
İÇİNDEKİLER /CONTENTS

Yazar(lar) / Author(s)

Başlık / Title

Önyazi / Editor's Note

Prof. Dr. Mansur Beyazyürek	Hastane Bağımlılığı mı?	2
-----------------------------	-------------------------	---

Araştırmalar / Researches

1	Öğr. Gör. Rukiye Aylaz Yrd. Doç. Dr. Süleyman Hacıevliyagil Hemşire Aygün Durdu	Turgut Özal Tıp Merkezinde Görevli Hemşirelerin Sigara İçme Davranışları ve Etkileyen Faktörler / Smoking Attitudes and Affecting Factors of the Nurses Working in Turgut Ozal Medical Center	3
2	Uzm. Dr. Mehmet Akif Ersoy Yük. Lisans Öğr. Nurgül Özdemir Doç. Dr. Haluk A. Savaş	Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Öğrencilerinde Alkol ve Madde Kullanımıyla İlgili Tutumlar / The Attitudes of Medical and Nursing School Students Towards Alcohol and Drug Consumption	9
3	Uzm. Dr. Çetin Etik Uzm. Dr. Yasemen Taner Uzm. Dr. Ender Taner Prof. Dr. Zehra Arıkan	Alkol Bağımlılığı Olan Erkek Hastalarda Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu / Attention Deficit Hyperactivity Disorder in male patients with Alcohol Dependence	14
4	Yrd. Doç. Dr. Zeliha Koç Öğr. Gör. Zeynep Sağlam	Hemşirelik Öğrencilerinin Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörlerin Belirlenmesi / The Determination of the Nursing Students Prevalance of Cigarette Smoking and Affecting Factors	18
5	Yrd. Doç. Dr. Ruhşen Kutlu Prof. Dr. Selma Çivi Araş. Gör. Onur Karaoğlu	Zabıta Memurlarında Sigara İçme ve Depresyon Sıklığı ile Bunları Etkileyen Faktörler / The Frequency of Smoking and Depression and the Contributing Factors Among Municipal Police Officers	25

Derlemeler / Reviews

6	Prof. Dr. Nurgül Özpoyraz Doç. Dr. Lut Tamam Uzm. Dr. Gonca Karakuş	Alkol Bağımlılığı ve Duygudurum Bozuklukları / Alcohol Dependence and Mood Disorders	31
7	Araş. Gör. Çağrı Sevin Araş. Gör. Ercüment Erbay	Madde Bağımlılarının Tedavi Sonrası Sosyal Yaşamdaki Sorunları ve Sosyal Hizmet Uygulamaları / Problems of Substance Addicteds in Social Life After Treatment and Practices of Social Work	36

Olgu Sunumları / Case Reports

8	Öğr. Gör. Dr. Neslihan Cansel Doç. Dr. Haluk A. Savaş Araş. Gör. Dr. Arzu Özovacı Araş. Gör. Dr. Aysun Kalenderoğlu Uzm. Dr. Esen Savaş	Eroine Başlamada Yeni Bir Motivasyon: Diabetli 3 Olgu / A New Motivation for Heroin Use: Three Diabetic Cases	41
9	Yrd. Doç. Dr. Ümit Başar Semiz Yrd. Doç. Dr. Ayhan Algül Uzm. Dr. Cengiz Güneş Yrd. Doç. Dr. Alpay Ateş Doç. Dr. Cengiz Başoğlu Doç. Dr. Servet Ebrinç Prof. Dr. Mesut Çetin	Bir Kez Ekstazi Kullanımına Bağlı Gelişen Bir Obsesif Kompulsif Bozukluk Olgusu / Obsessive Compulsive Disorder Due to Ingestion of Single Dose Ecstasy: A Case Report	45
	Editöre Mektup / Letter to Editor		49
	Önerilen Yeni Yayınlar / Recommended New Articles		50
	Haberler / News		51
	Kitap Tanıtımı / Book Review		52

TURGUT ÖZAL TIP MERKEZİNDE GÖREVLİ HEMŞİRELERİN SİGARA İÇME DAVRANIŞLARI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Smoking Attitudes and Affecting Factors of the Nurses Working in Turgut Ozal Medical Center

Rukiye Aylaz¹, Süleyman Hacıevliyagil², Aygün Durdu³

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada bir üniversite hastanesinde çalışan hemşirelerin sigara içme oranını, sigara içenlerin sigaraya bağımlılık durumlarını ve sigara içme davranışına ilişkin risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde Haziran 2006-Ağustos 2006 tarihleri arasında gönüllü 282 hemşireye gözlem altında anket uygulanmıştır. Hemşirelere sosyo-demografik özellikleri ile Fagerstrom nikotin bağımlılık testinden oluşan anket formu uygulanmıştır.

Bulgular: Hemşireler arasında sigara içme alışkanlığı % 54.4 (kadınlarda %42.1, erkeklerde % 61.7) olarak tespit edildi. Hemşirelerin daha çok hastane ortamında sigara içtikleri (% 59.4) saptanmıştır. Hemşirelerin eğitim durumlarına göre sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur ($p<0.05$). Sağlık meslek lisesinden mezun hemşirelerde sigara içme oranı, yüksekokul mezunlarına göre daha yüksektir. Ailesinde sigara içen bireylerin olması, hemşirelerin sigara içme davranışı açısından etkileyici olmuştur ($p<0.05$). Halen sigara içenlerin Fagerström Nikotin Bağımlılık Testi'ne göre 20 kişi yüksek, 10 kişi çok yüksek düzeyde bağımlı olduğu belirlenmiştir.

Sonuç: Sonuç olarak bu çalışmada hemşirelerin %54.4'ün sigara içmesi ciddi bir sağlık sorunudur. Hemşirelerin sigarayı daha çok hastanede içtikleri ve hastanede pasif içiciliğe maruz kaldıkları belirlenmiştir. Sağlık hizmeti vermekte olan bireylerin sigara içimi ve bağımlılığı konusunda daha bilgilili ve duyarlı olmaları beklenir. Bu amaçla hemşirelik eğitim müfredatında mutlaka sigara ve sağlık, nikotin bağımlılığı gibi konuların yer alması gerekmektedir.

Anahtar kelimeler: Sigara, hemşire, risk faktörleri.

ABSTRACT

Objective: In this study, we intend to set out risk factors about smoking rates of the nurses working in a university hospital, smoking attitudes and smoking addictions of those who smoke.

Method: The said method is carried out by using polls on 282 volunteer nurses in Turgut Özal Medical Center of Medical Faculty in İnönü University. Socio-demographic features and survey from about Fagerstrom nicotine addiction test has been carried out for nurses.

Results: Smoking addiction among nurses is % 54.4 (% 42.1 for women and % 61.7 for men) it has been found out that the nurse smoke mostly inside of the hospital. A meaningful difference has been detected between educational levels and smoking attitudes of the nurses (0.05). Smoking rate among the nurses who graduated from health vocational college is higher than those who are university graduate. The fact that there are members who smoke in nurses' family become effective and determining factor in terms of smoking attitudes. According to Fagerstrom Nicotine Addiction Test, it has been detected that 20 persons are high, 10 persons are in too high level addicted.

Conclusion: As a result, it is a highly serious health problem that % 54 of the nurses smoke. Therefore, such subjects as ealth and smoking and nicotine addiction must be compulsory lesson in nursing educational curriculum. It has been determined that the nurses smoke cigarettes in hospitals and they are exposed to passive smoking.

Key words: Smoking, nurses, risk factor.

¹ Öğr. Gör. İnönü Üniversitesi Malatya Sağlık Yüksekokulu

² Yrd. Doç. Dr. İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı

³ Hemşire, İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezi

GİRİŞ

Sigara kullanımı önlenemez ölüm nedenlerinin en önemlisidir (1). Sigaranın sağlığa zararları çok iyi bilinmesine rağmen, sigara tüketimi yaygın olarak halen devam etmektedir (2). Bugün için dünya genelinde 1.1 milyar insan sigara içmektedir. Bu sayının 2025 yılında 1.6 milyara yükselmesi beklenmektedir. Bugünkü sigara içme oranları devam ederse, bugün hayatta olan 500 milyon kişi sigara nedeniyle ölecektir (3).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (DSÖ) göre günde en az bir kez tütün ürünü içen kişi tiryaki (günlük düzenli içici) olarak kabul edilir. Herhangi bir tütün ürünü içen ama bu işi her gün yapmayan kişiler de düzensiz içici olarak tanımlanmıştır. DSÖ sigarayı dünyanın en hızlı yayılan ve en uzun süren salgını olarak tanımlamaktadır (3,4).

Gelişmiş ülkelerin aksine ülkemizde sigara içme hızı giderek artmaktadır. Ancak bu konuda yapılan araştırmalar yeterli değildir. Yapılmış araştırmalar daha çok bölgesel niteliktedir. Tüm ülkeyi temsil eden iki araştırma "Sigara alışkanlıkları ve sigara ile mücadele kampanyası" PİAR araştırma sonuçlarına göre; Türkiye'de 15 ve üzeri yaş grubunda erkekler için % 62.8, kadınlar için % 24.3 (ortalama değer % 43.6) değerleri ile Avrupa ülkeleri arasında Yunanistan'dan sonra ikinci sırada yer almaktadır (5,6). Ülkemizde her yıl 100.000 kişi erken yaşlarda sigaradan hayatını kaybetmekte olup, gerekli önlemler alınmazsa önümüzdeki 20 yılda bu sayı 250.000'e çıkacaktır. Sigaranın yol açtığı ölümler trafik, terör, iş kazaları gibi tüm ölümlerin toplamından 5 kat daha fazladır (7).

Sağlık çalışanları sigara tüketiminin sık olduğu meslek grupları arasındadır. Hemşireler sağlık bakımı içinde önemli bir yer almaktadır. Hemşirelerin, aynı yerde çalışan doktorlarda dahil olmak üzere diğer sağlık çalışanlarından daha çok sigara içtikleri rapor edilmiştir (8,9). DSÖ'nün raporuna göre hemşireler, Kanada ve Amerika dışında ülkelerde genel kadın nüfusundan daha çok sigara içmektedir (10). Hemşireler üzerinde yapılan çalışmalarda sigara kullanım sıklığı % 47.6-58.8 olarak belirlenmiştir (11).

Sigara içmeyi etkileyen değişkenler incelendiğinde; bedensel çalışmayı gerektiren işlerde çalışanlarda, erkeklerde, ailede veya yakın arkadaşları arasında sigara içenlerde kentsel bölgede yaşayanlarda, yüksek gelir düzeyine sahip olanlarda, ağır çalışma koşullarına sahip olanlarda sigara kullanım oranları daha yüksek saptanmıştır (12-14).

Bu çalışmada İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde çalışan hemşireler arasında sigara içme oranını, sigara içenlerin sigaraya bağımlılık durumlarını ve sigara içme davranışına ilişkin risk faktörlerinin belirlenmesi amaçlanmıştır.

YÖNTEM

Bu çalışmaya İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi Turgut Özal Tıp Merkezi'nde çalışan 480 hemşirenin alınması planlandı. 108 hemşirenin sağlık veya yıllık izinlerinde olması, 90 hemşirenin çalışmaya katılmayı kabul etmesi nedeniyle 282 hemşire çalışmaya alındı. Hemşirelere gözlem altında anket uygulayarak yapılan bu kesitsel araştırmada hemşirelere sosyo-demografik özelliklerini inceleyen sorular ile Fagerstrom nikotin bağımlılık testinden (FNBT) oluşan anket formu uygulanmıştır. Sosyo-demografik bilgi formu; araştırmacılar tarafından oluşturulmuş ve hemşirelerin sosyo-demografik bilgileri, ku-

rum içindeki görev ve statüleri, bilinen risk etkenlerine ilişkin bilgi almaya yönelik bir soru formudur. Yüz yüze görüşme yöntemi ile araştırmacılar tarafından uygulanmıştır. FNBT ise; 1989 yılında Fagerstrom ve Schneider tarafından sigara içmeye bağlı gelişen nikotin bağımlılığının saptanması amacıyla geliştirilmiştir. FNBT, sıklıkla nikotinin fiziksel bağımlılığını ölçmek için kullanılmaktadır. Geçerlilik çalışmalarında FNBT'den 7 ve daha yüksek puan alanlar, sigara bırakma açısından değerlendirildiğinde, yerine koyma tedavisine gereksinim gösteren grup olarak ele alınmaktadır (15-18).

Çalışmamızda FNBT'den 5'den düşük (<5) ve 5'den yüksek (≥ 5) puan alanlar şeklinde gruplanmış ve istatistik çalışmaları buna göre yapılmıştır.

Uygulama

Çalışmayı kabul eden tüm hemşireler anket çalışmasına alınmış, uygulama Haziran-Ağustos 2006 tarihleri arasında tamamlanmıştır. Uygulama aşamasına başlamadan önce kurum yönetimine yazılı olarak izin talebinde bulunulmuş, izin alınması ardından uygulamaya geçilmiştir. Sosyo-demografik bilgi formu yüz yüze görüşme sırasında, ölçekler ise ankete katılanların kendini değerlendirme şeklinde uygulanmıştır.

Verilerin Analizi

Veriler SPSS 13.0 istatistik paket programına girilerek tanımlayıcı istatistikler yapılmış, istatistik analizleri için ki-kare testi uygulanmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 28.2 ± 4.5 yıl olarak bulundu. Katılımcıların % 83.3'ü kadın, % 16.7'si erkek, % 45.4'ü evli, % 54.6'sı bekar. Çalıştığı yerdeki statüsüne göre % 49.6'sı sözleşmeli, % 53.5'i servis hemşiresi, % 20.9'u yoğun bakım hemşiresi idi. Ankete katılan hemşirelerin eğitim durumlarına göre incelendiğinde lisans mezunu hemşireler (% 43.3) çoğunluğu oluşturmaktaydı. Çalıştığı yerdeki statüsüne göre % 49.6'sı kadrolu, % 53.5'i servis hemşiresi, % 20.9'u yoğun bakım hemşiresi olarak çalışmaktaydı (Tablo 1).

Tablo 1: Araştırmaya Katılanların Sosyo-demografik Özellikleri

Demografik Özellikler	n	%
Cinsiyet		
Kadın	235	83.3
Erkek	47	16.7
Medeni Durum		
Evli	128	45.4
Bekar	154	54.6
Eğitim Durumu		
Sağlık meslek lisesi	59	20.9
Ön lisans	95	33.7
Lisans	122	43.3
Yüksek lisans	6	2.1
Çalıştığı Yerdeki Statüsü		
Kadrolu	140	49.6
Sözleşmeli	142	50.4
Çalıştığı Yerdeki Rolü		
Servis hemşiresi	151	53.5
Yoğun bakım hemşiresi	59	20.9
Sorumlu hemşire	24	8.5
Poliklinik hemşiresi	23	8.2
Diğer	25	8.9

Anket sonuçlarında; hemşireler arasında sigara içme alışkanlığı % 54.4 (kadınlarda % 42.1, erkeklerde % 61.7) olarak tespit edildi. Günlük tükettikleri sigara miktarı % 68.3'ünde 0-10 adet, % 23.2'sinde 11-20, % 8.5'inde 21-30 adetti. Sigara başlama yaşı genelde gençlik dönemlerinde 15-25 yaş (% 89.1) olmaktadır. Sigaraya başlatan temel sebep % 49 ile arkadaş ortamı olarak bildirilmiştir. Sigara içme süreleri tablo 2'de görülmektedir. Hemşirelerin % 59.4'ü iş ortamında, % 28'i sosyal ortamda sigara içtiklerini, % 91.9'u pasif olarak sigara dumanına maruz kaldıklarını, % 55.2 ile en çok iş ortamında maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Hemşirelerin % 22.3'ü sigarayı bırakmayı düşünmezken, % 29.5'i ileride hastalanma korkusu, % 29.1'i zararlarından dolayı bırakmayı düşünmekteydi (Tablo 2).

Tablo 2: Çalışmaya Katılanların Sigara İçme ile İlgili Özellikleri

Alışkanlıkları	n	%
Sigara İçme Durumu		
Halen içiyorum	128	54.4
Bıraktım	38	13.5
Hiç içmedim	116	41.1
Günlük tüketilen sigara miktarı (Ad)		
0-10	56	68.3
11-20	19	23.2
21-30	7	8.5
Sigara içmeye başlama yaşı		
10-14	11	7.0
15-19	71	45.2
20-24	69	43.9
25-29	4	2.5
30 ve üzeri	2	1.3
Sigara içme süresi (Yıl)		
1-5	32	20.4
6-10	82	52.4
11-15	34	21.7
16-20	4	2.5
21 ve üzeri	5	3.2
Sigara içmeye başlatan faktör		
Arkadaş ortamı	76	49.0
İş ortamı	10	6.5
Stres ve sıkıntı	35	22.6
Özenti ve heves	21	13.5
Keyif ve zevk	13	8.4
Sigara Markası		
Paket Sigara	95	62.5
Light Sigara	50	32.9
Tütün	7	4.6
Daha çok sigara içilen alanlar		
İş ortamında	85	59.4
Evde	18	12.6
Sosyal ortamda	40	28.0
Pasif içicilik durumu		
Evet	216	91.9
Hayır	19	8.1
Pasif içiciliğe maruz kalınan ortam		
İş ortamı	123	55.2
Evde	17	7.6
Arkadaş ortamı	73	32.7
Diğer	10	4.5
Sigara bırakma süreci		
Bırakmayı Düşünen	108	77.7
Bırakmayı Düşünmeyen	31	22.3
Sigara bırakma sebepleri		
Şu andaki hastalık	18	6.5
İleride hastalanma korkusu	82	29.5
Zararlarından olayı	81	29.1
Diğer	97	34.9
Sigara bırakma şekli		
Sağlık programına katılarak	42	16.9
Birden sigarayı bırakma	93	37.5
Azaltarak sigarayı bırakma	34	13.7
Diğer	79	31.9

Sosyo-demografik özellikleri ile sigara içme durumları karşılaştırıldığında; hemşirelerin eğitim durumlarına göre sigara içme davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($p<0.05$) (Tablo 3). Sigara içme oranı en fazla sağlık meslek lisesinden mezun hemşirelerde görülmektedir. Yüksek okul mezunlarının sigara içme oranı, lise düzeyindeki hemşirelerden daha düşük orandadır. Hemşirelerin ailelerinde sigara içme durumu da sigara içme tutumunu etkilemektedir. Ailesinde sigara içen hemşirelerin sigara içme davranışı istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur ($p<0.05$). Hemşirelerin çalıştığı yerdeki statüsü ve rolü ile sigara içme davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($p>0.05$) (Tablo 3).

Tablo 3: Araştırmaya Katılanların Sigara İçme Durumları ile Sosyo-demografik Özelliklerinin Karşılaştırılması

Sosyo-demografik özellikler	Halen içiyorum		Bıraktım		Hiç içmedim		Toplam		Anlamlılık Derecesi	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Cinsiyet										
Kadın	99	42.1	27	11.5	109	46.4	235	83.3	$\chi^2=0.001$	SD2, $p<0.005$
Erkek	29	61.7	11	23.4	7	14.9	47	16.7		
Medeni Durumu										
Evlü	60	46.9	14	10.9	54	42.2	128	45.4	$\chi^2=0.523$	SD2, $p>0.005$
Bekar	68	44.2	24	15.6	62	40.3	154	54.6		
Eğitim Durumu										
S.M.L.	39	66.1	13	22.0	7	11.9	59	29.9	$\chi^2=0.001$	SD6, $p<0.005$
Ön Lisans	45	47.4	11	11.6	39	41.1	95	33.7		
Lisans	41	33.6	14	11.5	67	54.9	122	43.3		
Yük. Lis.	3	50.0	0	0.0	3	50.0	6	2.1		
Statü										
Kadrolu	60	42.9	20	14.3	60	42.9	140	49.6	$\chi^2=0.695$	SD2, $p>0.005$
Sözleşmeli	68	47.9	18	12.7	56	39.4	142	50.4		
Rolü										
Servis H.	71	47.0	23	15.2	57	37.7	151	53.5	$\chi^2=0.441$	SD8, $p>0.005$
Yoğun B.H	27	45.8	4	6.8	28	47.5	59	20.9		
Sor. H.	9	37.5	4	16.7	11	45.8	24	8.5		
Poliklinik	7	5.5	5	21.7	11	47.8	23	8.2		
Diğer	14	56.0	2	8.0	9	36.0	25	8.9		
Ailede sigara içme										
İçmeyen	28	27.5	7	6.9	67	65.7	102	36.2	$\chi^2=0.001$	SD2, $p<0.005$
İçen	100	55.6	31	17.2	49	27.2	180	63.8		

* satır yüzdesi, **sütun yüzdesi

Sigara içen hemşirelere FNBT yapıldığında, % 47.7'sinde bağımlılık düzeyi çok az (0-2), % 21.1'inde düşük (3-4), % 7.8'inde orta (5), % 15.6'sında yüksek (6-7), % 7.8'inde çok yüksek (8-10) nikotin bağımlılığı saptanmıştır (Tablo 4).

