüketimini azaltmalarına yardımcı olmak için birinci basamak sağlık hizmetlerinde etkili kısa müdahaleler gerçekleştiren sağlık hizmeti sunucularının önündeki engelleri belirlemek için yapılan çalışmada katılımcıların sadece %18'i etkili kısa müdahale sağlamak için yeterli bilgiye sahip olduğunu ve katılımcıların yarısından fazlası ise eğitim istediğini bildirmiştir (Aalto ve ark, 2002). El Guebaly ve ark. tarafından yapılan derleme çalışmanın sonucuna göre alkol kullanımıyla ilgili derslerin teorik eğitimle sınırlı olduğu tespit edilmiş, derslerin interaktif ve uygulamalı derslerle desteklenmesi önerilmiştir (El Guebaly ve ark. 2000). Yapılan çalışmaların sonucunda birinci basamakta çalışan hekimlerin alkol ve madde kullanımıyla ilgili ölçekleri kullanma ve kısa müdahale konularında alacakları eğitimleriyle bağımlılıkların önemli miktarda azaltılmasına yardımcı olabileceği gösterilmiştir. Çalışmamızda katılımcıların riskli alkol kullanımı bilme ve kullanım bozukluğu olanlara müdahale etme durumu sorulmaması çalışmamızın eksikliklerinden sayılabilir.

Alkol ve madde kullanım bozuklukları giderek artmakta, kişiyi etkilediği kadar ailesini, çevresini ve toplumu etkileyen ciddi sağlık harcamalarına sebep olan bir halk sağlığı problemidir. Bağımlılıkla mücadelede kurum ve kuruluşların işbirliği yaparak hareket etmesi başarıyı artıracaktır.

Aile hekimleri toplumun her kesimi için ulaşılması kolay, tüm sağlık sorunları için ilk başvuru noktasıdır. Aile hekimleri kendilerine başvuran hasta ya da sağlıklı kişileri 4-21 yaş dönemini kapsayan Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri ve son dönemde hizmete sunulan 18 yaş üzeri bireylerin kronik hastalık tarama ve izlemlerini içeren Hastalık Yönetim Platformu uygulaması kapsamında bütün olarak ele almalıdır. Bu modüllerin gereksinimi olarak aile hekimleri kişilerin sigara, alkol ve madde kullanımları sorgulanmalı, mümkünse kullanmaya hiç başlamamaları teşvik edilmeli, riskli kullanıcıları erken tespit edip tedavilerini sağlamalı, gerekli durumlarda ilgili merkezlere sevk ve takiplerinde rol almalıdır.

Aile hekimlerinin alkol ve madde kullanım bozuklukları konusunda aktif rol almaları, gerekli müdahale ve yönlendirme yapabilmeleri için öncelikle mezuniyet öncesi yeterli ve kapsamlı eğitim almaları ve aldıkları eğitimler uygulamalarla desteklenmelidir. Bağımlılık birinci basamakta sık karşılaşılan bir durum olmadığı için mezuniyet sonrası eğitimlerle konuların tekrar edilmesi, değişen ve gelişen koşullar için kurum içi resmi yazılarla, hizmet içi eğitimlerle, kongre, seminer ve konferanslarla gerekli bilgilendirmelerin yapılması sağlanmalıdır.

Sigara, alkol ve madde kullanıma başlangıç için riskli olan ilk ve orta öğretim dönemi başta olmak üzere toplumun her kesiminde farkındalık oluşturmak için gazete haberleri, afiş, broşür, konferans ve seminerle gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır. İlk ve orta öğretim dönemi için okullarda alanında uzman kişiler tarafından düzenli eğitimlerin verilmesi sağlanmalıdır.

Sonuç olarak aile hekimliği çekirdek yeterlilikleri birinci basamak yönetimi kapsamında kişilerin tüm sorunları için ilk temas noktası olan aile hekimliği birimlerine başvuran bağımlı hastalar koordine edilebilmeli, ihtiyaçlarına göre sevkleri yapılarak sağlık sistemi içindeki uygun hizmetlerden yararlanması sağlanmalıdır. Bu süreçte hastaların klinik karar verme sürecine etkin olarak katılmasına yardım

edilmeli, sağlık sisteminin ikinci ve üçüncü basamaklarından hizmet alımlarında hastalar desteklenmelidir. Sevk sonrası geri bildirim yoluyla hastaların takipleri sağlanmalıdır. Bu kapsamda aile hekiminin etkinliği sadece klinik becerilerine değil yönetsel becerilerini de bağlıdır.