Tablo 4: Halen Sigara İçenlerin FNBT'ne Göre Bağımlılık Düzeylerinin Dağılımı

Bağımlılık Düzeyi	n	%
Çok az (0-2)	61	47.7
Düşük (3-4)	27	21.1
Orta (5)	10	7.8
Yüksek (6-7)	20	15.6
Çok yüksek (8-10)	10	7.8
Toplam	128	100.0

TARTIŞMA

Sigara dünyadaki en büyük önlenebilir halk sağlığı sorunudur. Sigara içme alışkanlığı, uzun yıllardan beri zevk verici bir alışkanlık olarak toplumda sosyal bir davranış biçimi olarak kabul görmüş, ancak olumsuz etkiler ortaya çıkıp insanlar sigaraya bağlı bir hastalıktan hayatlarını kaybetmeye başlayınca da bırakılması zor bir alışkanlık ve salgın bir hastalık olarak kabul edilmiştir. Sigaranın kullanan kişiye verdiği zararları yanı sıra pasif içici durumda kalan çevresi üzerindeki etkileri de bu alışkanlığın bir diğer önemli zararlı boyutunu göstermektedir (19-20).

İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde çalışan hemşireler arasında sigara içme oranı, sigara içenlerin sigaraya bağımlılık durumları ve sigara içme davranışına ilişkin risk faktörlerini belirlemek amacı ile yapılan araştırmada, araştırmaya katılan hemşirelerin çoğunluğunu lisans mezunu hemşireler (%43.3) oluşturmaktadır (Tablo 1). Bu oran Alçelik'in yaptığı çalışmada % 41.8, Japonya'da %2.6, Güney Kore'de %17.6, Tayland'da % 46.32'dir (21,22).

Anket sonuçlarında; hemşireler arasında sigara içme alışkanlığı % 54.4 olarak tespit edildi. Erbaycu'nun çalışmasında hemşirelerde % 59.3, Gülhane Askeri Tıp Akademisinde çalışan hemşirelerde % 56.6, Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesinde % 56.5, Elazığ'da Sezer ve ark.'nın çalışmasında hemşirelerin sigara içme prevalansı % 50.7, Ege Üniversitesinde çalışan hemşirelerde 47.6, Nehir ve arkadaşlarının çalışmasında % 42.3, Güneş ve arkadaşlarının İnönü Üniversitesi Turgut Özal Tıp Merkezinde yaptıkları çalışmada ise % 40.3, AİBÜ Düzce Tıp Fakültesinde % 36.8 olarak belirtmişlerdir (8,20,23-28). Ülkemizde hemşirelerde sigara içme prevalansını araştıran diğer çalışmalarda bu oran %36.8-56.5 arasında bulunmuştur. Farklı yerlerde yapılan bu sonuçlar bizim çalışma bulgumuz ile paralellik göstermektedir. Bu veriler Türkiye genelinde hemşirelerin sigara kullanma alışkanlığının ciddi bir boyut ulaştığı ve bunu durdurmak için geç kalınmadan acil önlemlerin alınması gerektiğini göstermektedir. Hemşireler profesyonel sağlık bakım grubu içinde en geniş yelpazeye sahiptir. Hemşirelerin sigara içmeleri yalnızca onların bireysel sağlığı için değil, aynı zamanda örnek model açısından toplumun sağlığı için de önemlidir.

Diğer ülkelerdeki hemşirelerin sigara içme durumuna baktığımızda; Japonya'da %16, Sili'de % 37, Fransa'da % 25.0, Kanada'da %17.0, Yeni Zelanda'da %18.0, Avustralya'da % 21.0 olarak tespit edilmiştir (29-33). Gelişmiş ülkelerdeki hemşirelerin sigara içme oranları bizim ülkemizden daha düşüktür; gelişmiş ülkelerde son 10 yılda yapılan özel çalışma programları, halkın aktif olarak bilinçlendirilmesi, sigara karşıtı kampanyalar ve hukuki düzenlemeler sonucunda sigara içme davranışı önemli ölçüde azalmıştır.

Sigaranın içinde bulunan nikotin alkol, eroin, koka-in, kafein ve esrardan daha fazla bağımlılık yapmaktadır ve temininin kolay ve ucuz, kullanımının yasal olması nedeniyle nikotin bağımlılığı en sık görülen ve en önemli madde bağımlılığı tipidir. Yapılan çalışmalarda 15-24 yaş grubunu madde bağımlılığının gelişmesi açısından riskli grup olarak tanımlamış ve madde kullanma davranışının sosyalleşme ile ilişkili olduğunu göstermiştir (30). Bizim çalışmamızda hemşirelerin en sık sigaraya başlama yaş grubu 15-24 yaş aralığında olup, sigaraya başlatan temel

sebepler % 49 ile arkadaş ortamıdır. Kutlu'nun çalışmasında; 15-24 yaş aralığında sigara başlama oranı % 84.3, sigaraya başlatan en sık etken sosyal çevre ve arkadaş ortamı (% 50) olarak bulunmuştur (27). Siques'in çalışma sonucuna göre de hemşirelerin % 56'sı çok genç yaşta sigaraya başlamakta, sosyal çevre ve stres sigaraya başlamada iki ana neden olarak belirtilmiştir (30). Bu veriler bizim çalışmamız ile benzerlik göstermektedir. Bu yüksek oranlar dikkate alındığında gerek lise gerekse üniversiteyi kapsayan tüm hemşirelik eğitimi aşamalarında öğrencilere birinci sınıftan itibaren sigara bağımlılığı ve zararları konusunda bilgi verilmesi gerekir. Patkar'ın "Tıp öğrencileri ile hemşirelik öğrencilerini sigara içme alışkanlığının karşılaştırılması" adlı çalışmasında hemşirelik öğrencilerinin daha fazla sigara içtiğini, sigara ile ilgili eğitimden sonra hemşirelik öğrencisinde sigarayı bırakmada anlamlı bir fark olduğunu belirtmiştir (34).

Hemşirelerin daha çok hangi alanlarda sigara içtikleri incelendiğinde, çalışmamızda % 59.4 ile iş ortamında içtikleri belirlenmiştir. Bunda hemşirelik mesleğinin aşırı iş yükü, zaman baskısı stresli ve sürekli acı çeken kişilerle birlikte olmasına bağlayabiliriz. Özellikle dinlenme aralarında arkadaş ortamı ve grup psikolojisinin de yaygın sigara tüketiminde katkısı olabilir. Hemşirelerin % 91.9'u pasif olarak sigara dumanına maruz kaldıklarının, %55.2 ile en çok iş ortamında maruz kaldıklarının bildirmişlerdir. Aktif sigara içimine bağlı birçok zararlı etkinin pasif sigara maruziyetine bağlı olarak da ortaya çıkabileceği artık bilinmektedir (35). İlk kez 1981'de Japon bir araştırmacı 91.000 ev hanımında yaptığı çalışma ile kocası sigara içenlerde akciğer kanseri riskinin fazla olduğunu göstermiş ve bu birçok çalışma ile doğrulanmıştır (36).

Sigara ile mücadelede başarılı ülkeler incelendiğinde sağlık personelinin bu programda aktif olarak yer aldıkları ve sigara içmeyerek örnek oldukları görülmektedir. Nelson'un yaptığı çalışmada ABD'de 1974'ten 1991'e kadar sigara içme sıklığı doktorlarda % 18.8'den % 3.3'e, hemşirelerde %31.7 den %18.3'e gerilemiştir (37). Halbuki ülkemizde yapılan pek çok araştırmada hemşirelerdeki sigara içme oranının genel ülke içicilik oranından oldukça yüksek olduğu dikkati çekmektedir (26). Çalışmamızda hemşirelerin % 22.3'ü sigarayı bırakmayı düşünmüyor sigarayı bırakmayı düşünenlerin, %29.5'i ileride hastalanma korkusu, % 29.1'i zararlarından dolayı bırakmayı düşünüyor.

Hemşirelerin eğitim durumlarına göre sigara içme davranışı arasında anlamlı bir fark bulunmuştur (p<0.05) (Tablo 3). En fazla sağlık meslek lisesinden mezun hemşirelerde sigara içme görülmektedir. Yüksek okul mezunlarının sigara içme oranı, lise düzeyindeki hemşirelerden daha düşük orandadır. Nehir ve Altınbaş'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin eğitim durumuna göre sigara içme davranışı arasında istatistiksel açıdan anlamlı fark belirlenmiş, yüksek okul mezunu hemşirelerde sigara kullanımı daha az bulunmuştur (8,12). Daha önceki çalışmalarda sigara içmenin eğitim, statü artıka içenlerin sayısının arttığı belirtilmiştir. Bu çalışmada saptanan eğitim seviyesi artıka sigara içme davranışının azalması bulgusu gelişmiş ülkelerle paralellik göstermektedir. Yüksek okul mezunu hemşirelerin, sağlık meslek lisesine göre daha ileri yaşta ve daha uzun süreli mesleki eğitim almış olması, daha az sigara içme davranışına neden olabilir.

Hemşirelerin ailelerinde sigara içme durumu incelendiğinde; ailesinde sigara içen hemşirelerin sigara içme davranışı arasında anlamlı fark bulunmuştur ($p<0.05$). Altınbaş'ın yaptığı çalışmada hemşirelerin ailelerinde sigara içme durumu %74.8, İnaç'ın GATA'da yaptığı çalışmada %70.9, Nehir'in çalışmasında %45.1'dir. Erbaycu'nun çalışmasında, sigara içme prevalansının kardeşin veya eşin sigara içiyor olması ile doğru ilişkili olduğunu belirtmişlerdir. Kitajima'nın yaptığı çalışmada annenin sigara içme durumu, hemşirenin sigara içmesinde önemli etkiye sahip olduğunu ortaya çıkarmıştır. Çocuğun rol modeli olarak öncelikle ailesindeki bireyleri alması, onlara özentisi duymasından dolayı, hemşirelerin aile bireylerinin sigara içmesi, tüm diğer meslek gruplarında olabileceği gibi hemşirenin sigara içme davranışında önemli bir etkiye sahip olabileceğini düşünebiliriz (12,38,8, 24,39).

Çalışmamızda sigara içenlerin FNBT göre bağımlılık düzeyleri incelendiğinde; 20 kişi yüksek, 10 kişi çok yüksek düzeyde bağımlı olduğu bulunmuştur. Bu oranlar Güneş'in Turgut Özal Tıp Merkezi'nde daha önceden yapmış olduğu çalışma bulgularından daha yüksek bulunmuştur (28).

SONU,

Sonuç olarak bu çalışmada hemşirelerin çok yüksek oranda sigara içmesi ve pasif sigaraya maruz kalması bu kişilerin toplumun sağlığını korumada, sigaraya başlama davranışının önlenmesinde ve sigarayı bıraktıra kampanyalarında birinci sıralarda yer almaları gerektiği düşünüldüğünde, ciddi bir halk sağlığı ve sağlık sorunu ile karşı karşıya olduğumuzu söyleyebiliriz. Sağlık hizmeti veren kurumlarda hemşirelerin sigara içmesi, hastalar açısından uygun olmayan rol modeli oluşturmaktadır. Hemşirelere öğrenciliklerinin ilk yıllarında ve mezuniyet sonrası meslek içi eğitim programlarında ve çalışma hayatlarında sigara ile ilgili konulara sık yer verilmesi sigara içmeyi azaltmada büyük bir etkiye sahip olacaktır. Hemşirelerin bu konuda daha duyarlı olmaları için "sigara bırakma polikliniği" oluşturularak topluma olduğu gibi, tüm sağlık personeline de eğitim ve tedavi hizmeti verilmelidir.

KAYNAKLAR

- 1- Talay F, Altın S, Çetinkaya E. İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2007; 55: 43-50.
- 2- Boccoli E, Federici A, Trianni GL, Melani AS. Changes of smoking habits and beliefs during nurse training: A longitudinal study. *Eur J Epidemiol* 1997; 13: 899-902.
- 3- Tütünsüz Yaşam Derneği. www.tutunsuzyasam.org/ (erişim tarihi 23-07-2007).
- 4- Schultz AS. Nursing and tobacco reduction: a review of the literature. *Int J Nurs Stud* 2003; 40: 571-86.
- 5- PİAR, Sigara Alışkanlıkları ve Sigara ile Mücadele Kolu Kamuoyu Araştırması, 1988.
- 6- Bilir N. Sigara ile Savaşın Neresindeyiz? *Hacettepe Tıp Dergisi* 1997; 28:14-17.
- 7- Sezer RE, Açık Y. Smoking and smoking cessation in Baskil Township of Elazığ, Turkey, 1993. *J. Smoking Related Dis* 1994; 5: 277-28.
- 8- Nehir S, Demet MM, Dinç G. Manisa ili kent merkezinde görevli hemşirelerin sigara kullanma düzeyleri ve ilişkili risk etmenleri. *Bağımlılık Dergisi* 2007; 8: 3-10.
- 9- Adriaanse H, Vanreek J, Zandbelt L, Evers G. Nurses Smoking Worldwide- A Review of 73 surveys on nurses tobacco consumption in 21 countries in the period 1959-1988. *Int J Nurs Studies* 1991; 28:361-375.
- 10- WHO; "Nursing and smoking: Fighting the stress. Word no-tobacco day 1993, Health Services: Our window to a tobacco free world", 1993.
- 11- Dilbaz N, Apaydın L. Bir eğitim ve araştırma hastanesinde çalışan hemşireler arasındaki sigara içme, bırakma sıklığı ve sigara içme davranışının özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2002; 3: 73-83.
- 12- Altınbaş Ö. Hemşirelerde sigara içmeyi etkileyen faktörlerin incelenmesi. Uzmanlık Tezi, İstanbul: Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 2002.
- 13- Argon G. Sigara, zararları ve korunma yöntemleri, tütün kullanma şekilleri ve nedenleri. *Ege Üniversitesi, Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*. 1998;4: 59-64.
- 14- Youth Risk Behavior Surveillance- United States, 2001 Surveillance Summaries. June 28, 2002; 51: 1-64.
- 15- Uysal MA, Kadakal F, Karşıdağ C, ve ark. Fagerstrom Nikotin Testinin Türkçe versiyonunun güvenilirliği ve faktör analizi. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2004; 52: 115-121.
- 16- Temel A, Dilbaz N, Bayram G. Bir eğitim hastanesinin sağlık personeline sigara alışkanlığı, bırakma sıklığı ve bağımlı kişilik özelliklerinin ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi* 2004; 5: 65-71.
- 17- Fagerstrom KO, Kunze M, Schoberbegeer, et al. Nicotine dependence versus smoking prevalence: Comparisons among countries and categories of smokers. *Tobacco Control* 1996; 5: 52-6.
- 18- Fagerstrom KO, Heatherton TF, Kozlowski LT. Nicotin addiction and its assessment. *Ear Nose Throat J* 1992; 69: 763-7.
- 19- Aşut Ö. Hekim ve Sigara. 1. Baskı, Ankara: Maya Matbaacılık, 1993: 45-52.
- 20- Hodgetts G, Broers T, Godwin M. Smoking behaviour, knowledge and attitudes among Family Medicine physicians and nurses in Bosnia and Herzegovina. *BMC Fam Pract* 2004; 11: 12.
- 21- Alçelik A, Deniz F, Yeşildal N, Mayda AS, Şerifi BA. AİBÜ Tıp Fakültesi hastanesinde görev yapan hemşirelerin sağlık sorunları ve yaşam alışkanlıklarının değerlendirilmesi. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 2005; 4: 55-65.
- 22- Lambert VA, Lambert CE, Itano J, et al. Crosscultural comparison of workplace stressors, ways of coping and demographic characteristics as predictors of physical and mental health among hospital nurses in Japan, Thailand, South Korea and the USA (Hawaii). *International Journal of Nursing Studies*. 2004; 41: 671-684.
- 23- Sezer E, Açık Y, Bilgin N, ve ark. Elazığ ilinde görev yapan hemşire ve ebelerin sigara konusundaki tutum ve davranışları. *Sigara Alarmı* 1992; 2: 9.
- 24- Erbaycu AE, Aksel N, Çakan A, Özsoz A. İzmir ilinde sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları. *Toraks Dergisi* 2004; 5: 6-12.
- 25- Sigara ve Sağlık Ulusal Komitesi . Sigara ve Sağlık Ulusal Kongresi Özet Kitabı, 1997.

- 26- Öncel S. İzmir Metropolünde çalışan sağlık personelinin sigara konusundaki tutum ve davranışları. Uzmanlık Tezi, İzmir: Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, 1984.
- 27- Kutlu R, Marakoğlu K, Çivi S. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi hemşirelerinde sigara içme durumu ve etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 2005; 27: 29-34.
- 28- Güneş G, Pehlivan E, Eğri M, Genç M. Turgut Özal Tıp Merkezi hekim, hemşire ve tıp öğrencilerinde sigara içme sıklığı. Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi, 1997; 4: 407-411.
- 29- Sekijima K, Seki N, Suzuki H. Smoking prevalence and attitudes toward tobacco among student and staff nurses in Niigata, Japan. Tohoku J Experiment Med 2005; 206: 187-194.
- 30- Siques P, Brito J, Munoz C, et al. Prevalence and characteristics of smoking in primary healthcare workers in Iquique, Chile. Public Health 2006; 120: 618-623.
- 31- Vakefliu Y, Argjiri D, Peposhi I, Argon S, Melani AS. Tobacco smoking habits, beliefs, and attitudes among medical students in Tirana. Albania. Prev Med 2002; 4: 370-3.
- 32- Hay DR. Cigarette smoking by New Zealand doctors and nurses: results from the 1996 population census. N Z Med J 1998; 7: 102-4.
- 33- Hughes AM, Rissel C. Smoking: rates and attitudes among nursing staff in central Sydney. Int J Nurs Pract 1999; 5:147-54.
- 34- Patkar AA, Hill K, Batra V, Vergare MJ, Leone Ft. A comparison of smoking habits among medical and nursing students. Chest 2003;124: 1415-20.
- 35- Karlıkaya C, Öztuna F, Solak ZA, Özkan M, Örsel O. Tütün kontrolü. Toraks Dergisi, 2006; 7: 51-64.
- 36- Mackay J, Amos A. Women and tobacco. Respirology 2003; 8: 123-30.
- 37- Nelson DE. Trends in cigarette smoking among US physicians and nurses. JAMA 1994; 271: 1273-75.
- 38- İnanç N, Yurt V. GATA'da çalışan doktor ve hemşirelerin sigara içme davranışına ilişkin özelliklerin incelenmesi. II. Ulusal Hemşirelik Kongresi Bildirileri Kitabı, 1990: 629-640.
- 39- Kitajima T, Ohida T, Harano S, Kamal AMM, et al. Smoking behavior, initiating and cessation factors among Japanese nurses: A cohort study. Public Health 2002; 116: 347-352.

TIP FAKÜLTESİ VE HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNDE ALKOL VE MADDE KULLANIMIYLA İLGİLİ TUTUMLAR

The Attitudes of Medical and Nursing School Students Towards Alcohol and Drug Consumption

Mehmet Akif Ersoy¹, Nurgül Özdemir², Haluk A. Savaş³

ÖZET

Amaç: Alkol ve madde kullanımına ilişkin olumsuz tutumlar yaygındır ve tedavi süreci üzerinde bu tutumların olumsuz etkileri vardır. Bu çalışmada tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu hemşirelik öğrencilerinin alkol ve madde kullanımına ilişkin tutumları araştırmak hedeflenmiştir.

Yöntem: Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu hemşirelik bölümü öğrencilerinden oluşan toplam 425 denek çalışmaya alınmıştır. Alkol-madde kullanımına ilişkin tutumlarla, sosyodemografik değişkenler ve bireysel ve aile alkol-madde kullanım öyküsü arasındaki ilişki incelenmiştir.

Bulgular: Araştırmada kullanılan ölçek maddeleri psikometrik değerlendirmeye tabi tutulmuş ve elde edilen 21 maddelik ölçeğin Cronbach Alfa değeri 0.871, Guttman iki-yarım tutarlık katsayısı 0.775 olup, kabul edilebilir düzeydedir. Hemşirelik ve tıp öğrencileri tutumları açısından birbirinden farklı değildir. Sağlık eğitimi alan öğrencilerde damgalayıcı tutumların hiç de küçümsenmeyecek seviyede olduğu söylenebilir. Gelir düzeyi yüksek olanların ve üst sınıflarda okuyanların olumsuz tutumları daha azdır. Kendisinde ve ailesinde alkol-madde kullanım öyküsü olanların damgalayıcı tutumlarının daha düşük seviyede olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Bu sonuçlar eğitimin olumsuz tutumları azaltmada bir miktar etkili olduğuna işaret etmekle birlikte, olumsuz tutumların azaltılmasına dönük eğitim programlarının geliştirilmesi doğru olacaktır.

Anahtar kelimeler: Alkolizm, bağımlılık, madde bağımlılığı, tutum, damgalama.

ABSTRACT

Objective: Negative attitudes towards alcohol and substance use and dependency are prevalent and detrimental on the treatment process of these disorders.

Method: The relationship between the sociodemographic factors, personal and family history of alcohol-substance use and attitudes towards alcohol-substance use were investigated in this study. A sample of 425 undergraduate medical and nursing students in Gaziantep University were randomly recruited to the study. A questionnaire including items related with negative attitudes towards alcohol-substance use and dependency, was formed and psychometrically investigated.

Results: Psychometric investigation finally revealed a scale of 21 items, with a Cronbach Alpha value of 0.871 and Guttman split-half reliability coefficient of 0.775. Although nursing and medical students did not differ in terms of negative attitudes, results suggest that level of stigmatizing attitudes of medical and nursing students can not be underestimated. Students with higher level of income and students of higher classes had less negative attitudes. Personal and family history of alcohol-substance use was also found to be related with less negative attitudes.

Conclusion: Although these results suggest that education is partially effective in reducing negative attitudes towards alcohol/drug dependence, educational programs in the curricula of medical and nursing education, aiming to decrease negative attitudes should be further developed.

Key words: Alcoholism, dependence, substance dependence, attitude, stigmatization.

¹ Uzm. Dr. Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

² Yüksek Lisans Öğrencisi, Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksek Okulu Psikiyatri Hemşireliği A.D.

³ Doç. Dr., Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

GİRİŞ

Gelişmiş ve gelişmekte olan ülkelerde alkol ve madde kullanımı giderek artan bir ruh sağlığı sorunudur (1, 2, 3, 4). Araştırmalar erişkinlerin ruh hastalıklarını ve alkol-madde kullanımıyla ilişkin bozuklukları diğer tıbbi durumlara göre daha fazla damgaladıklarını göstermektedir (5).

Alkol-madde kullanımının etiolojisi ve tedavisine dair bilgilerimiz artmakla birlikte; sağlık çalışanlarının eğitimlerinde alkol-madde kullanımının damgalanmasını önleyici yönde yeterli vurgu yapıldığını söylemek güçtür (6, 7).

Amerika Birleşik Devletleri'nde dahi hemşire ve hekimlerin eğitim programları içinde alkol-madde kullanımına yeterince yer verilmediği söylenmektedir (8). İngiltere ve Amerika Birleşik Devletleri'nde hemşirelik eğitim programlarının gözden geçirildiği çalışmalar, alkol-madde kullanımının eğitimde çok az yer kapsadığını göstermektedir (9, 10, 11, 12, 13, 14).

Psikiyatri dışındaki bölümlerde, özellikle genel sağlık alanında çalışan hemşirelerin alkol ve madde sorunu olan hastalara yardım etmede güçlükler yaşadıkları ve bu zorluğun genellikle hastalara karşı olumsuz tutumdan kaynaklandığı söylenmektedir (8, 9, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21).

Alkol madde kullanım sıklığının artışına ve bu bozukluklarla ilişkin sağlık sorunlarının daha fazla farkına varılmasına karşın, olumsuz tutumlarda azalma görülmemektedir (9, 10, 11, 12, 14, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24, 25).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda da alkol-madde kullanımına ilişkin olumsuz ve damgalayıcı tutumların yaygın olduğu çeşitli çalışmalarda gösterilmiştir (26)(Taşkın ve Özmen 2004). Ülkemizde tıp fakültesi ve hemşirelik öğrencileriyle yapılan çalışmalarda alkol-madde kullanımıyla ilgili olumsuz tutumlar ve önyargıların olduğu gösterilmiştir (27, 28, 29, 30).

Sağlık ekibindeki olumsuz yargılar bağımlılığı olan bireyin hastalığını kabullenmesini zorlaştırır (29)(Arıkan ve ark. 2004). Genişol ve arkadaşlarının (27) çalışmasında, tıp fakültesi öğrencilerinde zararlı düzeyde alkol kullanımı olduğu, bu öğrencilerin önemli bir kısmının da alkol problemi olan birini tedaviye yönlendirmeyeceklerini ifade ettikleri bildirilmiştir. Tutumları etkileyen faktörlerin daha detaylı olarak çalışılmasının önemli ve gerekli olduğu görülmektedir. Bu araştırma, sağlık ekibinin temel unsurları olan hekim ve hemşire adaylarında madde ve alkol kullanımına ilişkin tutumları etkileyen etmenleri, özel olarak da kendilerinde ve yakınlarındaki alkol ya da madde kullanım öyküsünün tutumlar üzerine etkisini incelemek amacı ile yapılmıştır.

Y...NTEM

...rnekleme

Araştırma 2-27 Mayıs 2005 tarihleri arasında Gaziantep Üniversitesi'nde eğitim görmektedir olan Tıp Fakültesi ve Sağlık Yüksekokulu hemşirelik öğrencileri ile yapılmıştır. Çalışmanın evrenini Tıp Fakültesi ve Hemşirelik Bölümü

öğrencileri oluşturmuştur. Rastgele örnekleme yöntemi ile ulaşılan tüm deneklere çalışmanın amacı açıklanmış ve araştırmaya katılmayı kabul edenler ardışık olarak çalışmaya dahil edilmişlerdir. Çalışmanın amacının açıklandığı hiçbir öğrenci katılmayı reddetmemiştir. Sonuç olarak 215'i (%50,6) Tıp Fakültesi ve 210'u (%49,4) Hemşirelik Bölümü öğrencisi olan toplam 425 kişi çalışmaya dahil edilmişlerdir. Eksik ya da hatalı veri nedeniyle iptal edilen anket olmamıştır. Katılımcıların 279'u (%65,6) kadın, 146'sı (%34,4) erkektir. Deneklerin tamamı bekarlıdır.

Veri Toplama Araçları

Bilgi toplama formu: Araştırmacı tarafından Arıkan ve arkadaşlarının (29) kullandıkları formdan yararlanarak ve geliştirilerek hazırlanmıştır. Bilgi Toplama Formu'nda cinsiyet, yaş, kaçınıcı sınıfta okuduğu gibi temel demografik bilgilerin yanı sıra deneğin kendisinde ve ailesinde alkol ve madde bağımlılığı öyküsü, alkol ve madde kullanımına ilişkin tutumlar ile ilişkili görüşlerinin toplanmasına yönelik maddeler yer almıştır.

Alkol ve madde bağımlılığına ilişkin damgalayıcı tutumların ölçümü: Bu araştırma kullanılmak üzere, alkol kullanımı ile ilgili tutumlara yönelik 27 ve madde kullanımı ile ilgili tutumlara yönelik 26 olmak üzere toplam 53 anket sorusu oluşturuldu. Bilgi Toplama Formu'nda yer alan anket soruları aracılığıyla deneklere, alkol ve madde kullanımı ile ilgili damgalayıcı tutumlar, alkol ve madde kullanımının sebeplerine dair görüşler ve alkol ve madde kullananlarla ilgili bazı özelliklere ilişkin cümlelere katılıp katılmadıkları soruldu.

Oluşturulan anket formu ile tutumları sürekli değişken olarak değerlendirebilmek amacıyla, formun psikometrik özellikleri incelendi. Her ölçek maddesine "katılıyorum" "1", "katılmıyorum" "0" puan ile değerlendirildi. İlk olarak araştırmacı faktör analizi yapıldı. Anket sorularının çoğunluğunun (31 madde) iki faktörde toplandığı, diğerlerinin ise kalan 15 faktöre dağıldığı görüldü. Bunun üzerine soruların iki faktöre dağılımı incelendi. Otuz yedi soru birinci faktöre toplandı. Bu faktörde yer alan soruların alkol ve madde kullanımıyla ilgili damgalayıcı tutumları içerdiği görüldü. Daha sonra bu faktörde yer alan soruların kendi başına bir ölçek olarak kullanımı psikometrik olarak değerlendirildi. Tablo 1'de yapılan bir seri iç tutarlık incelemesinin sonuçları gösterilmiştir. İlk olarak üç adımda ölçek maddesi çıkarıldığında oluşan Cronbach Alfa değerleri incelenmiş ve 23 maddelik bir ölçek elde edilmiştir. Dördüncü adımda madde - toplam madde korelasyonları 0.4'ün altında olan maddeler çıkarılarak; Cronbach Alfa değeri 0.871, Guttman iki-yarım tutarlık katsayısı 0.775 olan, 21 maddelik bir ölçek elde edilmiştir. Oluşan ölçekte toplam puan 0-21 arasında değişebilmektedir. Sonuç olarak ortaya çıkan ölçekte, puanın yüksek oluşu alkol ve madde kullanımıyla ilgili damgalayıcı tutumların yüksek olduğu anlamına gelir. Oluşturulan "Alkol ve Madde Bağımlılığı Damgalayıcı Tutumlar Ölçeği" (AKOTÖ) diğer araştırmalarda kullanılabilmesi ve geliştirilebilmesi amacıyla Ek1'de verilmiştir.

Tablo 1: Yapılan Güvenirlik Analizlerinde Cronbach Alfa Değerleri ve Madde - Toplam Madde Korelasyonları

...İçerik Maddeleri	Birinci analiz	İkinci analiz	Üçüncü analiz	Dördüncü analiz
	Madde Çıkarıldığında Cronbach Alfa Değerleri			Toplam Madde Korelasyonları
a1	0.846	0.866	0.867	0.418(**)
a2	0.845	0.864	0.865	0.499(**)
a3	0.844	0.863	0.864	0.512(**)
a4	0.842	0.862	0.863	0.545(**)
A5	0.844	0.864	0.865	0.503(**)
A6	0.841	0.861	0.862	0.587(**)
A7	0.843	0.863	0.865	0.505(**)
A8	0.843	0.864	0.865	0.522(**)
A9	0.845	0.865	0.866	0.487(**)
A10	0.851†			
A11	0.849	0.870†		
A15	0.844	0.865	0.866	0.456(**)
A17	0.851†			
A24	0.858†			
A27	0.853†			
M1	0.847	0.866	0.867	0.408(**)
M2	0.840	0.860	0.861	0.608(**)
M3	0.842	0.862	0.863	0.561(**)
M4	0.840	0.860	0.861	0.610(**)
M5	0.841	0.861	0.862	0.590(**)
M6	0.838	0.858	0.858	0.669(**)
M7	0.842	0.862	0.863	0.542(**)
M8	0.841	0.861	0.862	0.576(**)
M9	0.840	0.860	0.861	0.610(**)
M10	0.852†			
M11	0.848	0.868	0.870	0.341(**)†
M15	0.846	0.866	0.867	0.405(**)
M17	0.849	0.869	0.870	0.233(**)†
M23	0.845	0.866	0.867	0.470(**)
Madde sayısı	29	24	23	21
Cronbach Alfa	0.850	0.869	0.870	0.871

** Korelasyon p<0.01 düzeyinde anlamlı

† Analiz sonrasında çıkarılan ölçek maddeleri

BULGULAR

Araştırmada yer alan deneklerin farklı yaş, cinsiyet, okuduğu sınıf, çalışma durumu ve ailelerinin gelir düzeylerine ait ortalama AKOTÖ toplam puanları Tablo 2’de verilmiştir. Bütün deneklerin ortalama AKOTÖ puanı 15.00 (1-21) (ss=4.85) bulunmuştur. AKOTÖ ortalama toplam puanları, deneklerin yaşı, okuduğu bölüm ve çalışıp çalışmamalarına göre karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Cinsiyet açısından kadın deneklerin ortalama AKOTÖ puanı, erkekler göre daha yüksek bulunmuştur (t=1.993; p<0.047).

Uygulanan Tek Yönlü Varyans Analizi ve Tukey sonuçlarına göre, ileri sınıflarda okuyan öğrencilerin AKOTÖ toplam puan ortalaması, alt sınıflarla karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur (F=3,718; p=0.025). Ailenin gelir düzeyi açısından denekler incelendiğinde, AKOTÖ ortalama puanlarıyla gelir düzeylerinin ters ilişkili olduğu görülmektedir (F=2.744; p=0.028).

Deneklerin kendisinde ve ailesinde alkol ve madde kullanımı öyküsünün bulunup bulunmasının tutumları üzerindeki etkisi incelendi. Tablo 3’de görüleceği üzere sigara (t= -3.238; ss= 423; p= 0.001) ve alkol (t= -2.151; ss= 423; p= 0.032) kullandığını söyleyen deneklerin damgalayıcı tutumlarının istatistiksel olarak sigara ve alkol kullanmadığını söyleyenlerden daha az olduğu görülmüştür. İstatistiksel düzeyde anlamlı olmamakla birlikte kendisi daha önce madde kullanmış olanlar; ailesinde sigara, alkol ve madde bağımlısı olanlar ve ailesinde alkol ya da madde kullanan birisi olanlar daha az damgalayıcı tutumlar bildirmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 2: Çalışmaya katılan deneklerin sosyodemografik özelliklerine göre dağılımı ve sosyo-demografik özelliklerin damgalama tutumları üzerine etkileri

Sosyo-demografik özellikler	N (%)	Tutum puan Ort (ss)	İstatistik	
Cinsiyet	Kadın	279 (65.6)	15.33 (4.41)	t=1.993 (p<0.047)*
	Erkek	146 (34.4)	14.35 (5.55)	
Bölüm	Tıp	211 (49.6)	14.75 (5.24)	t=1.040 (p=0.299)
	Hemşirelik	214 (50.4)	15.24 (4.43)	
Yaş	17-18	59 (13.9)	15.63 (4.46)	F=0.951 (p=0.387)
	19-20	177 (41.6)	15.12 (4.60)	
	21 ve üstü	189 (44.5)	14.68 (5.18)	
Sınıf	Haz., 1. ve 2. sınıflar	236 (55.5)	15.46 (4.60)	F=3.718 (p=0.025)*
	3. ve 4. sınıflar	168 (39.5)	14.61 (4.99)	
	5. ve 6. sınıflar	21 (4.9)	12.86 (5.73)	
Çalışma Durumu	Çalışıyor	34 (8)	14.35 (4.18)	t=-0.805 (p=0.421)
	Çalışmıyor	391 (92)	15.05 (4.90)	
Aile Gelir Düzeyi	<318 YTL	68 (16.0)	15.54 (4.73)	F=2.744 (p=0.028)*
	318-636 YTL	175 (41.2)	14.64 (5.06)	
	636-1272 YTL	126 (29.6)	15.64 (4.33)	
	1272-5088 YTL	53 (12.5)	14.30 (5.10)	
>5088 YTL	3 (0.7)	8.33 (5.69)		

* p<0.05

Tablo 3: Deneklerin Kendisinde ve Ailesinde Alkol ve Madde Kullanımı Öyküsü ile Damgalayıcı Tutumlar Arasındaki İlişki

Bireysel ve Aile Öyküsü	Cevap	n	AKOT... Ort. (ss)	İstatistik (ss= 423)
Kendisi sigara kullanıyor mu?	Evet Hayır	59 366	13.12 (5.22) 15.29 (4.73)	t= -3.238; p= 0.001**
Kendisi alkol kullanıyor mu?	Evet Hayır	53 372	13.66 (4.94) 15.18 (4.81)	t= -2.151; p= 0.032*
Kendisi hiç madde kullandı mı?	Evet Hayır	10 415	13.80 (6.28) 15.02 (4.82)	t= -0.788; p= 0.431
Ailesinde sigara bağımlısı var mı?	Evet Hayır	242 183	14.71 (4.82) 15.37 (4.87)	t= -1.392; p= 0.165
Ailesinde alkol kullanan var mı?	Evet Hayır	180 244	14.96 (4.14) 15.00 (5.32)	t= -0.093; p= 0.926
Ailesinde alkol bağımlısı var mı?	Evet Hayır	39 386	14.62 (4.55) 15.03 (4.88)	t= -0.513; p= 0.608
Ailesinde madde kullanan var mı?	Evet Hayır	8 416	12.50 (5.88) 15.05 (4.83)	t= -1.472; p= 0.142
Ailesinde madde bağımlısı var mı?	Evet Hayır	4 421	11.75 (6.29) 15.03 (4.83)	t= -1.346; p= 0.179

Ort., ortalama; ss, standart sapma.

* p<0.05; ** p<0.01

TARTIŞMA VE SONUÇ

Bu araştırmada alkol ve madde kullanımına ilişkin olumsuz tutumları değerlendirmek üzere hazırlanan soruların geçerli ve güvenilir bir ölçüm aracı olarak kullanılabileceği gösterilmiştir. Elde edilen 21 maddeden oluşan "Alkol-Madde Kullanımıyla İlgili Olumsuz Tutumlar Ölçeği"nin Cronbach Alfa değeri 0.871, Guttman iki-yarım tutarlık katsayısı 0.775 olup kabul edilebilir düzeydedir. Bilebildiğimiz kadarıyla alkol ve madde kullanımına ilişkin tutumları değerlendiren psikometrik özellikleri saptanmış bir ölçek dilimizde mevcut değildir. Ölçeğin bu araştırma kapsamında test tekrar test güvenilirliği yapılmamıştır. Ölçeğin ileri çalışmalarda kullanılarak

diğer psikolojik ve demografik değişkenlerle ilişkisinin gösterilmesi geçerliliğine dair yeni kanıtlar sağlayacaktır.

Çalışmada kullanılan ölçeğin maksimum puanı 21 olduğu düşünüldüğünde, kontrol grubu olarak sağlık eğitimi almıyor olan bir grupla karşılaştırma yapılmamış olmakla birlikte, hemşirelik ve tıp eğitimi alan deneklerde bulunan AKOTÖ ortalama puanı olan 15.00 yüksek bir puandır. Sağlık eğitimi alan öğrencilerde damgalayıcı tutumların hiç de küçümsenmeyecek seviyede olduğu söylenebilir. Bu bulgu ülkemizdeki diğer çalışmaların sonuçlarıyla paraleldir (27, 28, 29, 39).

Cinsiyet açısından kadın deneklerin ortalama AKOTÖ puanı, erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Literatürde cinsiyetin genel olarak psikiyatrik hastalara ilişkin tutumları konusunda çelişkili sonuçlar mevcuttur. Bu çalışmadakine benzer şekilde kadınların daha mesafeli oldukları (31, 32) yönünde bulgular mevcut olduğu gibi, kadın ve erkeklerin tutumlarının benzer olduğunu bildiren çalışmalar da mevcuttur (33, 34, 35).

İleri sınıflarda okuyan öğrencilerin AKOTÖ toplam puan ortalaması, alt sınıflarla karşılaştırıldığında anlamlı düzeyde düşük bulunmuştur. Literatürdeki çalışmalarda da üst sınıflardaki tutumların daha düşük olduğuna dair bulgular mevcuttur (36). Bu sonuç eğitimin olumsuz tutumları azaltmada bir miktar etkili olduğuna işaret edebilir. Bu çalışmada alkol-madde kullanımına ilişkin tutumlarla ilişkili bulunan bir diğer sosyodemografik faktör gelir düzeyidir. Gelir düzeyi yüksek olanların olumsuz tutumlarının daha az olduğu görülmüştür. Düşük sosyoekonomik seviyede olanların ruhsal hastalığı olanlara karşı daha az hoşgörülü oldukları daha önce gösterilmiştir (37). Düşük sosyal sınıf ya da sosyoekonomik seviye ruhsal hastalığın tanınmasında olumsuz etkilidir (38, 39). Bu nedenle ekonomik seviyenin düşük olması ruhsal hastalığın yeterince iyi tanınması yoluyla olumsuz tutumlara neden olabilir.

Kendisinde veya ailesinde alkol ve madde kullanımı öyküsünün bulunmasının deneklerin damgalayıcı tutumlarının istatistiksel olarak daha az seviyede olduğu görülmüştür. İstatistiksel düzeyde anlamlı olmamakla birlikte kendisi daha önce madde kullanmış olanlar; ailesinde sigara, alkol ve madde bağımlısı olanlar ve ailesinde alkol ya da madde kullanan birisi olanların damgalayıcı tutumları daha düşüktür. Bu sonuç kişinin alkol ve madde kullanım davranışını daha yakından tanınması ve nesnel olarak değerlendirebilmesi nedeniyle olabilir. Diğer yandan damgalayıcı tutumlara karşı, kendisi ya da ailesinden birisi alkol-madde kullanıyor olmaktan kaynaklanan bir savunma tepkisi de cevapları etkilemiş olabilir.

Bu çalışmada sağlık çalışanları içinde önemli bir yer tutan hemşirelik ve tıp eğitimlerindeki öğrencilerin alkol ve madde kullanımına ilişkin tutumları birlikte incelenmiştir. Bu çalışma kapsamında damgalayıcı tutumları incelemek için oluşturulan anket soruları psikometrik olarak incelenmiş ve bir ölçek olarak kullanılabilirliği düşünülmüştür. Bu ölçek ileri çalışmalarla kullanılabilir ve geliştirilebilir. Hemşirelik ve tıp öğrencilerinde eğitim süresi içinde azalmakla birlikte damgalayıcı tutumların hiç de küçümsenmeyecek düzeyde olduğu söylenebilir. Olumsuz tutumların azaltılmasına dönük eğitim programlarının geliştirilmesi doğru olacaktır.