6. KAYNAKLAR

Aalto, M., Pekuri, P., Seppa, K. (2002) Primary health care professionals' activity in intervening in patients' alcohol drinking: a patient perspective. *Drug Alcohol Depend*, 66(1), 39-43.

Akvardar, Y., Uçku, R., Ünal, B., Günay, T., Akdede B.B., Ergör, G., Alptekin, K., Tunca, Z., (2010) Pratisyen Hekimler Alkol Kullanım Sorunları Olan Hastaları Tanıyor ve Tedavi Ediyorlar Mı? *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21(1), 5-13

Altıntoprak, A., E. (2011). T.C. Sağlık Bakanlığı, Bağımlılıkta Kişilik Özellikleri ve Komorbidite. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Görev Alacak Personelin Sertifika Eğitim Programı Eğitim Kitabı. 03-07 Ekim 2011, İstanbul.

American Psychiatric Association (1952). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1th edition (DSM-I), Washington, DC.

American Psychiatric Association (1968). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1th edition (DSM-II), Washington, DC.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 3th edition (DSM-III), Washington, DC, p: 489-499.

American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 1th edition (DSM-IV), Washington, DC.

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4th edition, text revision (DSM-IV-TR), Washington, DC.

American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th edition (DSM-V), Substance-related and addictive disorders. Washington, DC.

Amerikan Psikiyatri Birliği (2013). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, 5. Baskı (DSM-V), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabı. Çeviren: Köroğlu E., Hekimler Yayın Birliği, Ankara. 2014.

Anderson, P., Kaner, E., Wutzke, S., Heather, N., Wensing, M., Grol, R., Gual, A., Pas, L. (2003). World Health Organization Brief Intervention Study Group. Attitudes and management of alcohol problems in general practice: descriptive analysis based on findings of a World Health Organization international collaborative survey. *Alcohol*, 38(6), 597-601.

Aydoğan, Ü., Koç, B. (2016). *Temel Aile Hekimliği Kitabı*. 1.basım. Güneş Tıp Kitapevleri, Ankara, s:779

Balcıoğlu, İ., Abanoz, Y. (2009). Madde bağımlılığı, intihar, sanık psikolojisi. *Dirim Tıp Gazetesi*, yıl 84, sayı:1, s: 15-20.

Brennan, C., Newton, M., Wood, F., Schug, S.A., Allsop, S., Browne, A.L. (2013). Training general practitioners in remote Western Australia in a method of screening and brief intervention for harmful alcohol use: a pilot study. *Aust J Rural Health*. 21(2),72-79.

Brown, S., Yalom, I. (1995). *Alkolizm Terapisi*. Çeviren: Kazmirci T. Prestij Yayınları, İstanbul.

Coşkunol, H. (2011). T.C. Sağlık Bakanlığı, Madde Kullanım Bozukluğunda Genel Yaklaşım. Madde Bağımlılığı Tedavisinde Görev Alacak Personelin Sertifika Eğitim Programı Eğitim Kitabı. 03-07 Ekim 2011, İstanbul.

Çetin, Y. (2013). Madde bağımlılığı ve Yalova ölçeğinde madde bağımlısı algısı. Yalova Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Yalova (Danışman: Doç. Dr. S. Özcan).

Doğan, Y.B., İlhan, İ.Ö., Demirbaş, H., Özel, E.T. (2003). Birinci basamaktaki hekimlere yönelik alkol kullanım bozuklukları kursunun sonuçları. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası*. 56(1), 7-12.

El Guebaly, N., Toews, J., Lockyer, J., Armstrong, S., Hodgins, D., (2000) Medical education in substance-related disorders: components and outcome. *Addiction*, 95, 949-957.

Global Burden of Disease Alcohol Collaborators (2016). Alcohol use and burden for 195 countries and territories, 1990–2016: a systematic analysis for the global burden of disease study 2016. *Lancet* 2018; 392, 1015–1035.

Güleç, G., Köşger, F., Eşsizoglu. A., (2015). DSM-5’te alkol ve madde kullanım bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*. 7(4), 448-460.

Gündüz Türkes, S. (2020). Ankara AMATEM kliniğinde tedavi gören bireylerin tedavi sürecindeki deneyimleri ve taburculuk sonrası gereksinimleri. Hacettepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara (Danışman: Prof. Dr. S. Buz).