KAYNAKLAR

- 1- Bauman A, Phongsavan P. Epidemiology of substance use in adolescence: prevalence, trends and policy implications. *Drug Alcohol Depend* 1999; 55: 187-207.
- 2- Compton WM, Thomas YF, Stinson FS, Grant BF. Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV drug abuse and dependence in the United States: results from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 566-576.
- 3- Rehm J, Rehn N, Room R, et al. The global distribution of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking. *Eur Addict Res* 2003; 9: 147-156.
- 4- Room R, Graham K, Rehm J, et al. Drinking and its burden in a global perspective: policy considerations and options. *Eur Addict Res* 2003; 9: 165-175.
- 5- Ahern J, Stuber J, Galea S. Stigma, discrimination and the health of illicit drug users. *Drug Alcohol Depend* 2007; 88: 188-196.
- 6- Pols RG, Cape MP, Ashenden R, Bush RA. (eds); Proceedings: National Workshop Evaluation of Tertiary Education and Training on Alcohol and Drug Education. Adelaide: National Centre for Education and Training on Addiction, 1993.
- 7- Roche AM, Michael P, Campbell J, Saunders JB. Substance abuse disorders, psychiatric trainees' knowledge, diagnostic skills and attitudes. *Aust N Z J Psychiatry* 1995; 29: 645-652.
- 8- Gerace LM, Hughes TL, Spunt J. Improving nurses' response toward substance misusing patients: a clinical evaluation project. *Arch Psychiatr Nurs* 1995; 9: 286-294.
- 9- Murphy SA. The urgency of substance abuse education in schools of nursing. *J Nurs Educ* 1989; 28: 247-251.
- 10- Solari-Twadell PA. Recreational drugs, societal and professional issues. *Nurs Clin North Am* 1991; 26: 499-509.
- 11- Hagemaster J, Handley S, Plumlee A, ve ark. Developing educational programmes for nurses that meet today's addiction challenges. *Nurse Educ Today* 1993; 13: 421-425.
- 12- Rassool GH, Oyefeso N. The need for substance misuse education in health studies curriculum: a case for nursing education. *Nurse Educ Today* 1993; 13: 107-110.
- 13- Rassool GH. Nursing and substance misuse: responding to the challenge. *J Adv Nurs* 1993; 18: 1401-1407.
- 14- Novak H, Petch I. Drug and alcohol education in New South Wales: what do nurses want to learn? *Drug Alcohol Rev* 1994; 13: 185-193.
- 15- Bartek JK, Newton N, Hawks JH. Nurse-identified problems in the management of alcoholic patients. *J Stud Alcohol* 1986; 49: 63-70.
- 16- Moodley-Kunnie T. Attitudes and perceptions of health professions toward substance use disorders and substance-dependent individuals. *Int J Addict* 1988; 23: 469-475.
- 17- Satterthwaite H. Treating drug users in hospital wards. *Nurs Standard* 1990; 5: 33-35.
- 18- Carroll J. The negative attitudes of some general nurses towards drug misusers. *Nurs Standard* 1995; 9: 36-38.
- 19- Carroll J. Attitudes to drug users according to staff grade. *Prof Nurse* 1996; 11: 718-720.

- 20- Corse SJ, McHugh MK, Gordon SM. Enhancing provider effectiveness in treating pregnant women with addictions. *J Subst Abuse Treat* 1995; 12: 3-12.
- 21- Riley AJ. Perceived carer attitudes to alcohol dependent patients. *Nurs Standard* 1996; 10: 39-44.
- 22- Bell K. Identifying the substance abuser in clinical practice. *Orthop Nurs* 1992; 11: 29-36.
- 23- Chappel JN, Veach TL, Krug RS. The Substance Abuse Attitude Survey: An instrument for measuring attitudes. *J Stud Alcohol* 1985; 46: 48-52.
- 24- Murphy SA. An empirically based substance abuse course for graduate students in nursing. *J Nurs Educ* 1991; 30: 274-277.
- 25- Cassetta RA. Understanding the primary care link to treating substance abuse. *Am Nurse* 1994; 26: 12-16.
- 26- Taşkın EO, Özmen E. Ruhsal hastalıklarla ilişkili tutumlar: Türkiye çalışmalarının gözden geçirilmesi. *Psikiyatri Psikoloji Psiko-farmakoloji (3P) Dergisi* 2004; 12: 229-238.
- 27- Genişol E, Yargıç İ, Saka Ö, ve ark. Tıp öğrencilerinde alkol kullanımı ile ilgili önyargı ve tutumları. *Bağımlılık Dergisi* 2003; 4: 53-56.
- 28- Yüksel EG, Taşkın EO. Türkiye’de hekimler ve tıp fakültesi öğrencilerinin ruhsal hastalıklara yönelik tutum ve bilgileri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2005; 6: 113-121.
- 29- Arıkan Z, Genç Y, Etik Ç, ve ark. Alkol ve diğer madde bağımlılıklarında hastalar ve yakınlarında etiketleme. *Bağımlılık Dergisi* 2004; 5: 3-7.
- 30- Bostancı N, Aştı N. Hemşirelerin ruh sağlığı bozuk olan bireylere karşı tutum ve davranışlarının değerlendirilmesi. *Düşünen Adam: Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2004; 17: 87-93.
- 31- Chou KL, Mak KY, Chung PK, Ho K. Attitudes towards mental patients in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry* 1996; 42: 213-219.
- 32- Kirmayer LJ, Fletcher CM, Boothroyd LJ. Inuit attitudes toward deviant behaviour: a vignette study. *J Nerv Ment Dis* 1997; 185: 78-86.
- 33- Angermeyer MC, Matschinger H, Holzinger A. Gender and attitudes towards people with schizophrenia. Results of a representative surveys in the Federal Republic of Germany. *Int J Soc Psychiatry* 1998; 44: 107-116.
- 34- Brockington IF, Hall P, Levings J, Murphy C. The community’s tolerance of the mentally ill. *Br J Psychiatry* 1993; 162: 93-99.
- 35- Wolff G, Pathare S, Craig T, Leff J. Community attitudes to mental illness. *British Journal of Psychiatry* 1996; 168: 183-190.
- 36- Birdoğan SY, Berksun OE. Tıp fakültesi 1. sınıf ve 6. sınıf öğrencilerinde psikiyatrik hastaya yönelik tutumlar. *Kriz Dergisi* 2002; 10: 1-7.
- 37- Rabkin JG. Public attitudes: New research directions. *Hosp Community Psychiatry* 1981; 32: 157.
- 38- O’Mahony PD. Attitudes towards mentally ill: a trait attribution approach. *Soc Psychiatry* 1979; 14: 95-105.
- 39- Sağduyu A, Aker T, Özmen E, ve ark. Halkın şizofreniye bakışı ve yaklaşımı üzerine bir epidemiyolojik araştırma. *Türk Psikiyatri Derg* 2001; 12: 99-110.

Ek 1: Alkol ve Madde Bağımlılığı Damgalayıcı Tutumlar Ölçeği (AKOTÖ)

1- Alkolikler zayıf iradeli kişilerdir.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
2- Alkoliklerin sözüne güvenilmez.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
3- Alkolikler dengesiz ve tutarsız davranırlar.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
4- Alkolikler topluma uyum göstermeyen kişilerdir.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
5- Alkoliklerin toplum içinde saygınlıkları olmaz.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
6- Alkolikler tembel ve işe yaramazlar.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
7- Alkolikler çevreleri tarafından ciddiye alınmazlar.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
8- Alkolikler kendilerinden başka kimseleri düşünmezler.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
9- Alkolikler tehlikeli insanlardır.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
10- Alkolikler aşırı sinirli ve gergindirler	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
11- Madde bağımlıları zayıf iradeli kişilerdir.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
12- Madde bağımlılarının sözüne güvenilmez.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
13- Madde bağımlıları dengesiz ve tutarsız davranırlar.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
14- Madde bağımlıları topluma uyum göstermeyen kişilerdir.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
15- Madde bağımlılarının toplum içinde saygınlıkları olmaz.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
16- Madde bağımlıları tembel ve işe yaramazlar.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
17- Madde bağımlıları çevreleri tarafından ciddiye alınmazlar.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
18- Madde bağımlıları kendilerinden başka kimseleri düşünmezler.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
19- Madde bağımlıları tehlikeli insanlardır.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
20- Madde bağımlıları aşırı sinirli ve gergindirler.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum
21- Madde bağımlıları psikopat insanlardır.	<input type="checkbox"/> Katılıyorum	<input type="checkbox"/> Katılmıyorum

ALKOL BAĞIMLILIĞI OLAN ERKEK HASTALARDA DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

Attention Deficit Hyperactivity Disorder in male patients with Alcohol Dependence

Çetin Etik¹, Yasemen Taner², Ender Taner³, Zehra Arıkan⁴

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada, erişkin alkol bağımlılığı olan hastalarda, erişkin dönem ve çocukluk çağı 'Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)' belirtilerinin araştırılması ve bu olguların sosyodemografik ve klinik özelliklerinin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Araştırmaya alkol bağımlılığı tanısı konarak, halen tedavisi süren ve daha önce tedavi görüp ayaktan takibi devam eden 54 hasta dahil edilmiştir. Hastalara Turgay, DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEHB Tanı ve Değerlendirme ölçeği uygulanarak DEHB tanısı konmuştur. Çocukluk dönemine ait DEHB belirtilerinin taranması amacıyla da Wender Utah Derecelendirme Ölçeği kullanılmıştır.

Bulgular: Bireyler DEHB varlığına göre iki gruba ayrıldıktan sonra, ortalama alkole başlama ($p<0.001$) ve ortalama düzenli alkol kullanımına başlama yaşlarının ($p<0.01$) DEHB belirlenen grupta DEHB olmayan gruba göre belirgin olarak düşük olduğu bulunmuştur. Yine erişkinlikte DEHB tespit edilenlerin Wender Utah Derecelendirme Ölçeği'ne göre belirlenen çocukluk dönemi DEHB puanları da anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır ($p<0.001$).

Sonuç: DEHB'nin yetişkinlikte devamını öngören faktörler arasında sayılan çocukluk belirtilerinin şiddeti, tedavi alıp almama göz önüne alındığında; Alkol- madde bağımlılığı gelişiminin önlenmesinde çocukluk döneminde erken tanı ve tedavi uygulamasının önemini ortaya çıkarmaktadır.

Anahtar kelimeler: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, alkol bağımlılığı, erişkinlik.

ABSTRACT

Objective: The aim of this study is to explore the symptoms of adult and childhood 'Attention Deficit Hyperactivity Disorder' (ADHD) in patients with adult alcohol dependence, and to examine the socio-demographic and clinical features of these subjects.

Methods: The subjects included 54 patients that, after having been diagnosed with alcohol dependence, were in the process of treatment and that were being followed up as outpatients after the treatment. Patients were diagnosed with ADHD following the Turgay, Adult ADHD Diagnosis and Evaluation Scale Based on DSM-IV. Also, in order to scan the childhood ADHD symptoms, Wender Utah Rating Scale was administered.

Results: After the individuals were classified into two groups according to the existence of ADHD, average age to start to consume alcohol ($p<0.001$) and average age to start regular alcohol consumption ($p<0.01$) were found significantly lower in ADHD-identified group compared to non-ADHD group. Again, the childhood ADHD scores of the individuals identified to have ADHD during adulthood determined via Wender Utah Rating Scale were found to be significantly higher ($p<0.001$).

Conclusion: Severity of the childhood symptoms regarded to be among the factors that indicate the perseverance of ADHD during adulthood accentuates the importance of early diagnosis and treatment during childhood in preventing alcohol and substance dependence considering whether treatment has been applied.

Key words: Attention Deficit Hyperactivity Disorder, alcohol dependence, adult.

Bağımlılık Dergisi 2008; 9: 14-17

Journal of Dependence 2008; 9: 14-17

¹ Uzm. Dr. Özel Işıklar Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Merkezi

² Uzm. Dr. Ufuk Üniversitesi Çocuk Psikiyatrisi Anabilim Dalı

³ Uzm. Dr. Gazi Üniversitesi Sağlık Kültür Spor Daire Başkanlığı

⁴ Prof. Dr. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

Yazışma Adresi / Address reprint requests to: Uzm. Dr. Çetin Etik, Özel Işıklar Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Merkezi Buğday Sok. No:2/2 Kavaklıdere - Ankara - TURKEY
Elektronik Posta Adresi / E-mail address: cetinetik@yahoo.com Telefon / Phone: +90 (312) 426 93 95

25 Eylül 2007'de alınmış, 5 Kasım 2007'de kabul edilmiştir. / Received September 25, 2007; accepted for publication November 5, 2007.

GİRİŞ

Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB); dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik ve dürtüsellik gibi temel belirtilerle seyreden, çocukluk dönemi davranış bozukluğudur. Bu olguların önemli bir kısmında erişkinlik döneminde de belirtilerin devam ettiği bildirilmektedir (10).

Çocukluk döneminde DEHB' nin sıklığının farklı çalışmalarda % 1-20 arasında değiştiği, ortalama olarak çocuklarda genel populasyonun %3-7'sinin DEHB tanısını aldığı bildirilmektedir (9,11). DEHB tanısı alan çocukların DEHB belirtilerinin, yetişkinlik döneminde de % 10-79 oranında devam ettiği farklı çalışmalarda bildirilmektedir (11,20). Çocukluk dönemindeki DEHB yaygınlığı ve bunların yaklaşık yarısında belirtilerin erişkinlik döneminde de devam ettiği göze alınırsa erişkinlerde DEHB sıklığının %1-2 olacağı beklenebilir (2).

Alkol-madde bağımlısı olguların %15-25'inde DEHB saptanmıştır (21). DEHB ve alkol-madde bağımlılığı komorbiditesinin erkek cinsiyette daha fazla bulunduğu belirtilmektedir (3,16). Bu olguların, DEHB bulunmayan alkol-madde bağımlısı erişkinlere göre daha genç yaşlarda alkol-madde kullanımına başladığı, alkol bağımlılığına geçiş sürelerinin de daha kısa süre olduğu ve daha yüksek alkol tüketim miktarı olduğu gözlenmiştir (4,6,12). Yazında, DEHB'in, madde ve alkol bağımlılığı tedavisine olumsuz etkisi olduğu ve tedavide nüksü artıracak öne sürülürken, tedavi edilmemiş DEHB olgularında ilerde alkol-madde bağımlılığı gelişme oranının daha yüksek olduğu ifade edilmektedir (21,22,6).

DEHB'si olan alkol bağımlısı erişkinlerin, madde bağımlılığı için de yüksek risk grubu olduğu vurgulanıp, olgularda en sık kullanılan maddenin kannabis olduğu belirtilmektedir. Kokain ve uyarıcı madde kullanımı ise, kannabis kullanımından sonra gelmektedir. Yine DEHB olgularında sigara kullanım riskinin genel topluma göre arttığı, sigara içimine dikkat eksikliği belirtilerinin daha fazla predispozisyon sağladığı öne sürülmektedir (5,15).

DEHB'li olgularda madde-alkol bağımlılığı gelişimi üzerine öne sürülen mekanizmalar halen çok açık değildir. Yüksek genetik yükünlük taşıyan her iki durumun birbiri ile örtüşen genetik bir yatkınlık gösterebilecekleri, 'self medikasyon' tartışmaları arasındadır. Yaşın ilerlemesi ile beraber DEHB'ye bağlı aşırı hareketlilik ve kaba motor etkinlik, genellikle yerini huzursuzluğa, yerinde duramama ve kendini sürekli heyecanlı hissetmeye bırakmaktadır. Diğer yandan anksiyete bozukluğu ve depresyonun birlikteliğinin sıklığı ve bu semptomların bağımlılık öncesinde de olması göz önüne alındığında, DEHB'li bireyler belirtilerini hafifletmek için alkol ya da madde kullanımına 'self medikasyon' amaçlı başlayabilirler. Diğer bir deyişle, DEHB'li bireylerde alkol-madde bağımlılığının yalnızca bir birliktelik olmadığı, aynı zamanda DEHB'in doğal sürecinde karşımıza çıkacak bir tablo olabileceği de tartışılmaktadır (23,24,18).

Bu çalışmada erişkin alkol ve madde bağımlılığı olan olgularda, erişkin dönem ve çocukluk çağı DEHB belirtilerinin yaygınlığı ve bu belirtilerin varlığının olguların sosyodemografik ve klinik özellikleriyle ilişkisinin araştırılması amaçlanmıştır.

Y...NTEM

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Alkol Bağımlılığı ünitesinde, halen yatarak tedavisi süren ve daha önce aynı ünite de tedavi görüp ayaktan takibi devam eden alkol bağımlısı 54 erkek hasta araştırmaya dahil edilmiştir. Hastalara çalışmanın amacı konusunda bir erişkin (Ç.E.) ve bir çocuk-ergen ruh

sağlığı ve hastalıkları uzmanı (Y.T.) tarafından sözel bilgi verilmiş ve çalışmaya gönüllü olan hastalar alınmıştır.

Halen alkol ve/veya madde etkisinde ve yoksunluk döneminde olan, şizofreni veya diğer psikotik bozukluk ve bipolar affektif bozukluğu öyküsü, mental retardasyon ve organik beyin sendromu varlığı dışlama kriterleri olarak kabul edilmiştir.

Yapılan görüşmede; olgulardan oluşturulan görüşme formu ile sosyodemografik özellikler, alkol, alkol dışı madde ve sigara kullanımına ait başlama, düzenli kullanım, alım miktarı ve özellikleri ile çocukluk dönemine ait psikiyatrik hastalık ve aile öyküsüne ait veriler toplanmıştır.

Çalışmamızda çocukluk dönemine ait DEHB belirtilerini geriye yönelik sorgulamak amacıyla Wender Utah Derecelendirme Ölçeği (WUDÖ) kullanılmıştır. Ölçek kullanılırken erişkinlerin çocuklukta durumlarının değerlendirilmesi için geliştirildiği ve ölçek puanına göre erişkinlere tanı konamayacağına dikkat etmek gerekmektedir. WUDÖ, 25 maddeden oluşan 5'li Likert tipi bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Bu maddelerden elde edilen 0-100 arası puanlar WUDÖ puanını vermektedir. WUDÖ' nün Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Öncü ve arkadaşları (2005) tarafından yapılmıştır (17). Ölçeğin Türkçe uyarlamasında kesme noktası olarak 36 ve üzerindeki değerlerin alınması DEHB olan erişkinlerin %82.5'ini (duyarlılık), kontrol grubunun %90.8'ini (özgüllük), depresyon grubunun %66.7'sini doğru olarak sınıflandırmıştır. Bu çalışmada da kesme puanı Türkçe uyarlamasındaki gibi 36 olarak alınmıştır.

Erişkin döneme ait DEHB tanısı ise, Günay ve arkadaşları (2006) tarafından Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılan Turgay, DSM-IV'e dayalı Erişkin DEHB Tanı ve Değerlendirme ölçeği kullanılmıştır (10). Dikkat eksikliği, aşırı hareketlilik / dürtüsellik bölümleri ve dikkat eksikliği / dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ile ilişkili özellikler olmak üzere 3 alt ölçekten oluşmaktadır. Kesme puanı Türkçe uyarlamasında 50 olup, bu çalışmada da Türkçe uyarlamasındaki gibi 50 olarak alınmıştır.

Hastalar Erişkin DEHB ölçeğindeki kesme puanına göre DEHB'si var ya da yok olarak iki gruba bölünmüştür. Ölçek ve alt ölçek puanları ile diğer sayısal değişkenlerin karşılaştırılması t-testi ile yapılmıştır. Kategorik değişkenlerin karşılaştırılmasında ki-kare testi kullanılmıştır. Tüm analizler SPSS 11.0 istatistik programı kullanılarak yapılmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya dahil edilen 54 erkek hastanın yaş ortalaması 46.85±9.3 olarak bulunmuştur. Deneklerin kırk beşi (%83.3) evli, ikisi (%3.7) hiç evlenmemiş, altısı (%11.1) boşanmış ve bir tanesi (%1.9) eşinden ayrı yaşıyordu. İlköğretim, lise ve üniversite bitirme oranları sırasıyla %25.9 (n=14), %46.3 (n=25) ve %27.8 (n=15) olarak belirlendi. 54 hastanın altısında (%11.1) komorbid alkol dışı madde kötüye kullanımı vardı.

Turgay DSM-IV'e dayalı Erişkin DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri ve Wender Utah Derecelendirme ölçeği ortalama puanları sırasıyla 50.81± 26.89 ve 35.74 ± 22.58 idi. Alkol almaya başlama yaş ortalaması 15.90±3.13, düzenli alkol kullanımına başlama yaş ortalaması ise 24.05±7.46 olarak tespit edildi. Alkol bağımlılığı olan hastaların % 44'ü (n=24) DEHB ölçütlerini karşılarken tüm grubun %50'sinde (n=27) çocukluk dönemine ait DEHB belirtilerinin olduğu saptanmıştır. WUDÖ puanlarına göre çocukluk dönemi DEHB'si olan hastalarında %89'unda (n=24) erişkin döneme ait DEHB belirtileri saptanmıştır.

Denekler DEHB varlığına göre ayrıldığında, DEHB belirlenen grupta DEHB olmayan gruba göre ortalama alkol başlama yaşı (p<0.001) ve ortalama

düzenli alkol kullanımına başlama yaşı ($p<0.01$) açısından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Çocukluk döneminde DEHB belirlenen grubun alkole başlama yaş ortalaması da DEHB belirlenmeyen gruba göre anlamlı olarak daha düşük çıkmıştır ($p<0.05$).

DEHB tespit edilen deneklerin ölçeğin Dikkat Eksikliği Bölümü (DEB) alt puanları ($p<0.001$), Aşırı Hareketlilik/Dürtüsellik Bölümü (AHDB) alt puanları ($p<0.001$) ve Dikkat Eksikliği Bölümü/ Dikkat Eksikliği Hiperaktivite ile ilişkili özellikler Bölümü (DEB/DEHB) alt puanları ($p<0.001$) kontrol grubuna göre anlamlı derecede yüksek bulunmuştur. Yine erişkinlikte DEHB tespit edilenlerin WUDÖ'ye göre belirlenen çocukluk dönemi DEHB puanları da anlamlı düzeyde yüksek çıkmıştır ($p<0.001$). Ölçüm ve alt ölçeklerin ortalama, standart sapma ve istatistiksel analizleri Tablo 1'de verilmiştir.