Heather, N. (1997). Where treatment and prevention merge: the need for a broader approach. *Addiction*, 92 (Suppl 1), 133-S136.

Hasin, D.S., O’Brein, C.P., Auriacombe, M., Borges, G., Bucholz, K., Budney. A., Wilson, M., Compton, M.W., Crowley, T., Ling, W., Petry, M.N., Schuckit, M., Grant, F.B., (2013) DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. *Am J Psychiatry*, 170(8), 834-851.

Işık, A.,(2018). Türkiye’de madde bağımlılığıyla mücadelede bir sosyal politika uygulaması olarak okul sosyal hizmetinin önemi. *Toplum ve Sosyal Hizmet Dergisi*: 29(1), 208-226.

Kaariainen, J., Sillanauke, P., Poutanen, P., Seppä, K. (2001). Opinions of alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. *Alcohol Alcohol*, 36(2), 141-146.

Kalyoncu, A. (2010). *Plastik Düşler*. İstanbul. Kapital Medya Hizmetler Yayınevi.

Kaner, E.F., Heather, N., McAvoy, B.R., Lock, C.A., Gilvarry, E., (1999). Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol and Alcoholism*, 34(4), 559-566.

Kaner, E.F., Wutzke, S., Saunders, J.B., Powell, A., Morawski, J., Bouix, J.C., (2001) WHO Brief Intervention Study Group. Impact of alcohol education and training on general practitioners' diagnostic and management skills: findings from a World Health Organization collaborative study. *J Stud Alcohol*, 62(5), 621-627.

Karadağ, F., Babaoğlu, E. (2022) Psikiyatri Kliniklerinde Çalışan Hemşirelerin Alkol ve Madde Bağımlılığına Yönelik Tutumları. *Bağımlılık Dergisi*. 23(4), 430-439.

Karakaya, İ., Sacaklı, G., Bilici, R., Ogel, K. (2019). The pathway to care of patients with SUD who presented at addiction treatment centers (AMATEM) in Turkey. *J Ethn Subst Abuse*, 21(10), 1-15.

Köknel Ö. (1998). *Bağımlılık. "Alkol ve Madde Bağımlılığı"*. Altın Kitaplar Yayınevi, Akdeniz Yayıncılık A.Ş., İstanbul.

McKim, M.W. (2000). *Drugs and Behavior. An Introduction to Behavioral Pharmacology*. Forth Edition. Prentice-Hall, Inc., New Jersey.

Merline, A.C., O'Malley, P.M., Schulenberg, J.E., Bachman, J.G., Hohnston, L.D. (2004). Substance use among adults 35 years of age: prevalence, adulthood predictors, and impact of adolescent substance use. *Am J Public Health*, 94(1), 96-102.

Nalbantoğlu, İ., Tuncay, T. (2023). Madde bağımlılarının ve ailelerinin bağımlılıkla mücadele deneyimlerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*; sayı: 24(2), 207-226.

Ögel, K. (2010). *Sigara, alkol ve madde kullanım bozuklukları: Tanı, tedavi ve önleme*. Yeniden Yayınları. İstanbul, s:183.

Öztürk, U. (2015). *Aile Hekimliği Araştırma Görevlilerinin Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Bilgi ve Tutumlarının Değerlendirilmesi*. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi, Tıp Fakültesi, Aile Hekimliği Anabilim Dalı, Uzmanlık Tezi, Ankara (Danışman: Dr. Öğr. Üyesi F. Dağcıoğlu).

Piazza, N. J., Wise, S. L. (1988). An order-theoretic analysis of Jellinek's disease model of alcoholism. *International Journal of the Addictions*. 23(4), 387-397.

Rehm, J., Gerhard, E., Gmel, G. E., Gmel, G., Omer, S. M. H., Sameer, I., Svetlana, P., Charlotte, P., Michael, R., Robin, R., Andriy, V. S., Kevin, D. S., Paul, A. S. (2017). The relationship between different dimensions of alcohol use and the burden of disease—an update. *Addiction*. 112(6), 968-1001.

Robert, E.Rakel. (2019). Textbook of Family Medicine. Çeviren: Saatçı E. Aile Hekimliği. 9. Basım, Güneş Tıp Kitabevleri, Ankara, s: 1120-1153.