Denekler erişkinlik döneminde DEHB varlığına göre ayrıldığında ise, çocuklukta DEHB belirlenen grupta DEHB tespit edilmeyen gruba göre ortalama alkole başlama yaşı ($p<0.01$) ve ortalama düzenli alkol kullanımına başlama yaşı ($p<0.01$) açısından anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Çocukluk döneminde DEHB belirlenen grubun alkole başlama yaş ortalaması DEHB belirlenmeyen gruba göre anlamlı olarak daha düşüktür ($p<0.05$).

Çocuklukta DEHB tespit edilen deneklerin Turgay DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri'nen aldıkları toplam puanlar ($p<0.001$), DEB alt puanları ($p<0.001$), AHDB alt puanları ($p<0.001$) ve DEB/DEHB alt puanları ($p<0.001$) çocuklukta DEHB tespit edilmeyen gruba göre anlamlı düzeyde yüksek bulunmuştur. Ölçüm ve alt ölçeklerin ortalama, standart sapma ve istatistiksel analizleri Tablo 2'de verilmiştir.

Çocuklukta DEHB tespit edilen ve edilmeyen iki grup ailede alkol bağımlılığı öyküsü, ailede psikiyatrik bozukluk varlığı, medeni durum, ortalama gelir, eğitim düzeyi, çocukluk döneminde bilinen psikopatoloji varlığı, komorbid alkol dışı madde kötüye kullanımı, alkol bırakma girişimi varlığı ve sayısı açısından karşılaştırıldığında, iki grup arasında anlamlı farklılık belirlenmemiştir ($p>0.05$).

Komorbid alkol dışı madde kötüye kullanımı, çocuklukta DEHB tespit edilen grupta ($n=6$, $\chi^2=4.68$, $p<0.05$) çocuklukta DEHB olmayanlara ($n=0$) göre anlamlı düzeyde fazla bulunmuştur. Çocuklukta DEHB olan ve olmayan iki grubun ailede alkol bağımlılığı öyküsü, ailede psikiyatrik bozukluk varlığı, medeni durum, ortalama gelir, eğitim düzeyi, çocukluk döneminde bilinen psikopatoloji varlığı, alkol bırakma girişimi varlığı ve sayısı açısından anlamlı farklılık göstermediği belirlenmiştir ($p>0.05$).

Tablo 1: Erişkinlikte DEHB'si Olan ve Olmayan Hastaların Psikiyatrik Ölçümler, Yaş, Alkol Alım Miktarı, Alkole Başlama Yaşı ve Düzenli Alkol Kullanımına Başlama Yaşı Açısından Karşılaştırılması (t testi)

Değişkenler	Erişkin DEHB (-) Ortalama (SS) n=30	Erişkin DEHB (+) Ortalama (SS) n=24	t
DEB puanı	5.83 (3.16)	12.41 (4.77)	6.07*
AHDB puanı	5.60 (3.56)	15.04 (5.10)	7.99*
DEB/DEHB puanı	19.16 (9.19)	49.20 (11.16)	10.84*
Yaş	50.10 (7.27)	42.79 (10.09)	3.08**
Alkol alımına başlama yaşı	17.30 (2.81)	14.16 (2.63)	4.18*
Düzenli alkol kullanımı başlama yaşı	26.66 (7.37)	20.79 (6.31)	3.09**
WUDÖ puanı	20.46 (14.81)	54.83 (14.62)	8.51*

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, SS: Standart Sapma, DEB: Dikkat Eksikliği Bölümü, AHDB: Aşırı hareketlilik/Dürtüsellik Bölümü, DEB/DEHB: Dikkat Eksikliği Bozukluğu/ Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, WUDÖ: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği * $p<0.001$, ** $p<0.01$

Tablo 2: Çocuklukta DEHB'si Olan ve Olmayan Hastaların Psikiyatrik Ölçümler, Yaş, Alkol Alım Miktarı, Alkole Başlama Yaşı ve Düzenli Alkol Kullanımına Başlama Yaşı Açısından Karşılaştırılması (t testi)

Değişkenler	Çocuklukta DEHB (-) Ortalama (SS) n=27	Çocuklukta DEHB (+) Ortalama (SS) n=27	t
DEB puanı	5.66 (3.28)	11.85 (4.78)	5.53*
AHDB puanı	5.26 (3.51)	14.33 (5.27)	7.43*
DEB/DEHB puanı	18.25 (9.43)	46.77 (12.49)	9.46*
Yaş	50.55 (7.42)	43.14 (9.64)	3.16**
Alkol alımına başlama yaşı	16.66 (2.14)	15.14 (3.76)	1.81 AD
Düzenli alkol kullanımı başlama yaşı	27.03 (7.63)	21.07 (6.06)	3.17**
DEHB puanı	29.11 (13.43)	72.51 (17.77)	10.12*

DEHB: Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, SS: Standart Sapma, DEB: Dikkat Eksikliği Bölümü, AHDB: Aşırı hareketlilik/Dürtüsellik Bölümü, DEB/DEHB: Dikkat Eksikliği Bozukluğu/ Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu, WUDÖ: Wender Utah Derecelendirme Ölçeği * $p<0.001$, ** $p<0.01$, AD: $p>0.05$

TARTIŞMA

Bu çalışmanın sonuçları çocukluk döneminde DEHB belirtileri olan alkol bağımlısı hastaların % 89'unda erişkin dönemde de DEHB belirtilerinin devam ettiğini göstermektedir. Bu oran, bu konuda yapılan çalışmalarla karşılaştırıldığında üst sınırdadır (7,13). Çocukluk döneminde DEHB'si olan bireylerin erişkin dönemde DEHB belirtisi sıklığıyla ilişkili olarak verilen oranların %10 ile %79 arasında değişen geniş bir yelpazede yer alması kullanılan ölçüm yöntemlerindeki farklılıktan kaynaklanıyor olabilir. Bu çalışmada alkol bağımlılığı geliştirmiş olan özel bir hasta grubundan DEHB ile ilişkili veriler toplandı için erişkin dönemdeki DEHB yaygınlığını açısından topluma genellenebilmesi mümkün değildir. Ancak, bu hastaların alkol bağımlılığı geliştirdiği göz önüne alınırsa temel psikopatolojinin diğer DEHB hastalarına göre daha ağır olabileceği ve bu nedenle yüksek oranlarda erişkin dönemde de DEHB belirtilerinin devam ettiği öngörülebilir.

Önceleri sadece çocukluk dönemi ile ilişkili olduğu düşünülen DEHB'nin, olguların yaklaşık yarısından fazlasında erişkinlik döneminde de devam ettiği bilinmektedir (14). Erişkinlerdeki DEHB belirtileri çocuklara göre daha heterojen özellikler taşımaktadır. DEHB için belirlenen DSM-IV tanı ölçütleri ise, çocuklara göre geliştirilmiş olup erişkinler için rehber görevi görmektedir. Bu tanı zorlukları nedeniyle erişkin DEHB tanısında daha geçerli ve objektif yöntemlerin gerekliliği belirtilmektedir (7,14). Bu kısıtlama göz önüne alınarak, bu çalışmada alkol bağımlısı olgulara; hasta görüşmesi ve Türkiye'de geçerlilik ve güvenilirliği yapılan Turgay, DSM-IV Dayalı Erişkin DEHB Tanı ve Değerlendirme envanteri uygulanarak DEHB tanısı konmuştur.

Bu çalışmanın sonuçlarında; denekler DEHB varlığına göre ayrıldığında, DEHB belirlenen grupta DEHB olmayan gruba göre ortalama alkole başlama ve düzenli alkol kullanımına başlama yaşı anlamlı olarak düşük bulunmuştur. Yine çocukluk döneminde DEHB belirlenen grubun alkole başlama yaş ortalaması da DEHB belirlenmeyen gruba göre anlamlı olarak daha düşük bulunmuştur. Yazınla uyumlu olan bu bulgulara göre (4,6); DEHB'si olan alkol bağımlılarında daha ağır şiddette alkol bağımlılığı gelişebileceğinden söz edilebilir.

Çalışma sonuçlarında olguların tamamı çocukluk döneminde tedavi almamışlardı. DEHB belirtileri açısından tedavi almadığı görülmektedir. Yazında tedavi edilmemiş DEHB olgularında ileride alkol-madde bağımlılığı gelişme oranının daha yüksek olduğu, DEHB'nin psikostimulan farmakoterapisinin adolesan dönemde alkol-madde bağımlılığı gelişimini engellediği vurgulanmaktadır (21,22,8). DEHB tanısının hastalarımızda, özellikle çocuklukta değerlendirilmemesi bu konu ile ilgili bilgi eksikliğini ve toplumsal göz ardı etmemizi ortaya koyabildiği gibi çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması da göz önüne alındığında, hastaların çocukluk dönemine denk gelen yıllarda DEHB'ye ait tanılabilirlikler tedavi almayı güçleştirmiş olabilir.

DEHB'nin psikostimulan farmakoterapisinin yazında, madde bağımlılığı riskini artırmadığı hatta madde bağımlılığı gelişimini engellediği, DEHB belirtilerinin kontrolünün madde bağımlılığı riskine karşı koruyucu olduğu çalışmalarla desteklenirken, ancak reçete edilen stimulan ilacın kötüye kullanımı olasılığı yönünde de ileri araştırmalar tavsiye edilmektedir (8,19).

Bu çalışmanın sınırlılıkları arasında; çalışmaya dahil edilen hasta sayısının az ve bu olguların izleniminin olmaması, şu an DEHB olmayan yetişkin olguların, çocukluk dönemi belirtilerinin geriye dönük sorgulamasında, alkol kullanımına bağlı nörokognitif harabiyetin de katkısıyla hatırlanamama olasılığı ile bazı olgular gözden kaçmış olabilmesi, diğer yandan alkol bağımlılığı olan hastalarda nörokognitif harabiyetin DEHB belirtilerini taklit edebileceği bu nedenle DEHB'nun olduğundan daha fazla ifade edilmiş olabileceği sayılabilir.

Alkol bağımlılığında görülen yüksek DEHB oranı, bu olgularda alkole başlama yaşının daha erken oluşu ve bu açıdan daha ağır şiddette alkol bağımlılığının gelişebilmesi göz önüne alındığında; DEHB'nin alkol bağımlılığı için ciddi bir risk faktörü olduğu, alkol bağımlılığı gelişiminin önlenmesinde çocukluk döneminde DEHB belirtirlerinin erken tanı ve tedavi yaklaşımlarının önemini ortaya çıkarmaktadır.

KAYNAKLAR

- 1- Bakar EE, Soysal AŞ, Kiriş N, ve ark. Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu'nun değerlendirilmesinde, Wechsler Çocuklar İçin Zeka Ölçeği Geliştirilmiş Formu'nun yeri. Klinik Psikiyatri 2005; 8: 5-17.
- 2- Bellak L, Black, RB. Attention-Deficit Hyperactivity Disorder in adults. Clin Ther. 1992; 14: 138-147.
- 3- Biederman J. Impact of comorbidity in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. J Clin Psychiatry 2004; 65 (Suppl.3): 3-7.
- 4- Biederman J, Wilens T, Mick E, et al. Is ADHD a risk factor for Psychoactive Substance Use Disorders? Findings from a four-year prospective follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 3: 21-29.
- 5- Biederman J, Wilens T, Mick, E, et al. Psychoactive Substance Use Disorders in adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: Effects of ADHD and psychiatric comorbidity. Am J Psychiatry 1995; 152: 1652-1658.
- 6- Ercan ES, Coşkunol H, Varan A, Toksöz, K. Childhood Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder and alcohol dependence: A 1-year follow-up. Alcohol & Alcoholism 2003; 38: 352-356.
- 7- Fararone SV, Sergeant J, Gillberg C, Biederman J. The worldwide prevalence of ADHD: Is it an American condition? World Psychiatry 2003; 2: 104-113.
- 8- Fischer M, Barclay RA. (2003). Childhood stimulant treatment and risk for later substance abuse. J Clin Psychiatry 2003; 64 (Suppl. 11): 19-23.
- 9- Gilberg C, Rasmussen P, Carlstrom G, et al. Perceptual, motor and attentional deficit and six year old children epidemiological aspects. J Child Psychol Psychiatry 1982; 23: 131-144.
- 10- Günay Ş, Savran C, Aksoy UM, ve ark. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Ölçeğinin (Adult ADD/ADHD DSM IV- Based Diagnostic Screening and Rating Scale) dilsel eşdeğerlilik, geçerlik, güvenilirlik ve norm çalışması. Türkiye'de Psikiyatri Dergisi 2006; 8: 98-104
- 11- Ivanov I, Newcorn J. Attention Deficit/Hyperactivity Disorders In: Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell Publishing 2005: 91-104.
- 12- Johann M, Laufkotter R, Lange K, Wodarz, N. Attachment styles in German alcoholics with or without Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD). Psychiatr Prax 2004; 31 (Suppl.1): 105-107.
- 13- Katusic SK, Barbaresi WJ, Colligan RC, et al. Psychostimulant treatment and risk for substance abuse among young adults with a history Attention Deficit Hyperactivity Disorder: a population-based, birth cohort study. The Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 2005; 15: 764-776.
- 14- Kessler RC, Adler L, Barkley R, et al. The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: Results from the national comorbidity survey replication. Am J Psychiatry 2006; 163: 716-723.
- 15- Kollins SH, McClernon FJ, Fuemmeler BF. Association between smoking and Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder symptoms in a population-based sample of young adults. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 1142-1147.
- 16- Latimer WW, Stone AL, Voight A, et al. Gender differences in psychiatric comorbidity among adolescents with Substance Use Disorders. Exp Clin Psychopharmacol 2002; 10: 310-315.
- 17- Öncü B, Ölmez Ş, Şentürk V. Wender-Utah Derecelendirme Ölçeği Türkçe Formunun Erişkin Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu'nda geçerlik ve güvenilirlik çalışması. Turk Psikiyatri Derg 2005; 16: 252-259.
- 18- Tuğlu C, Abay E. Erişkinlerde Dikkat Eksikliği / Hiperaktivite Bozukluğu'nun öykü, tanı ve ruhsal durum bakımından gözden geçirilmesi. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi 1997; 5: 19-28.
- 19- Upadhyaya HP, Rose K, Wang W, et al. Attention Deficit Hyperactivity Disorder medication treatment and substance use patterns among adolescents and young adults. The Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology 2005; 15: 799-809.
- 20- Weinstein CS. Cognitive remediation strategies: An adjunct to the psychotherapy of adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. J Psychother Pract Res 1994; 3: 44-57.
- 21- Wilens T. Impact of ADHD and its treatment on substance abuse in adults. J Clin Psychiatry 2004; 65 (Suppl.3): 38-45.
- 22- Wilens T, Fararone, SV, Biederman J, Gunawardene S. Does stimulant therapy of ADHD beget later substance abuse? A meta-analytic review of the literature. Pediatrics 2003; 111: 179-185.
- 23- Wilens T, Kwon A, Tanguay S, et al. Characteristics of adults with Attention Deficit Hyperactivity Disorder plus Substance Use Disorder. The role of psychiatric comorbidity. Am J Addict 2005; 14: 319-327.
- 24- Wodars N, Lange K, Laufkotter R, Johann M. ADHD and alcohol dependence: a common genetic predisposition? Psychiatr Prax 2004; 31 (Suppl.1): 111-113.

HEMŞİRELİK ÖĞRENCİLERİNİN SİGARA İÇME SIKLIĞI VE ETKİLEYEN FAKTÖRLERİN BELİRLENMESİ

The Determination of the Nursing Students Prevalance of Cigarette Smoking and Affecting Factors

Zeliha Koç¹, Zeynep Sağlam²

ÖZET

Giriş: Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinde sigara içme sıklığını, sigara içmeyi etkileyen faktörleri, halen içme nedenlerini, sigarayı bırakma ve içmeme konusundaki yaklaşımlarını incelemek amacıyla planlanmış tanımlayıcı bir çalışmadır.

Yöntem: Çalışma 128 hemşirelik öğrencisi üzerinde yürütülmüş, veriler 28 soruluk anket formu aracılığıyla Mart 2005 tarihinde toplanmıştır.

Bulgular: Anket uygulanarak toplanan veriler sonucunda sigara içme prevalansı %28.1 olarak bulunmuştur. Araştırma kapsamında ele alınan hemşirelik öğrencilerinden her dört kişiden birinin sigara içtiği tespit edilmiştir. Sigara içmeyen hemşirelik öğrencilerinin %88'inin sağlığı koruma nedeniyle sigara kullanmadıkları saptanmıştır. Hemşirelik öğrencilerinin yaşadıkları stres nedeniyle sigara içmeye devam ettikleri (%63.9) belirlenmiştir. Hemşirelik öğrencilerinin annesinin ve babasının öğrenim düzeyinin, sigara içme sıklığındaki artış ile ilişkili olduğu görülmüştür ($p<0.05$). Arkadaş çevresinin de (%61.1) sigara içme durumu açısından risk faktörü olduğu belirlenmiştir ($p<0.01$). Bu arada aile tipi ve medeni durumun sigara içme durumu yönünden risk faktörü olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$).

Sonuç: Çalışmamızda elde edilen veriler diğer çalışma sonuçları ile karşılaştırılmış ve değerlendirilmiş, sigara kullanımını önlemek için çeşitli öneriler sunulmuştur. Bu sonuçlar doğrultusunda hemşirelik öğrencilerinin sigaranın olumsuz etkilerini bildikleri, ancak bilgilerini günlük yaşamlarına aktarmadıkları söylenebilir.

Anahtar kelimeler: Sigara içme, hemşirelik öğrencileri, sosyo-demografik faktörler.

ABSTRACT

Objective: This study, which is planned to analyze the frequency of smoking, factors affecting smoking, reasons of going on smoking and their approaches not to smoke and to give up smoking of nursing students, is a descriptive study.

Method: This study was conducted on 128 nursing students with a 28-items questionnaire on March, 2005.

Results: Data were gathered by questionnaires and it was found that the prevalence of cigarette smoking was 28.1%. In the light of this study, smoking was prevalent in nursing school population every one of four people currently smoking. 88% of nursing students have not smoked because of protecting their health. It has been determined that nursing students going on smoking, because of living stress (63.9%). It has been seen that the education level of the nursing student's mother and father have been associated with increase in cigarette smoking ($p<0.05$). Besides surrounding friends have been found to be (61.1%) risk factors for cigarette smoking ($p<0.01$). Meanwhile sort of family and marital status have not been determined as risk factors ($p>0.05$).

Conclusion: The results obtained are compared and evaluated and some proposals are put forward to prevent smoking. According to these results, it may be concluded that nursing students aware of the negative effects of cigarette smoking, but they were unable to put in to daily life.

Key words: Cigarette smoking, nursing students, socio-demographic factors.

GİRİŞ

Sigara kullanımı tüm dünyada ve özellikle gelişmekte olan ülkelerde en önemli sağlık sorunudur (1). Sigara içmeyi bir kez deneyen her dört kişiden üçünün sigara içmesi, sigaranın bağımlılık yapma gücünün önemli bir göstergesidir (2). Dünyada 1.1 milyar kişi sigara içmektedir ve her yıl 4.5 milyon kişi sigaraya bağlı sebeplerden ölmektedir (1). Sigara içenlerin çoğu gelişmekte olan ülkelere olup, rakamsal olarak değerlendirildiğinde 700 milyonu erkek olmak üzere 800 milyon civarındadır (3). Gelişmekte olan ülkelerde erkeklerin %50'si, kadınların %8'i; gelişmiş ülkelere ise erkeklerin %41'i, kadınların %21'i sigara içmektedir (2).

Dünya Sağlık Örgütü (D.S.Ö.) verilerine göre 1950 ile 2000 yılları arasında 62 milyon kişi sigaraya bağlı nedenlerle yaşamını yitirmiştir. Günümüzde geçerli olan sigara içme eğilimleri devam ederse 2025 yılında 10 milyon kişinin daha yaşamını yitirmesi beklenmektedir (4,5,6,7). Sigara birçok hastalığın morbidite ve mortalite oranlarını etkilemektedir. Türkiye'de ve diğer pek çok ülkede erişkinlerde ölüme en çok yol açan hastalık listelerinin başında sigarayla ilgili hastalıklar yer almaktadır (8). Sigara nedeniyle 35-69 yaş arasında ölenlerin kaybettiği süre 20-25 yıl olarak hesaplanmıştır (9, 10, 11). Yapılan çalışmaların çoğu sigara kullananlarda akciğer kanseri, kalp ve solunum sistemi hastalıkları gibi pek çok hastalığın daha fazla görüldüğünü ortaya koymuştur (12). Sigaranın yaygın içildiği toplumlarda 65 yaş öncesi görülen koroner kalp hastalığı ve serebrovasküler hastalık ölümlerinin yaklaşık yarısı, akciğer kanseri ölümlerinin %85-90'ı, kronik obstrüktif akciğer hastalığı ölümlerinin yaklaşık %80'i sigaraya bağlı olarak gelişmektedir (9, 10, 11).

Türkiye'de de sigara içme alışkanlığı oldukça yaygın ve önemli bir sağlık sorunudur. Türkiye'de 15 yaş üstü nüfusun %43.6'sı sigara içmekte (2, 6, 13) ve her yıl 70-100 kişi sigaraya bağlı sebeplerden ölmektedir (1). Sigara kullanımı cinsiyete göre incelendiğinde erkeklerde %62.8, kadınlarda %24.3'tür. Sigara erkeklerde daha yaygın kullanılmakla birlikte son yıllarda yapılan çalışmalar, çalışan kadınlarda ve gençlerde sigara içme oranının arttığını göstermektedir (14). Türkiye kişi başına sigara tüketimi yönünden, Avrupa ülkeleri arasında Yunanistan'dan sonra ikinci sırada yer almaktadır (5, 6). Türkiye'de bireylerin %30.9'unun sigara ile ilk kez 11 yada daha önceki yaşlarda, %13.6'sının da 12 yaşında tanıştığı bildirilmektedir (15). Amerika Birleşik Devletleri (ABD)'nde sigara tüketimi 1981'den 2000'e kadar %32.8 oranında azalırken, Türkiye'de 1985-2000 yılları arasında %89 oranında artmıştır (3).

Gelişmekte olan ülkelere sigara ile ilgili sektörler gençleri hedef almakta ve onların sigara içme alışkanlığını geliştirmelerine neden olmaktadır. Bu durumun sonucu olarak sigara içen bireylerin çoğunun sigara içmeye ergenlik ve gençlik yıllarında başladıkları görülmektedir (16). Genel olarak ergenlik döneminde ortaya çıkan bu alışkanlığın başlama yaşı, son yıllarda çocukluk dönemine kadar gerilemekte, erken yaşlarda sigaraya başlayan bireylerin sigara içmeye ilişkin tutumlarında üniversite düzeyinde önemli belirginleşmeler ortaya çıkmaktadır (15). D.S.Ö.'nün 21. yüzyılda herkese sağlık hedeflerinden biri, 2015 yılına kadar sigara içme oranının 15 yaşın üzerindeki nüfusta %80 ve 15 yaşından küçüklerde de %100 azaltılmasıdır (16).

Ülkemizde sağlık çalışanları arasında da genel olarak sigara içme oranının yüksek olduğu, hatta genel popülasyona yakın olduğu belirtilmektedir (17, 18). Talay ve arkadaşları (2007) sağlık bakım çalışanları üzerinde yapmış oldukları çalışma sonrasında hemşire-ebe ve diğer sağlık çalışanlarında sigara içme oranını oldukça yüksek belirlemişler ve yaş

ile beraber sigara bırakma oranının arttığını bildirmişlerdir (6). Dilbaz ve Apaydın'da yapmış oldukları çalışma sonrasında hemşirelerde sigara içme oranını %58.8 olarak bulmuşlardır (18). Ayrıca ülkemizde yapılan bazı araştırmalar sonucunda hemşirelik öğrencilerinin yaklaşık üçte birinin sigara içtiği, sigara içme oranının sınıflar ilerledikçe yükseldiği ve yıllara göre artış gösterdiği de bildirilmektedir (10).

Türkiye'de kadınların %24'ü sigara içmekte olup, sağlıklı uğraşan hemşirelerin genel kadın nüfusuna oranla çok daha fazla sıklıkta sigara kullandıkları bildirilmektedir. D.S.Ö. hemşirelerin sigara içme nedenlerini, mesleki durumlarını, iş streslerini belirleyici araştırmalara ağırlık verilmesini vurgulamaktadır. Yine D.S.Ö. genç hemşirelik öğrencilerini hedef almanın, eğitim programları uygulamanın daha kolay ve akılcı olduğunu bildirmektedir. Sigara ile mücadelede hemşirelerin iyi model olma zorunlulukları ve sorumlulukları vardır. Bu nedenle hemşirelik öğrencileri öncelikle kendileri ve mezun olduktan sonra da meslektaşlarının sigara içmemesini sağlayarak topluma örnek model olma rollerini üstlenmelidirler (10).

Sağlık çalışanları sigara kullanımının önlenmesindeki uygulamalarda önemli rol oynar. Toplumdaki bireyler hemşire ve diğer sağlık çalışanlarının sigara içme gibi sağlık yaşam biçimlerini örnek alırlar. Bu nedenle sigara kullanımıyla etkin bir şekilde mücadele edebilmek ve örnek davranış modeli olabilmek için hemşirelik öğrencilerinin sigara içme sıklıklarının ve bunları etkileyen faktörlerin bilinmesi önemlidir. Bu çalışma hemşirelik öğrencilerinin, sigara içme sıklığı ve etkileyen faktörlerin belirlenmesi amacıyla tanımlayıcı olarak planlanmıştır.

Y..NTEM

Araştırmanın örneklemini 2004-2005 Eğitim-Öğretim yılında Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sinop Sağlık Yüksekokulu'nda okumakta olan 128 öğrenci oluşturmuştur. Verilerin toplanmasında literatüre dayalı olarak hazırlanan anket formu kullanılmıştır. İlgili kurumdan ve araştırmaya katılan öğrencilerden bireysel sözlü izinler alındıktan sonra hazırlanan anket formu öğrencilere 2005 Mart ayı içerisinde uygulanmıştır. Araştırmada öğrencilerin tamamı çalışmaya katılmayı kabul ettiği için örneklem seçimi tekniği kullanılmamıştır. Veriler toplanırken etik ilkeler göz önünde bulundurulmuştur. Hemşirelik öğrencilerine araştırmanın amaçları açıklanmış; isimlerini belirtmeden anket formlarını doldurmaları istenmiş ve anket formlarının doldurulması sırasında katılımcıların yanlarında bulunulmuştur.

Anket formu iki bölümden oluşmakta ve toplam 28 soru bulunmaktadır. Anket formunun birinci bölümde öğrencilerin yaşını, mezun olduğu okulu, medeni durumunu, okuduğu sınıfı, yetiştiği aile tipini, ailenin yaşadığı yerleşim birimini, ailenin gelir durumunu, annenin öğrenim durumunu, babanın öğrenim durumunu belirlemeye yönelik toplam 9 soru bulunmaktadır. Anket formunun ikinci bölümünde ise öğrencilerin sigara içme durumu, sigaraya başlama dönemi, sigara içme süresi, sigara içme neden/nedenleri, sigara içmeyi ihtiyaç olarak hissetme zamanı, ailesinde sigara içme durumu ve sigara içen bireyler, sigaraya başlamada kimlerin rol aldığı, aile bireylerinin sigara içmesinin etken olup olmadığı, başkalarının sigara içmesinin onları sigara içmeye özendirip özendirmediği, sigarayı bırakmayı deneme durumu ve deneme nedenleri, önceden sigarayı bıraktıysa tekrar başlama nedenleri, sigara içmeyenlerin sigara içmeme nedenleri, sigaranın zararlarını bilme durumu, sigaranın zararları ile ilgili eğitim alma durumları ve eğitimi kimlerden aldığı, sigara içilmemesi ile ilgili öneri ve düşün-

celerini sorgulayan toplam 19 soru bulunmaktadır. Anket uygulama süresi yaklaşık 5 dakikadır. Elde edilen veriler yüzdelik ve ki-kare yöntemi kullanılarak değerlendirilmiştir.

BULGULAR

Araştırmaya katılan öğrencilerin sosyo-demografik özelliklerinin dağılımına bakıldığında %4.7'sinin (n:6) 17 yaşında, %12.5'inin (n:16) 18 yaşında, %17.2'sinin (n:22) 19 yaşında, %33.6'sının (n:43) 20 yaşında, %32'sinin (n:41) 21 yaşında olduğu; %97.7'sinin (n:125) lise, %2.3'ünün (n:3) sağlık meslek lisesi mezunu ve tümünün bekar olduğu; %32'sinin (n:41) 1. sınıfta, %26.6'sının (n:34) 2. sınıfta, %19.5'inin (n:25) 3. sınıfta, %21.9'unun da (n:28) 4. sınıfta okumakta olduğu; yetiştikleri aile tipine bakıldığında %84.4'ünün (n:108) çekirdek aile, %13.3'ünün (n:17) geniş aile, %2.3'ünün de (n:3) parçalanmış ailede yetiştiği; yaşadıkları yerleşim birimine bakıldığında %3.9'unun (n:5) mezrada, %12.5'inin (n:16) ilçede, %29.7'sinin (n:38) kasabada, %15.6'sının (n:20) köyde, %38.3'ünün de (n:49) ilde yaşadığı; öğrencilerin %3.1'inin (n:4) ailelerinin gelir düzeylerini çok iyi, %24.2'inin (n:31) iyi, %67.2'sinin (n:86) orta, %5.5'inin (n:7) kötü olarak nitelendirdiği saptandı (Tablo 1). Araştırmada hemşirelik öğrencilerinin gelir durumlarının sigara içmeleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlendi (p>0.05)

Çalışmada öğrencilerin annelerinin öğrenim düzeylerine bakıldığında ise %13.3'ünün (n:17) cahil, %11.7'sinin (n:15) okur yazar olduğu, %45.3'ünün (n:58) ilkököl, %10.9'unun (n:14) ortaokul, %10.2'sinin (n:13) lise, %8.6'sının (n:11) üniversite mezunu olduğu; babalarının öğrenim düzeylerine bakıldığında %2.3'ünün (n:3) cahil, %3.1'inin (n:4) okur-yazar, %36'sının (n:46) ilkököl, %18.8'inin (n:24) ortaokul, %25'inin (n:32) lise, %14.8'inin (n:19) üniversite mezunu olduğu belirlendi (Tablo 1). Elde edilen bulgular doğrultusunda çalışmamızda öğrencilerin anne ve babalarının büyük çoğunluğunun ilkököl mezunu olduğu, babaların eğitim düzeyinin annelerden yüksek olduğu ortaya çıkarılmıştır. Ayrıca anne ve babanın öğrenim durumu ile sigara kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, annesi ilkököl mezunu ($\chi^2:10.67$, $p<0.01$), babası ilkököl ($\chi^2: 9.17$, $p<0.01$) ve lise mezunu ($\chi^2:6.36$, $p<0.05$) olanlarda sigara kullanımının daha fazla olduğu görülmüştür.

Çalışma kapsamındaki öğrencilerin sigara içme durumlarına ilişkin özelliklerin dağılımına bakıldığında %71.9'unun (n:92) sigara içmediği, %28.1'inin (n:36) sigara içtiği; öğrencilerin ailelerinin sigara içme durumları değerlendirildiğinde %72.7'sinin (n:93) ailesinde sigara içen olduğu; %9.7'sinin (n:9) annesinin, %53.8'inin (n:50) babasının, %17.2'sinin (n:16) anne ve babasının, %44.1'inin (n:41) abla, ağabey ve kardeşlerinin sigara içtiği; %23.4'ü de (n:30) yanlarında sigara içilmesinin onları sigara içmeye özendirdiğini ifade etmişlerdir (Tablo 2). Hemşirelik öğrencilerinin sigara içmesiyle ailelerindeki bireylerin sigara içmesi arasındaki ilişki incelendiğinde bu grupta sigara kullanımının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($\chi^2:7.36$, $p<0.01$).

Öğrencilerin buldukları sınıflara göre sigara içme durumlarına bakıldığında en yüksek oranın %33.2 ile 3. sınıf öğrencilerinde olduğu, bunu 4. sınıf, 1. sınıf ve 2. sınıf öğrencilerin izlediği (sırasıyla %32.6, %19.6, %14.6) belirlenmiştir. Öğrencilerin okudukları sınıflar ile sigara içme yüzdeleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup, sigara içme oranının 3. ve 4. sınıflarda anlamlı şekilde yüksek, 2. sınıflarda ise anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür ($\chi^2:8.69$, $p<0.01$). Hemşirelik öğrencilerinin medeni durumlarının, yetiştikleri aile tipinin ve

ailenin yaşadığı yerleşim biriminin sigara içmeleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı ortaya çıkarılmıştır (p>0.05).

Sigara içmeyen grubun (n:92) sigara içmeme neden/nedenlerine bakıldığında %76.1'inin (n:70) hoşlanmadığı, %88'inin (n:81) sağlığa zararlı bulduğu, %71.7'sinin (n:66) kokusunu sevmediği, %7.6'sının (n:7) bütçesi uygun olmadığı, %13'ünün (n:12) ailesi tepki gösterdiği, %30.4'ünün (n:28) sigara içilmesini estetik bulmadığı, %65.2'sinin (n:60) ihtiyaç duymadığı, %28.3'ünün (n:26) çevresindekilere zarar vermek istemediği, %16.3'ünün (n:15) bireylere iyi örnek olmak istedikleri için sigara içmediklerini belirtmişlerdir. Tüm grubun sigaranın zararları ile ilgili görüşlerine bakıldığında ise %95.3'ünün (n:122) öksürük, %93'ünün (n:119) ağız kokusu ve hoş olmayan bir tat, %78.1'inin (n:100) balgam çıkarma, %35.2'sinin (n:45) çarpıntı, %64.1'inin (n:82) koroner arter hastalıkları, %81.3'ünün (n:104) akciğer, mesane, ağız, gırtlak kanserleri, %57'sinin (n:73) periferik arter hastalıkları, %60.9'unun (n:78) bronşit, %87.5'inin de (n:112) hamile ve yeni doğanla ilgili olumsuz etkileri olduğunu belirtmişlerdir (Tablo 2).

Çalışmamızda öğrencilerin %56.3'ünün (n:72) sigara içme yasağının caydırıcı olmadığını düşündüğü; %69.5'inin (n:89) orta öğretimde sigaranın zararları ile ilgili olarak eğitim aldığı; %76.4'ünün (n:68) ortaokul ve lise öğretmenlerinden, %55.1'inin (n:49) kitap ve dergiden, %59.6'sının (n:53) Tv ve radyo gibi kitle iletişim araçlarından, %28.1'inin de (n:25) sağlık personelinin eğitim aldığı; öğrencilerin sigara içilmemesi ile ilgili önerilerine bakıldığında %77.3'ü (n:99) toplu yerlerde sigara içilmesinin yasaklanmasını, %72.7'si (n:93) belirli yaşın altındakilere sigara satılmamasını, %54.7'si (n:70) sigara ile ilgili tanıtımlar yapılmamasını, %85.2'si (n:109) toplumsal bilincin artırılmasını, %71.1'i (n:91) sigaranın zararları ile ilgili eğitimler yapılmasını, %80.5'i de (n:103) sigarayı bırakmak isteyenlerin desteklenmesini önermişlerdir (Tablo 2).

Çalışma kapsamındaki öğrencilerin %11.1'inin (n:4) ortaokul, %63.9'unun (n:23) lise, %25'inin de (n:9) üniversitede sigara içmeye başladığı; sigara içme sürelerine bakıldığında %25'inin (n:9) 0-1 yıl, %55.5'inin (n:20) 2-4 yıl, %16.7'sinin (n:6) 5-7 yıl, %2.8'inin de (n:1) 8 yıl ve üzeri olduğu; sigara içme neden/nedenlerine bakıldığında %63.9'unun (n:23) stres, %27.8'inin (n:10) zevk alma, %19.4'ünün (n:7) alışkanlık, %11.1'inin (n:4) moralini yükseltmek, %2.8'inin (n:1) tadını merak etme, %8.3'ünün (n:3) ailesinde sigara içen birey/bireylerin olması, %8.3'ünün (n:3) yakın çevresindeki arkadaşlarına özenme, %8.3'ünün (n:3) kilo almamak ve iştahını azaltmak, %13.9'unun (n:5) kişisel ve ailevi problemler ve %5.5'inin (n:2) çevresel etkenler nedeniyle sigara içtikleri belirlendi (Tablo 3).

Araştırmada öğrencilerin sigara içmeyi ihtiyaç olarak ne zaman hissettikleri sorulduğunda ise %55.5'inin (n:20) üzüntü yaşarken, %77.8'inin (n:28) can sıkıntısında, %13.9'unun da (n:5) mutluluk yaşarken cevabını verdikleri; %61.1'i (n:22) sigaraya başlamalarında arkadaşlarının rol oynadığını; %88.9'u da (n:32) aile bireylerinin sigara içmesinin onların sigara içmelerinde etken olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 3).

Araştırmamızda öğrencilerin %47.2'sinin (n:17) sigarayı bırakmayı denediği; sigarayı bırakmayı deneme neden/nedenlerine bakıldığında %94.1'i (n:16) sağlığa zararlı olduğu, %82.3'ü (n:14) ekonomik yönden zarar verdiği, %29.4'ü (n:5) ailesi ve %23.5'ide (n:4) arkadaşları istediği için sigarayı bırakmayı denedikleri; sigara içip bırakma ve tekrar başlama nedenlerine bakıldığında %15.8'i (n:3) alışkın olduğu için, %57.9'u (n:11) stres nedeniyle, %26.3'ü (n:5) kilo almaya başladığı için tekrar sigara kullanmaya başladıklarını belirtmişlerdir (Tablo 3).

Tablo 1: Öğrencilerin Sosyo-Demografik Özelliklerinin Dağılımı (N:128)

ÖZELLİKLER		n	%
Yaş	17 yaş	6	4.7
	18 yaş	16	12.5
	19 yaş	22	17.2
	20 yaş	43	33.6
	21 yaş	41	32.0
Mezun olduğu okul	Lise	125	97.7
	Sağ. Mes. Lisesi	3	2.3
Medeni durum	Eylü Bekar	- 128	- 100.0
Sınıfı	1. sınıf	41	32.0
	2. sınıf	34	26.6
	3. sınıf	25	19.5
	4. sınıf	28	21.9
Yetiştirdiği aile tipi	Çekirdek aile	108	84.4
	Geniş aile	17	13.3
	Parçalanmış aile	3	2.3
Ailenin yaşadığı yerleşim birimi	Mezra	5	3.9
	Köy	16	12.5
	Kasaba	38	29.7
	İlçe	20	15.6
	İl	49	38.3
Ailenin gelir durumu	Çok iyi	4	3.1
	İyi	31	24.2
	Orta	86	67.2
	Kötü	7	5.5
Annenin öğrenim durumu	Cahil	17	13.3
	Okur yazar	15	11.7
	İlkokul	58	45.3
	Ortaokul	14	10.9
	Lise	13	10.2
Babanın öğrenim durumu	Cahil	3	2.3
	Okur yazar	4	3.1
	İlkokul	46	36.0
	Ortaokul	24	18.8
	Lise	32	25.0
Babanın öğrenim durumu	Üniversite	19	14.8

Tablo 2: Öğrencilerin Sigara İçme Durumu İle İlgili Düşüncelerinin Dağılımı (N:128)

ÖZELLİKLER		n	%
Sigara içme durumu	Sigara içiyor	36	28.1
	Sigara içmiyor	92	71.9
Ailede sigara içme durumu	Ailede sigara içen var	93	72.7
	Ailede sigara içen yok	35	27.3
*Ailede sigara içen birey/bireyler (n:93)	Anne	9	9.7
	Baba	50	53.8
	Anne ve Baba	16	17.2
	Abla/Ağabey/Kardeş	41	44.1
	Büyükanne/Büyükbaba	6	6.5
Amca/Dayı/Tezeye/Hala	4	4.3	
Yanınızda sigara içilmesi, sizi sigara içmeye özendiriyor mu? (n:128)	Evet	30	23.4
	Hayır	98	76.6
*Sigara içmiyorsanız sigara içmeme neden/nedenleriniz (n:92)	Hoslanmıyorum	70	76.1
	Sağlığa zararlı buluyorum	81	88.0
	Kokusunu sevmiyorum	66	71.7
	Bütçem uygun değil	7	7.6
	Ailem tepki gösteriyor	12	13.0
	Sigara içmesini estetik bulmuyorum	28	30.4
	İhtiyaç duymuyorum	60	65.2
	Çevremdekilere zarar vermek istemiyorum	26	28.3
Bireylere iyi örnek olmak istiyorum	15	16.3	
*Sizce sigaranın zararları nelerdir?	Öksürük	122	95.3
	Ağız kokusu ve hoş olmayan bir tat	119	93.0
	Balgam çıkarma	100	78.1
	Carpıntı	45	35.2
	Koroner arter hastalıkları	82	64.1
	Aktüer, mesane, ağız, gırtlak kanserleri	104	81.3
	Periferik damar hastalıkları	73	57.0
	Bronşit	78	60.9
	Hamile, yenidoğan ile ilgili olumsuz etkiler	112	87.5
	Sizce sigara içme yasaları caydırıcı olur mu?	Evet	56
Hayır		72	56.3
Sigaranın zararları ile ilgili eğitim aldınız mı?	Evet	89	69.5
	Hayır	39	30.5
*Eğitimi kim/kimlerden aldınız? (n:89)	Ortaokul ve lise öğretmenlerimizden	68	76.4
	Kitap ve dergiden	49	55.1
	TV ve radyo gibi kitle iletişim araçlarından	53	59.6
	Sağlık personelinin	25	28.1
*Sigara içmemesi ile ilgili öneri/önerileriniz nelerdir?	Toplu yerlerde sigara içilmesi yasaklanmalı	99	77.3
	Belirli yaşın altındakiler sigara satılmamalı	93	72.7
	Sigara ile ilgili tanıtımlar yapılmamalı	70	54.7
	Toplumsal bilinç artırılmalı	109	85.2
	Zararları ile ilgili eğitimler yapılmalı	91	71.1
	Sigarayı bırakmak isteyenler desteklenmeli	103	80.5

*Birden fazla cevap verilmiştir.