Romero-Rodrguez, E., Pérula de Torres, L.Á., Ruiz Moral, R., Fernández García, J.Á., Parras Rejano, J.M., Roldán Villalobos, A., Camarelles Guillem, F. (2020). Collaborative Group Alco-AP. Training health providers to address unhealthy alcohol use in primary care: a cross-sectional, multicenter study. BMC Health Serv Res. 20(1), 877.

Sullivan, E. V., Pfefferbaum, A. (2014). Neurocircuitry of alcohol addiction: synthesis from animal models. Alcohol and the Nervous System.

Tam, C.W., Zwar, N., Markham, R., Australian general practitioner perceptions of the detection and screening of at-risk drinking, and the role of the AUDIT-C: a qualitative study (2013). BMC Family Practice. 14(1), 121.

T.C. İçişleri Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü(EGM), Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2018). Türkiye Genel Nüfusta Tütün, Alkol Madde Kullanımına Yönelik Tutum ve Davranış Araştırma Raporu. Ankara; s: 6-10.

T.C. İçişleri Bakanlığı, EGM, Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı (2022). Türkiye Uyuşturucu Raporu, Eğilimler ve Gelişmeler. Ankara; s: 16-88

T.C. Kalkınma Bakanlığı, On Birinci Kalkınma Planı(2019-2023), Sağlıklı Yaşam ve Bağımlılıkla Mücadele Çalışma Grubu (2018). Bağımlılıkla Mücadele Alt Çalışma Grubu Raporu. Ankara, s: 20-60.

T.C. Resmi Gazete. Cumhurbaşkanlığından. Bağımlılık ile Mücadele Genelgesi. 14 Şubat 2019. Sayı: 30686, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası. 20 Ekim 1982. Sayı: 17844, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığında. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği. 25 Ocak 2013. Sayı: 28539, Ankara.

T.C. Resmi Gazete. Sağlık Bakanlığında. Bağımlılık Danışma, Arındırma ve Rehabilitasyon Merkezleri Hakkında Yönetmelik. 10 Mart 2019. Sayı: 30710, Ankara.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü (2022). 2021 Birim Faaliyet Raporu. Ankara, s: 179. İndirme tarihi: 20.02.2023.

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (2012). Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu. Ankara, s:48-105.

T.C. Sağlık Bakanlığı (2020), Sağlık İstatistikleri Yıllığı. Ankara, s: 149. İndirme tarihi: 20.02.2023.

Uzbay, İ.T. (1981). Mezopotamya uygarlığında eczacılık mesleğine dair bir inceleme. Eczacılık Bülteni, sayı: 23, 57-60

Uzbay, İ.T., (2009). Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. Türk Eczacıları Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi; sayı: 21-22, 5-15.

Uzbay, İ.T., (2015). Madde Bağımlılığı, Tüm Boyutlarıyla Bağımlılık ve Bağımlılık Yapan Maddeler. 1. Baskı. İstanbul: İstanbul Tıp Kitabevi, s: 1-3.

United Nations Office on Drugs and Crime (2018). World Drug Report, s:6-10. İndirme tarihi: 19.03.2023.

Walsh, R.A., Roche, A.M., Sanson-Fisher, R.W., Saunders, J.B. (2001). Interactional skills of students from traditional and non-traditional medical schools before and after alcohol education. Medical Education. 35(3), 211-216.

World Health Organization(WHO). (2018). Global Status Report On Alcohol And Health. Geneva.

Yavuz, Ö., Ateş, H. (2019). Bir Kamu Politikası Olarak Bağımlılıkla Mücadele. 1. Basım. Nobel Akademik Yayıncılık, s: 185-220.

Yıldırım, H.H. ve Yıldırım, T. (2011). Türkiye'de sağlık hizmetlerinin finansman reformu: bağlam ve göze çarpan özellikler. Avrupa Sosyal Politikası Dergisi, 21(2), 178-193.

7. EKLER

EK-1: Etik kurul kararı

	T.C. SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ Tıp Fakültesi Dekanlığı Fakülte Girişimsel Olmayan Etik Kurulu	
Sayı : E-71522473-050.01.04-194655 - 327		05.12.2022
Konu : Girişimsel Olmayan Etik Kurul Başvuru dosyası		
Sayın Dr. Öğr. Üyesi Abdülkadir AYDIN Sakarya Eğitim ve Araştırma Hastanesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı		
İlgi : 18.11.2022 tarih ve 327 sayılı başvurunuz. Destekleyicisi olduğunuz "Sakarya İlindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Alkol Madde Tedavi ve Eğitim Merkezine Hasta Yönlendirme Hakkındaki Bilgi Düzeyi ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi" isimli çalışmanın ilgili belgeler araştırmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş olup; çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen şekilde etik ve bilimsel açıdan sakınca bulunmadığına etik kurul üyelerince karar verilmiştir. Ancak çalışma bitiş tarihinden itibaren en geç 3 ay içerisinde çalışma sonuç raporunun Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kuruluna gönderilmesi gerekmektedir. Bilgilerinize rica ederim. Prof. Dr. Ertuğrul GÜÇLÜ Etik Kurulu Başkanı Güvenli Elektronik İmzalı Aslı ile Aynıdır. 05.12.2022		
Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır. Doğrulama Kodu :BSAK534JPU Pin Kodu :24772 Belge Takip Adresi : https://turkiye.gov.tr/ebd?ek=5783&eD=BSAK534JPU&eS=194655 Adres:Sakarya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı, Kocucuk Kampüsü, Kocucuk, Adapazarı/Sakarya Telefon No:264 295 6630 Faks No:264 295 6629 e-Posta:tip@sakarya.edu.tr Elektronik Ağ:www.tip.sakarya.edu.tr Bilgi için: Hasan Konak Unvanı: Sürekli İşçi 		

EK-2: Anket soruları

Sakarya İlindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde Çalışan Aile Hekimlerinin Alkol Madde Tedavi ve Eğitim Merkezlerine Hasta Yönlendirme Hakkında Bilgi Düzeyi ve Farkındalıklarının Değerlendirilmesi

Anket Soruları

Sayın Meslektaşımız;

Uzmanlık tezi için hazırlamış olduğumuz anket sorularıyla Sakarya ilindeki Aile Sağlığı Merkezlerinde çalışan aile hekimlerinin Alkol Madde Tedavi ve Eğitim Merkezlerine (AMATEM) hasta yönlendirmeleri konularında bilgi düzeylerini ve farkındalıklarının değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Veriler tez çalışması için kullanılacak olup anket 30 sorudan oluşmakta ve cevaplanması yaklaşık 3 dakika sürmektedir. Doğru verilere ulaşabilmemiz için tüm soruları eksiksiz doldurmanız büyük önem arz etmektedir. Herhangi bir konuda soru sormak isterseniz 0554 774 41 23 numaralı telefonda ya da asim.calkay@hotmail.com mail adresinden ulaşabilirsiniz. Size ait bilgilerin gizli kalacağını belirtir, katılımınız için teşekkür ederiz.

Dr. Asım ÇALKAY

Bu anketin amacı ile ilgili olarak bilgilendirildiğimi, anketi uygulayan kişinin sorularıma cevap verdiğini, araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabileceğimi 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?
.....
2. Cinsiyetiniz nedir?
☐ Erkek
☐ Kadın
3. Medeni durumunuz nedir?
☐ Evli
☐ Bekar
☐ Boşanmış
☐ Dul
☐ Eşinden ayrı yaşıyor
4. Kaç çocuğunuz var? Varsa yaşlarını yazınız
Yok
1
2
3
4
5
Daha fazla.....
5. Kaç yıldır hekimlik yapıyorsunuz?
☐ 0-5
☐ 5-10
☐ 10-15
☐ 15-20
☐ 20 üzeri
6. Kaç yıldır aile hekimliği yapıyorsunuz?
☐ 0-5
☐ 5-10
☐ 10-15

- ☐ 15 üzeri
7. Unvanınız nedir?
- ☐ Aile Hekimi
- ☐ Aile Hekimliği Asistanı (SAHU)
- ☐ Aile Hekimliği Uzmanı
8. Görev yeriniz neresi?
- ☐ İl merkezi
- ☐ İlçe merkezi
- ☐ Belde/köy
9. Günlük ortalama kaç hasta bakıyorsunuz?
- ☐ 0-20
- ☐ 20-40
- ☐ 40-60
- ☐ 60-80
- ☐ 80 ve üzeri
10. Aile Sağlığı Merkezinden önce nerede çalıştınız? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)
- ☐ Devlet hastanesi
- ☐ Sağlık Ocağı
- ☐ AÇSAP(Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması)
- ☐ VSD(Verem Savaş Dispanseri)
- ☐ KETEM(Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezi)
- ☐ İl Sağlık Müdürlüğü
- ☐ İlçe Sağlık Müdürlüğü/Toplum Sağlığı Merkezi
- Özel Sağlık Kuruluşu(belirtiniz).....
- Diğer(belirtiniz).....
11. Daha önce herhangi bir bağımlılık merkezinde çalıştınız mı?
- ☐ Evet
- ☐ Hayır