Tablo 3: Sigara İçen Öğrencilerin Sigara İçme Durumlarına İlişkin Özelliklerin Dağılımı (N:36)

ÖZELLİKLER		n	%
Sigaraya başlama dönemi (n:36)	İlkokul	-	-
	Ortaokul	4	11.1
	Lise	23	63.9
	Üniversite	9	25.0
Sigara içme süresi(sigara içme süresi/yıl) (n:36)	0-1 yıl	9	25.0
	2-4 yıl	20	55.5
	5-7 yıl	6	16.7
	8 yıl ve üstü	1	2.8
	*Sigara içme neden/nedenleri (n:36)	Stres	23
Zevk alma		10	27.8
Alışkanlık		7	19.4
Moralini yükseltme		4	11.1
Tadını merak etme		1	2.8
Ailesinde sigara içen birey/bireylerin olması		3	8.3
Yakın çevresindeki arkadaşlarına özenme		3	8.3
Kilo almamak ve iştahını azaltmak için		3	8.3
Kişisel ve ailevi problemler		5	13.9
Çevresel etkenler		2	5.5
*Sigara içmeyi ihtiyaç olarak ne zaman hissettiği (n:36)	Üzüntü yaşarken	20	55.5
	Can sıkıntısında	28	77.8
	Mutluluk yaşarken	5	13.9
Sigaraya başlamanızda kim/kimler rol oynadı? (n:36)	Kendi kendime alıştım	10	27.8
	Arkadaşlarım	22	61.1
	Aile üyelerim	4	11.1
Aile bireylerinin sigara içmesi sigara içmenizden etken oldu mu?	Evet Hayır	4 32	11.1 88.9
Sigarayı bırakmayı denediniz mi? (n:36)	Evet Hayır	17 19	47.2 52.8
*Sigarayı bırakmayı deneme neden/nedenleriniz (n:17)	Sağlığa zararlı olduğu için	16	94.1
	Ekonomik yönden zarar verdiği için	14	82.3
	Ailem istediği için	5	29.4
	Arkadaşlarım istediği için	4	23.5
Önceden sigara içip bıraktıysanız tekrar başlama neden/nedenleriniz (n:19)	Alışkın olduğum için	3	15.8
	Stres nedeniyle	11	57.9
	Kilo almaya başladığım için	5	26.3

*Birden fazla cevap verilmiştir.

TARTIŞMA

Araştırmaya katılan öğrencilerin tümü bekar olup, %84.4'ü (n:108) çekirdek aileye sahip ve %29.7'si (n:38) kasabada, %38.3'ü ise (n:49) ilde yetişmiştir (Tablo 1). Hemşirelik öğrencilerinin medeni durumlarının, yetiştikleri aile tipinin ve ailenin yaşadığı yerleşim biriminin sigara içmeleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı ortaya çıkarılmıştır ($p>0.05$).

Çalışmada öğrencilerin %28.1'inin sigara içtiği belirlenmiştir (Tablo 2). Üniversite öğrencilerinde sigara içme oranını Pınar (1992) %41.8 ve Karaçam ve arkadaşları (2002) %29 olarak bulmuşlardır (16, 19). Araştırma bulguları Pınar, Karaçam ve arkadaşlarının yaptığı araştırma bulgularıyla karşılaştırıldığında, bu çalışmada sigara içme oranının düşük bulunması çalışmanın yalnızca kız öğrenciler üzerinde gerçekleştirilmesine ve literatürde de belirtildiği gibi (1, 14) sigara içme oranının erkeklerle karşılaştırıldığında kadınlarda daha az görülmesine bağlanabilir.

Öğrencilerin buldukları sınıflara göre sigara içme durumlarına bakıldığında en yüksek oranın %33.2 ile 3. sınıf öğrencilerinde olduğu, bunu 4. sınıf, 1. sınıf ve 2. sınıf öğrencilerin izlediği (sırasıyla %32.6, %19.6, %14.6) belirlenmiştir. Öğrencilerin okudukları sınıflar ile sigara içme yüzdeleri arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş olup, sigara içme oranının 3. ve 4. sınıflarda anlamlı şekilde yüksek, 2. sınıflarda ise anlamlı derecede düşük olduğu görülmüştür ($\chi^2:8.69$, $p<0.01$). Elde edilen bu bulgu literatür bilgisiyle de paralellik göstermektedir (10).

Çalışmamızda öğrencilerin %24.2'sinin (n:31) ailelerinin gelir düzeylerini iyi, %67.2'sinin (n:86) orta olarak tanımladığı ortaya çıkarıldı (Tablo 1). Yapmış olduğumuz çalışma sonrasında ailelerinin gelir düzeylerini çok iyi olarak tanımlayan öğrenci sayısının az olduğu belirlenmiş olup, hemşirelik öğrencilerinin gelir ve sigara içme durumu arasındaki ilişki incelendiğinde hemşirelik öğrencilerinin gelir durumlarının sigara içmeleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı belirlenmiştir ($p>0.05$). Literatürde sosyo-ekonomik düzeyi yüksek olan ailelerin çocuklarında sigara içme alışkanlığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (20). Ancak bu düşünce günümüzde geçerliliğini yitirmiştir. Çünkü gelişmekte olan ülkelerde ve gelir düzeyi düşük toplumsal kesimlerde gelir artışı olmamakta, buna karşın sigara ile ilgili sektörler gençleri hedef aldığı için onların sigara içme alışkanlığını geliştirmelerine yardımcı olmaktadır.

Araştırmada annelerin (%45.3) ve babaların (%36) büyük çoğunluğunun ilkökul mezunu olduğu belirlenmiştir (Tablo 1). Yapılan bazı çalışmalarda da anne ve babanın öğrenim durumunun, sigarayı denemeyi artıran önemli bir faktör olduğu, ortaokul ve altı öğrenimi olanlarda lise ve üzeri öğrenimi olanlara göre riskin 2 kat arttığı bildirilmiştir (7, 21). Bu doğrultuda anne ve babanın öğrenim durumu ile sigara kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı fark bulunmuş, annesi ilkökul mezunu ($\chi^2:10.67$, $p<0.01$), babası ilkökul ($\chi^2: 9.17$, $p<0.01$) ve lise mezunu ($\chi^2:6.36$, $p<0.05$) olanlarda sigara kullanımının daha fazla olduğu belirlenmiştir.

Çalışmamızda öğrencilerin büyük çoğunluğunun lise (%63.9) ve üniversite döneminde (%25) sigaraya içmeye başladığı (Tablo 3), sigaraya başlama yaşınının 17.9 ± 3.1

olduğu belirlenmiştir. Bu yaş ortalaması gençlerin liseyi bitirerek üniversiteye başladıkları dönem olup, bu dönem kişiliğin gelişmeye ve bağımsızlığın ispat edilmeye çalışıldığı bir dönemdir (2, 20). Bu dönemde çocuklar ve gençler sigarayı büyüme, kendini kanıtlama, sosyal kabul görme ve çekicilik kazanma gibi değer ve özellikler nedeniyle içmektedirler (2, 22). Literatürde sigara içme alışkanlığının %48 oranı ile ortaöğretimde başladığı, öğrencilik döneminde ve eğitim düzeyi yükseldikçe üniversite dönemlerinde sigara içme oranının arttığı ve yükseköğretimde öğrencilerin yaklaşık olarak %30'unun sigara içtiği bildirilmektedir (23). Yapılan bazı çalışmalarda kadınlarda eğitim düzeyi ve ekonomik düzey arttıkça, düzenli bir şekilde sigara içme oranının arttığı (8, 24), orta öğretim düzeyindeki hemşire öğrencilerin %25'inin, yüksek öğrenim gören hemşire öğrencilerin ise %35'inin devamlı sigara içtiği bildirilmiştir (20). Bulgularımızı destekler yönde yapılan bazı araştırmalar sonrasında da öğrencilerin lisede ve üniversitede sigara içmeye başladığı ortaya çıkarılmıştır (16, 19).

Çalışmamızda öğrencilerin %88.9'u (n:32) aile bireylerinin sigara içmesinin onların sigara içmelerinde etkisi olmadığını belirtmişlerdir (Tablo 3). Araştırma bulgularımızı destekler yönde yapılan bazı çalışmalar, ailede sigara içilmesinin gençlerin sigara içme durumunu etkilediğini (7, 25), diğer bir grup çalışma ise anne, baba ve büyük kardeşlerin sigara kullanımının adolesanların sigara içmesini etkilemediğini ortaya çıkarmıştır (22, 23, 24).

İnsan öğrenmesinin sosyal bir ortamda olduğu ve çocukların en önemli öğrenme davranışlarının anne, babalarını ve başkalarını gözleyerek olduğu savunulur. Sigara içen çocukların anne-babalarının sigara içmesi beklenen bir durumdur (26). Ailede sigara içenlerin olması durumunda sigarayı bırakmak daha zor olmaktadır. Kişilik yapısı ve aile ilişkilerinin yanı sıra ailede sigara bağımlısı bulunması, baba, anne, kardeşlerin sigara içmesi, ailedeki diğer bireylerin onlara özentili duymasına neden olmaktadır (24). Bu doğrultuda hemşirelik öğrencilerinin sigara içmesiyle ailelerindeki bireylerin sigara içmesi arasındaki ilişki incelendiğinde; tablo 2'de de belirtildiği üzere öğrencilerin büyük çoğunluğu (%76.6) yanlarında sigara içilmesinin onları sigara içmeye özendirmediğini belirtmiş olmalarına karşın sigara içen grup içinde sigara kullanımının anlamlı derecede yüksek olduğu belirlenmiştir ($\chi^2:7.36$, $p<0.01$). Bu sonuçlar sigarayla mücadelenin sadece gençleri kapsamayıp, aile ve toplumun da bu konuda bilinçlendirilerek sigarayla mücadele uygulamaları içinde yer alması gerektiğini göstermektedir.

Çalışmamızda öğrencilerin %88'i sağlıklarına zararlı olduğunu düşündükleri için sigara içmediklerini belirtmişlerdir (Tablo 2). Bu bulgu sigaranın sağlığa zararlarının anlatılması ve kişilerin sigaranın zararları konusunda bilinçlenmesi halinde sigaraya başlanmayacağı veya başlamış olanların sigarayı bırakabileceğini düşündürmesi açısından önemlidir. Ayrıca çalışmamız yalnızca kız öğrencilerle sınırlı olmakla birlikte öğrencilerin yaklaşık olarak dörtte üçünün (%71.9) sigara içiyor olmaması (Tablo 2) hemşirelik öğrencilerinin sigara kullanımını konusunda bilinçli olduklarını, sigara kullanmayan hemşirelik öğrencilerinin sağlıklarını önemstediklerini ve çevreye örnek olmaya çalıştıklarını düşündürmektedir.

Araştırmamızda öğrencilerin büyük çoğunluğunun kanser, periferik damar hastalıkları, bronşit gibi sigaranın sağlığa zararları ile ilgili pek çok yan etkisini bildikleri belirlenmiştir (Tablo 2). Bir çok çalışmada sigaranın sağlığı olumsuz yönde etkilediği, bir çok hastalığın oluşmasına, ilerlemesine neden olduğu ve bu hastalıkların bir kısmının da ölümlerle sonuçlandığı gösterilmiştir (8). Sigara içmenin akciğer kanseri başta olmak üzere, çeşitli organ kanserleri, kalp hastalıkları, kronik obstrüktif akciğer hastalıkları ve peptik ülser gibi ölümcül hastalıkların oluşumuna katkıda bulunduğu saptanmıştır (12, 16, 27, 28). Sigaraya başlayan genç bir kişi, kanser ya da kalp hastalığı gibi sigaraya bağlı hastalıklar yönünden büyük risk altındadır. Kısa süreli sigara içimi bile gençlerin akciğer fonksiyonlarını ve fiziksel yeterliliklerini azaltmaktadır (29). Araştırma sonucunda öğrencilerin sigaranın sağlığa zararları konusunda bilgi sahibi oldukları ancak alışkanlık ve stres nedeniyle sigara kullanımına devam ettikleri belirlendi.

Çalışmamızda sigara kullanan grup içinde, öğrencilerin %63.9'unun stres nedeniyle, can sıkıntısı (%77.8) ve üzüntü durumunda (%55.5) sigara içtiği belirlenmiştir (Tablo 3). Yapılan bazı çalışmalarda da (2, 16, 19, 22, 25, 30), araştırma bulgularımızı destekler yönde sigara içenlerin stres, zevk alma ve alışkanlık gibi nedenlerle sigara içmeye başladıkları en çok can sıkıntısı ve üzüntü durumunda sigara içmeyi ihtiyaç olarak hissettikleri ortaya çıkarılmıştır. Literatürde sigara kullanımının stres ve üzüntüyle başa çıkmada bir araç olarak kullanıldığı, bazı durumlarda sigaranın stresi azaltmadığı aksine artırdığı belirtilmiştir (15, 30). Araştırmamızdan ve yapılan benzer çalışmalardan da (2, 16, 19, 22, 25, 30) anlaşıldığı üzere gençlerin sigaraya başlama nedenleri arasında da günlük yaşamda strese bağlı olarak ortaya çıkan zorlanma ve kaygıdan kurtulma isteği, akran etkisi, ebeveynin yada model alınan kişinin sigara içmesi, üniversite öğrencilerinin aile kontrolünden uzak olmaları ve sigara kullanımının kendilerini yetişkin gibi hissettirerek özgürleştirdiğini düşünmelerinin etkisi olduğu bildirilmektedir.

Üniversitede okuyan öğrenciler, stres verici yaşam olaylarıyla tek başlarına başa çıkmaya çalışmaktadırlar. Ayrıca eğitim-öğretimden kaynaklanan sorunlarda önemli olmakla birlikte öğrencilerin stresle başa çıkma sürecinde sigaraya yönelmelerine neden olmaktadır. Bu doğrultuda bireylerin sigara içme yoluyla daha çok rahatladıkları, düşüncelerini düzenledikleri, sorunlarını çözdükleri ve daha rahat sosyal ilişkiler kurabildikleri yargısına ulaşılmaktadır. Ayrıca çalışmada elde ettiğimiz bulgu gençlerin stres ile etkin baş edemediklerini ve baş etmede sigara içmeyi bir çözüm olarak gördüklerini düşündürmektedir. Araştırma kapsamında bulunan öğrencilere stresle baş etme yolları öğretilerek, sigarayı bırakma konusunda başarı sağlanabileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda sigara içen öğrencilerin %61.1'inin sigaraya başlamasında arkadaşlarının rol oynadığı ortaya çıkarılmış (Tablo 3) ve tüm öğrencilerin %23.4'ü de (n:30) yanlarında sigara içilmesinin onları sigara içmeye özendirildiğini belirtmiştir (Tablo 2). Gençlerin sigara gibi maddeleri kullanmaya başlama nedenleri arkadaş etkisi, merak, taklit, teşvik, özdeşleşme ve özerklik olarak sıralanmaktadır (26). Araştırma bulgularımıza paralel olarak yapılan bazı araştırmalarda gençlerin sigara içme durumu üzerinde arkadaş çevresiyle etkileşimin ve stresin etkili olduğunu ortaya çıkarmıştır (2, 19, 21, 22, 26, 31).

Bireyler, sigara içen arkadaşlarından etkilendikleri gibi, akran grubunda bulunanları etkileyerek, onlarında

sigaraya başlamalarına neden olabilmektedirler. Yapılan bazı çalışmalar sonrasında da sigaraya başlama sürecinde arkadaş ve sosyal çevre etkisinin önemli olduğu, öğrencilerin derslerde ve boş zamanlarında sigara içen ve içmeyen olarak gruplandığı (15, 23, 32, 33), sigaradan uzak durmayı etkileyen en önemli iki unsurun da arkadaş ve anne olduğu bildirilmiştir (26). Araştırmaya katılan bireylerin sigara içme durumları ile ilgili bulgular dikkate alındığında göze çarpan en önemli faktörlerden biri sigara içmeye başlamada arkadaş çevresinin etkisidir. Elde edilen bu bulgu gençlerin arkadaş seçiminde dikkatli davranmaları gerektiğini düşündürmektedir. Bu nedenle gençlere kişisel ve sosyal gelişimini güçlendirecek karar verme, hayır diyebilme davranışlarının da kazandırılabilmesi önemlidir.

Araştırmada öğrencilerin %69.5'inin sigaranın zararları ile ilgili eğitim aldığı belirlenmiş, öğrencilerin sigara kullanma durumları ile eğitim alma durumları arasındaki ilişki incelendiğinde, eğitimin bireylerin sigara içmeleri üzerinde anlamlı bir etkisinin olmadığı ortaya çıkarılmıştır (p>0.05). Eğitim programı gençlere sigaranın zararlarını öğretse de sosyal öğrenme ve gençlik dönemi özellikleri nedeniyle gençler sigara içme davranışını sürdürme eğilimindedir. Bu bulgu öğrencilerin sigaranın toplum tarafından bilinen ve araştırmalarla ortaya çıkarılmış sağlığa zararlı etkileri olmasına karşın kendilerini sigara kullanıcısı olmaktan alıkoyamadıklarını ortaya çıkarmaktadır. Öğrencilerin ancak %71.1'inin sigaranın sağlığa zararları ile ilgili eğitim yapılmasını istediği belirlenmiştir (Tablo 2). Dünya Sağlık Örgütü Avrupa Bölge Komitesi, sağlık hedefleri içerisinde sigarayla mücadeleye de yer vermiştir. Ayrıca sigaranın zararları ile ilgili eğitim uygulamalarını ele alan çalışma sonuçları, gençlerin büyük çoğunluğunun eğitimleri yararlı bulduğunu, sigara içmemeleri gerektiğine inandıklarını fakat sigarayı bırakma davranışını gerektiremediklerini ortaya çıkarmıştır (26). Elde edilen bulgular doğrultusunda sigaranın sağlığa zararları ile ilgili eğitim yapılmasını isteyen öğrenci sayısının, sigara içmeyen öğrenci grubuna yakın olduğu belirlenmiş olup, bu bulgu sigara kullanan grubun bu düşünceyi paylaşmadığını ve sigarayı bırakmada eğitimin etkili olmadığını düşüncesine sahip olduklarını düşündürmektedir.

Çalışmada öğrencilerin %47.2'sinin sigarayı bırakmayı denediği, sağlığa zararlı olduğunu düşündükleri için (%94.1) sigarayı bırakmak istedikleri ancak %57.9'unun stres nedeniyle tekrar başladıkları belirlendi (Tablo 3). Yapılan bazı çalışmalarda araştırma bulgularımızı destekler yönde öğrencilerin sigaranın sağlığa zararlı olduğunu ve ekonomik yönden zarar verdiğini düşündükleri için sigarayı bırakmayı istedikleri ancak bir çoğunun da alışkın olduğu, kilo almaya başladığı için ve stres nedeniyle tekrar başladıkları (1, 2, 25), sigara içen kişilerin sigarayı bir süre kesmeleri halinde rahatsızlık verici yoksunluk belirtilerinin ortaya çıktığı bildirilmektedir (8). Çalışmamızda öğrencilerin büyük çoğunluğu sigarayı bırakma konusunda isteklidirler. Fakat araştırmaya katılan öğrencilerin kilo vermek amacıyla ve alışkanlık nedeniyle sigaraya tekrar başlamaları ilginç bir sonuç olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu nedenle sigarayı bırakma konusunda daha önceki girişimleri başarısız olan öğrencilerin sigarayı bırakma birimlerine, ilgili uzmanlara yönlendirilmeleri ve stresle baş etme yöntemlerinin öğretilmesi önemlidir.

Araştırma sonucunda hemşirelik öğrencilerinden her dört kişiden birinin sigara içtiği ortaya çıkarılmış olup, sigara içme durumları üzerinde ailenin eğitim durumu ve arkadaş çevresinin önemli etkisinin olduğu belirlenmiştir.

Sigara içen öğrenciler sigarayı bırakma konusunda motive edilmeli ve cesaretlendirilmelidir. Tüm topluma yönelik eğitim programları ile sigara kullanımının sakıncaları, kullanımı önleme yolları, kullananlara sunulan hizmetler ve bu konuda toplumda var olan kaynaklar öğretilmelidir. Sonuç olarak hemşirelik öğrencilerinin sigara kontrolünü ele alması ve sağlıklı yaşam bilincini geliştirmesi, özellikle sigara hiç içmemiş olan öğrencilerin sigaraya başlamalarının önlenmesi, sigara içenlerinde bırakma yönünde desteklenmesi gerektiği görüşüne varılmıştır.