12. Daha önce alkol/madde bağımlılığıyla ilgili eğitim aldınız mı? Aldıysanız nereden aldığınızı belirtiniz. (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

Evet:

☐ Tıp fakültesinde(lisans eğitimi sırasında)

☐ Uzmanlık eğitimi sırasında

☐ Sağlık müdürlüğünde hizmet içi eğitim

☐ Kongre/Seminer/Konferans

☐ Hayır

13. Okuduğunuz üniversite ya da uzmanlık eğitimi aldığınız üniversite bünyesinde AMATEM kliniği var mıydı?

☐ Evet

☐ Hayır

14. Varsa orda çalıştınız mı/staj yaptınız mı?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ AMATEM kliniği yoktu

15. Kurumunuz tarafından çalıştığınız ASM'ye alkol/madde bağımlılığıyla ilgili afiş ve broşürler gönderiliyor mu?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Bilmiyorum

16. Kurumunuz tarafından AMATEM ile ilgili bilgilendirme yazıları sizinle paylaşılıyor mu?

☐ Evet

☐ Hayır

☐ Gönderilen yazıları takip etmiyorum

17. Çalıştığınız ilde AMATEM var mı?

- ☐ Var
- ☐ Yok
- ☐ Bilmiyorum

18. Ailenizde ya da arkadaş çevrenizde alkol ve madde bağımlılığı sorunu yaşayan kimse oldu mu?

- ☐ Evet
- ☐ Hayır

19. Muayene sırasında hastalarınıza sigara kullanımını sorguluyor musunuz?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Sıklıkla
- ☐ Her zaman

20. Muayene sırasında hastalarınıza alkol kullanımını sorguluyor musunuz?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Sıklıkla
- ☐ Her zaman

21. Muayene sırasında hastalarınıza madde kullanımını sorguluyor musunuz?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Sıklıkla
- ☐ Her zaman

22. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarla ne sıklıkla karşılaşıyorsunuz?

- ☐ Hiç karşılaşmıyorum
- ☐ Yılda 1-2 kez karşılaşıyorum
- ☐ Ayda 1-2 kez karşılaşıyorum
- ☐ Haftada 1-2 kez karşılaşıyorum
- ☐ Her gün karşılaşıyorum

23. Alkol/madde bağımlılığı olan kişiler ya da aileleri sizden yardım talep ediyor mu?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Sıklıkla
- ☐ Her zaman

24. Rapor(ehliyet raporu, evlilik öncesi sağlık raporu, durum bildirir raporu ...vs) almak için başvuran kişilerin e-nabızda alkol/madde kullanımına ilişkin veri saptadığınızda nasıl bir yol izliyorsunuz?

- ☐ Raporu veriyorum
- ☐ Psikiyatri bölümüne sevk ediyorum
- ☐ Daha önce karşılaşmadım
- ☐ Alkol/madde kullanım durumuna bakmıyorum

25. Sigara kullanan hastalarınızı sigara bırakma polikliniklerine yönlendiriyor musunuz?

- ☐ Hiçbir zaman
- ☐ Nadiren
- ☐ Bazen
- ☐ Sıklıkla
- ☐ Her zaman

26. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarınızı ilgili merkezlere yönlendiriyor musunuz?

☐ Hiçbir zaman

☐ Nadiren

☐ Bazen

☐ Sıklıkla

☐ Her zaman

27. Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastalarınızı yönlendiriyorsanız nereye yönlendiriyorsunuz? (birden fazla şık işaretleyebilirsiniz)

☐ Yönlendirmiyorum

☐ Psikiyatri polikliniklerine

☐ AMATEM polikliniklerine

☐ YEDAM'a

28. YEDAM'ın ne olduğunu biliyor musunuz?

☐ Evet

☐ Hayır

29. YEDAM'ın telefon numarasını biliyor musunuz?

☐ Evet (.....yazınız)

☐ Hayır

30. YEDAM'a hiç hasta yönlendirdiniz mi?

☐ Evet

☐ Hayır