KAYNAKLAR

- 1- Altıntaş H, Boztaş G, Polat C, ve ark. Bir kamu kuruluşu bilgi işlem merkezi çalışanlarının sigara içme ile ilgili tutum ve davranışları. *Bağımlılık Dergisi* 2006;7:3-10.
- 2- İlhan F, Aksakal N, İlhan M, Aygün R. Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrencilerinin sigara içme durumu. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2005; 4:188-198.
- 3- Güler N, Demirel Y, Güler G, Kocataş S. Sivas'ın Çay Boyu Mahallesi'nde 10 yaş ve üzerindeki bireylerin sigara içme durumu. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 26:66-70.
- 4- Aşut Ö, Kalaça S. Türk Tabipleri Birliği yöneticilerinde sigara içme alışkanlığı. *Sted* 2005;14:38-39.
- 5- Altın R, Kart L, Ünalacak M. ve ark. Tıp Fakültesi Hastanesinde çalışanlarda sigara içme prevalansı ve sigaraya karşı tutumlarının değerlendirilmesi. *Kocatepe Tıp Dergisi* 2004;5:63-64.
- 6- Talay F, Altın S, Çetinkaya E. İstanbul'un Gaziosmanpaşa ve Eyüp ilçelerindeki sağlık çalışanlarının sigara içme alışkanlıkları ve sigara içmeye yaklaşımları. *Tüberküloz ve Toraks Dergisi* 2007;55:43-50.
- 7- Bostancı M, Bozkurt Aİ, Gökçe B, Ertan D. Ortaokul öğrencilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve etkileyen faktörler. *Sağlık ve Toplum* 2006;16:89-99.
- 8- Kızılkaya N, Sabuncu H, Küçük B. Kırsal kesimde sigara içme alışkanlıkları. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* Mayıs-Ağustos 1994; 10:93-100.
- 9- Marakoğlu K, Sezer E. Sivas'ta gebelikte sigara kullanımı. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2003;25:157-164.
- 10- Bahar Z. Sigaraya karşı sağlık personeli. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* Mayıs-Ağustos 1993; 9:87-114.
- 11- Bayık A. Sigara içen hastaların, sigarayı bırakmaya yönelik motivasyon geliştirmeleri için hemşirelik danışmanlığı üzerine bir çalışma. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* Mayıs-Ağustos 1993; 9:129-141.
- 12- Bilir N, Aslan D. Dünyada ve Türkiye'de ve Hacettepe'de tütün kontrolü çalışmaları. *Hacettepe Tıp Dergisi* 2005;36:75-79.
- 13- Bakır B, Güleç M, Tümerdem N. ve ark. İstanbul ve Ankara'daki bir grup asker arasında sigara içme sıklığı ve bunu etkileyen faktörler. *Gülhane Tıp Dergisi* 2003;45:53-57.
- 14- Yurdakul M, Işık T, Eker A. Mersin İli Mezitli beldesinde yaşayan gebelerde sigara içme durumunun değerlendirilmesi. *Hemşirelik Forumu Eylül-Aralık* 2005:12-16.
- 15- Yazıcı H, Şahin M. Üniversite Öğrencilerinin sigara içme tutumları ile sigara içme statüleri arasındaki ilişki. *Kastamonu Eğitim Dergisi* 2005;13:455-466.
- 16- Karaçam Z, Kitiş Y, Çetin H. Hacettepe Üniversitesi Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksekokulları öğrencilerinin sigara içme durumu ve sigara içmeye ilişkin davranışları. *Hemşirelik Forumu* 2002; 5: 47-52.
- 17- Çalışkan D, Çulha G, Sarışen Ö, ve ark. Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi öğrenci ve çalışanlarının sigara içme durumu ve etkili faktörler. *Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Mecmuası* 2005;58:124-131.
- 18- Dilbaz N, Apaydın L. Bir Eğitim ve Araştırma Hastanesinde çalışan hemşireler arasındaki sigara içme, bırakılma sıklığı ve sigara içme davranışının özellikleri. (<http://www.bagimlilik.net/pubfiles/> erişim tarihi: 09.07.2007).
- 19- Pınar R. Üniversite öğrencilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve bunu etkileyen faktörler. *Hemşirelik Bülteni* 1992; 6:93-100.
- 20- Bahar Z. Kadınların sigaraya ilişkin bilgi ve tutumları, sigarayı bırakmada verilen eğitimin değerlendirilmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* Eylül-Aralık 1993; 9:105-119.
- 21- Türe M, Kurt İ, Aktürk Z. Tıp öğrencilerinin sigara ve alkol kullanımının frontal lob kişi ilişkisi. *Trakya Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2006; 23:19-27 (<http://medline.pleksus.com.tr/arama-sonuclari>, erişim tarihi: 09.07.2007, Abstract).
- 22- Eroğlu K, Koçak F. 12-18 yaş çalışan ve okuyan gençlerde sigara içmeye yönelik bilgi ve davranışların incelenmesi. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* Mayıs-Ağustos 1994; 10:109-124.
- 23- Fadiloğlu Ç. Sigara ve eğitim. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* Mayıs-Ağustos 1993; 9:115-127.
- 24- Akkaş AÖ, Olgun N. Hemşirelerde sigara içmeyi etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu* 2003; 6:17-23.
- 25- Özcan A, Yazıcı S, Beşer A, Akkaş A. KTÜ Tıp Fakültesi Öğrencilerini sigara içmeye yönelen faktörler ve mücadelede öncelikli durumların saptanması. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* Mayıs-Ağustos 1993; 9 :155-161.
- 26- Sarı HY, Öztürk C. İlkokul öğrencilerine sigaranın zararları konusunda verilen eğitimin sigarayla ilgili görüşlerine etkisi. *Hemşirelik Forumu Eylül-Aralık* 2005:74-78.
- 27- Eşer İ. Sigaranın neden olduğu ekonomik kayıplar. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* Eylül-Aralık 1993; 9:99-104.
- 28- Ergüney S, Yalın SÖ. Hemşire ve hekimlerin sigarayı bırakma konusundaki düşünceleri. *Ege Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi* Eylül-Aralık 1993; 9:157-165.
- 29- Özkan S. Tütün kullanımını kontrolünde hemşirenin rolü. *Hemşirelik Forumu Ocak Şubat Mart Nisan* 2007:32-34.
- 30- Karahan T, Koç HE. Üniversite öğrencilerinin alkol ve sigara kullanım sıklığına göre stresle başa çıkma tarzlarının incelenmesi. *Ege Eğitim Dergisi* 2005;2:111-130.
- 31- Yaşar S, Dereli E, Alparslan N, ve ark. Trakya Üniversitesi Kırklareli Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sigara kullanma alışkanlıkları ve bunu etkileyen faktörlerin incelenmesi. *Hemşirelik Forumu Eylül-Aralık* 2005:79-82.
- 32- Açıklık C, Kılıç S, Uçar M, ve ark. Sağlık Astsubay Meslek Yüksekokulu öğrencilerinde sigara içme durumu ve etki eden faktörler. *Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni* 2004; 3(8):178-185. (<http://medline.pleksus.com.tr/arama-sonuclari>, erişim tarihi: 09.07.2007, Abstract).
- 33- Akın M. Lise öğrencilerinin madde kullanım zararlarına ilişkin sağlık eğitim gereksinimleri. *Uluslararası Katılımlı IV. Ulusal Hemşirelik Eğitimi Sempozyum Kitabı*, 1999: 117-121.

ZABITA MEMURLARINDA SİGARA İÇME VE DEPRESYON SIKLIĞI İLE BUNLARI ETKİLEYEN FAKTÖRLER

The Frequency of Smoking and Depression and the Contributing Factors Among Municipal Police Officers

Ruhuşen Kutlu¹, Selma Çivi², Onur Karaoğlu³

ÖZET

Amaç: Bu çalışmada zabita memurlarında sigara içme ve depresyon sendromunun düzeyi ile bunları etkileyen faktörlerin incelenmesi amaçlanmıştır.

Yöntem: Tanımlayıcı ve kesitsel tipteki bu araştırma Konya Büyükşehir Belediyesinde görev yapan 157 zabita memurunda yapıldı. Sosyodemografik özellikleri ve sigara içme durumlarını belirlemek için bir anket uygulandı. Depresyon durumu ile ilgili veriler Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) ile elde edildi.

Bulgular: Çalışma grubunun %99.4'ü erkek (n=156), %79,6'sı (n=125) ortaokul ve lise eğitimi, %96,8'i (n=152) evli ve yaş ortalaması 39,33±7,29 (min=22, max=57), 115'i (%73,2) bu mesleği isteyerek seçmişlerdi, 98'i (%62,4) görevleri sırasında en az bir kere mahkemelik olmuşlardı, 117'si (%74,5) borçlu idi. Halen sigara içme sıklığı %49.1 (n=77), bırakma sıklığı %26.7% (n=42), hiç içmeme sıklığı %24.2 (n=38) idi. Sigaraya başlamada en küçük yaş 5, en büyük yaş 40, ortanca değer 18 yaş idi. Sosyal faktörler sigaraya başlamada en önemli etkendi (%49.4). Beck Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre, %52,2'si(n=82) normaldi, %23,6'si(n=37) hafif depresyonda, %21,7'si (n=34) orta derecede, %2.5 (n=4) ağır depresyonda idi.

Sonuç: Bu çalışmada zabitaların yaklaşık yarısı sigara içmekte ve depresyonda idi. Zabitalarda ileride ortaya çıkabilecek olan depresyonun olumsuz etkilerini önlemek için; halen yaygın olan stres faktörlerinin orijinini anlamak önemlidir. Ayrıca, polisler için sigara bırakma kampanyalarına ivedilikle ihtiyaç vardır.

Anahtar kelimeler: Depresyon, sigara içme, Beck Depresyon Ölçeği, zabita memuru.

ABSTRACT

Objective: We aimed to determine the smoking status and the level of depression syndrome and the contributing factors among the municipal polices in this study.

Method: This descriptive and cross-sectional study was carried out among 157 municipal police officers working at the Municipal Department of Konya. To determine the socio-demographic characteristics and smoking status, a questionnaire was applied. The depression level was evaluated by the Beck Depression Inventory (BDI).

Results: Among the study group, 156 (99.4%) were men, 125 (79.6%) had education at secondary or high school level, 152 (96.8%) were married and mean age 39,33±7,29 (min=22, max=57), 115 (73.2%) participants had selected this occupation willfully, 98 (62.4%) had been to court once during their job, 117 (74.5%) were indebted. In addition, 49.1% (n=77) were current smokers, 24.2% (n=38) were ex-smokers and 26.7% (n=42) never smokers. The lowest age at starting smoking was 5, the highest age was 40 and the median value was 18. Social factors (49.4%) were the most important reasons to start smoking. According to the results of the Beck Depression Inventory (BDI); 52.2% (n=82), 23.6 % (n=37), 21.7% (n=34), 2.5% (n=4) were normal, mild, moderate, severe depression respectively.

Conclusion: In this study, approximately half of the municipal police officers had depressive symptoms and they were smokers. To prevent the negative manifestation of depression that might occur in the future, it is important to understand the origins of the stressors that are currently prevalent among the municipal police. An effective and comprehensive tobacco control program is urgently required for them.

Key words: Depression, smoking, Beck Depression Inventory, municipal police officers.

¹ Yrd. Doç. Dr. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D.

² Prof. Dr. Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.D.

³ Araş. Gör. Selçuk Üniversitesi, Uygulamalı Matematik Araştırma Merkezi

GİRİŞ

Belediye zabıtası, belediye sınırları içinde beldenin düzenini ve belde halkının sağlık ve huzurunu ve yetkili organların bu amaçla alacakları kararların yürütülmesini sağlamak ve korumakla; belediye suçlarının işlenmesini önleyici tedbirleri almakla ve işlenen belediye suçlarını takiple sorumlu bir özel zabıta kuvvetidir. Bu personel üniformalı olup kıyafet ve teçizatı özel yönetmelik ile belirlenmiştir. Belediye mevzuat, karar, emir veya yasaklarına aykırı davranışları tespit eden belediye zabıta memurları men edilen veya yapılması suç teşkil eden olaylara bizzat el koymakla yükümlü olup yangın, deprem, su baskını, olağanüstü durum gibi zorunlu hallerde, düzenlenen çalışma saatleri dışında da çalışmaya mecburdurlar. Şiddetle bizzat karşı karşıya kalma riskinden dolayı zabıta memurluğu mesleği niteliği gereği stresli olma eğilimindedir. Sonuçta; bu kişilerde yüksek seviyede depresyon ile ilgili semptomlar beklenir (1).

Birçok ölümcül hastalığa neden olan sigara, çok uzun yıllardan beri bağımlılık yapan bir madde olarak toplumda yaygın olarak kullanılmaktadır. Sigara bağımlılığı, en önemli önlenebilir mortalite ve morbidite sebeplerinden birisi olup, dünyadaki pek çok gelişmiş ve gelişmekte olan ülkenin olduğu gibi ülkemizin de önemli bir sağlık sorunudur(2,3). Sigara içme alışkanlığı kısa sürede artan dozlarda içilen, kullanan kişilere ekonomik yük getiren, içerdiği zararlı maddelerle organizmayı olumsuz yönde etkileyen ve sağlığa zarar veren bir madde bağımlılığıdır (4). Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) 2003 yılındaki verilerine göre dünyada 1,3 milyar kişi sigara içmektedir. Yılda 4,9 milyon kişi ve her 8 saniyede bir kişi sigaradan kaynaklanan bir hastalıktan hayatını kaybetmektedir. Gerekli önlemler alınmaz ise 2020 yılında 10 milyon kişinin sigaradan kaynaklanan bir hastalıktan hayatını kaybedeceği ve bununda 7 milyonunun gelişmekte olan ülkelerde olacağı tahmin edilmektedir (2,4-7). Bu nedenle DSÖ dünyada en büyük sağlık sorununun sigara olduğunu ilan etmiştir (7,8).

Türk Kardiyoloji Derneği tarafından 1990 yılından beri yürütülen Türk Erişkinlerinde Kalp Hastalığı ve Risk Faktörleri Sıklığı Taramasına (TEKHARF) göre erişkin erkeklerin %59.4'ü, kadınların %18.9'u sigara içmektedir. 2000 yılındaki taramalarda erkeklerde sigara içme prevalansı %11 azalmış iken, kadınlarda artış olduğu bildirilmektedir (9,10).

1988 yılında tüm Türkiye'yi temsil edecek nitelikteki bir örneklem grubu üzerinde yapılan PİAR araştırmasında sigara içme sıklığı erkeklerde %62.8, kadınlarda % 24.3, 35 yaş üzeri nüfusta % 43.6 olarak tespit edilmiştir (11). Sigara başta akciğer kanseri olmak üzere dudak, dil, gırtlak, yemek borusu, mide, böbrek, mesane, lösemi gibi pek çok kansere, kalp-damar hastalıklarına, erken yaşlanmaya ve erken ölüme yol açmaktadır (2-5).

Depresyon yaygınlık, kronikleşme ve tekrarlama oranının yüksek olması, iş gücü kaybını ve ayrıca intihar riskini artırması nedeniyle önemli bireysel ve toplumsal sağlık sorunu konumundadır(12). Depresyon; bilişsel, duygusal ve güdüsel alanlarla ilgili pek çok belirtiyi kapsamaktadır. Depresyonun tanımlanması, önlenmesi,

tedavisi, tekrarlamadaki risk etkenlerinin belirlenmesi hastanın takibinde son derece önemlidir (12,13)).

Ülkemizde sigara içmek yaygın bir alışkanlık ve önemli bir halk sağlığı sorunudur (2,9,10). Yöre halkı ile iç içe görev yapan belediye zabıta memurları; topluma örnek olma işlevi de göz önüne alındığında, hem sigara içme alışkanlığı, hem de ruh sağlığı ve duygu durum yönünden önem taşıyan bir meslek grubudur. Bu meslek grubunda da sigara içme alışkanlığı yaygın olup, topluma olumsuz model oluşturmaktadırlar.

Bu çalışmada mesleki açıdan yoğun stres yaşayan belediye zabıta memurlarında sigara içme ve depresyon sıklığı ile bunu etkileyen faktörleri belirlemek, ayrıca sigara ile depresyon yaygınlığı arasındaki ilişkinin araştırılması amaçlanmıştır.

Y...NTEM

Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu çalışma 25 Ocak 2006 ve 15 Şubat 2006 tarihleri arasında yapıldı. Çalışmanın evrenini belirtilen tarihlerde Konya Büyükşehir Belediyesinde görev yapan 190 zabıta memuru oluşturdu. Çalışmanın başlaması için; Meram Tıp Fakültesi Dekanlığından etik kurul kararı alındıktan sonra, Konya Büyükşehir Belediyesi Zabıta Müdürlüğü ile görüşülerek resmi izin alındı. Ancak izinli olanlar, ya da geçici görevli olanlar çalışmaya katılmadığı için hedeflenen sayının 157'sine (82.6%) (157/190) ulaşıldı. Birinci ankette sosyo demografik özellikler ve sigara içme durumunu belirlemek için 50 soru yer alıyordu. Bu anketin:

Sosyo-demografik karakterler bölümünde; cinsiyet, medeni durum, yaş, eğitim durumu yer alıyordu.

Sigara içme davranışı ile ilgili bölümde; sigara içme durumu, günlük içilen sigara sayısı, sigara içmeye başlama yaşı, içilen yıl sayısı, başlatan sebepler, daha önce sigara bırakma deneyimi olup olmadığı, sigaranın zararları ile ilgili medyanın yayınlarının yeterli olup olmadığı sorgulandı. Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği ile bağımlılık derecesi belirlendi.

Aile ve yakın arkadaş çevresinde sigara içme durumu araştırıldı. Baba, anne, eş ve kardeşlerde sigara içme durumu soruldu. Yakın arkadaş çevresinde sigara içme durumu sorgulandı.

Anket formunda, sigara içme durumunun tasnifi ile ilgili üç soru yer almıştır. Bu sorular Amerika Birleşik Devletlerinde sigara içme durumunun tasnifi için kullanılan soruların (7) Türkçe sürümüdür. Türkçe sorular şunlardır:

- 1- Yaşamınız boyunca toplam 100 adet (5 paket) sigara içtiniz mi?
 - a) Evet
 - b) Hayır
- 2- Halen sigara içiyor musunuz?
 - a) Evet her gün içerim
 - b) Her gün olmamakla birlikte ara sıra içerim
 - c) Hayır, bıraktım
 - d) Hayır, daha önce de içmedim
- 3- Günde kaç sigara içiyorsunuz ?.....

Bu sorulardan birincisine hayır diyenler, "İçmemişler"

kategorisinde tasnif edilmiştir. Bu soruya evet diyenler; ikinci soruya, evet her gün veya her gün olmamakla birlikte ara sıra içerim yanıtlarından birini vermişlerse "Halen içenler" kategorisine alınmıştır. Birinci soruya evet diyenlerden ikinci soruya 'Hayır bıraktım' yanıtı verenler, "Bırakanlar" kategorisini oluşturmuştur.

Bırakmış olanların içmiş olanlar içerisindeki payı (quit ratio=bırakma oranı): Bırakmış olanlar / (Halen içenler ile bırakmış olanların toplamı) olarak hesaplanmıştır (7).

İçenlerin ve bırakanların; 'Bırakmada aşamalı değişim süreci yönünden tasnifi için; Prochaska ve arkadaşlarının önerdiği soru takımının Türkçe sürümü kullanılmıştır(14).

Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği

Bağımlılık puanlamasında ve tasnifinde ise 6 sorudan oluşan Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeğinin Türkçe sürümü kullanılmıştır (15). Sorular aşağıda belirtilmiştir.

- 1- Günde kaç sigara içiyorsunuz?
[0] 10 adet veya daha az sigara
[1] 11-20 adet sigara
[2] 21-30 adet sigara
[3] 31 adet ve üzeri
- 2- Sabah ilk sigaranızı uyandıktan ne kadar sonra içersiniz?
[3] İlk 5 dakika içerisinde
[2] 6-30 dakika içerisinde
[1] 31-60 dakika içerisinde
[0] 61 dakika ve üzeri
- 3- Sigara içmenin yasak olduğu yerlerde içmeden durmakta zorlanıyor musunuz?
[1] Evet
[0] Hayır
- 4- Uyanmayı izleyen ilk saatlerde, günün diğer saatlerine göre daha sık mı sigara içersiniz ?
[1] Evet
[0] Hayır
- 5- Günün çoğunu yatakta geçirecek kadar hasta olsanız,yinede sigara içer misiniz?
[1] Evet
[0] Hayır
- 6- Gün boyunca içtiğiniz sigaralardan vazgeçilmesi en zor olanı hangisi?
[1] Sabahın ilk sigarası
[0] Diğer zamanlarda içtiklerim

Testin sonunda alınan puanlar toplanır. Bağımlılık düzeyleri; 0-2 puan: çok az, 3-4 puan: az, 5puan: orta, 6-7 puan: yüksek ve 8-10 puan: çok yüksek bağımlılık olarak değerlendirildi (15).

Beck Depresyon Ölçeği

Rittenband (1995) depresyonun ölçümü için kullanılan ölçeklerle ilgili yaptığı taramada, Beck Depresyon Ölçeğinin (BDÖ) bu alanda kullanılan diğer bazı ölçeklere kıyasla, son 20 yılda, dört kat daha fazla kullanıldığını tespit etmiştir (16).

BDÖ günümüzde , depresyonun psikometrik

ölçümünde ve diğer ölçeklerin zamana göre geçerliliğinin sınanmasında kullanılan en yaygın ölçektir. Faktör analitik çalışmalar, BDE'nin depresyonun alt yapısını oluşturan bilişsel, afektif, somatik ve davranışsal bozulmaların bütününe işaret etmektedir. Bu anlamda, BDE "depresyon sendromunu" ölçen bir araç olarak görülmektedir (17).

Bu nedenle depresyon sendromunu ölçmek için 21 sorulu Beck Depresyon Ölçeği (BDÖ) uygulandı. Beck Depresyon Ölçeği'nde toplam değer 9 ve daha az ise "depresyon yok", 10-16 ise "hafif", 17-23 ise "orta", 24 ve daha fazla ise "şiddetli depresyon" olarak değerlendirildi (18). Beck Depresyon Ölçeği kullanılarak yapılan benzer araştırmalarda, BDÖ değeri kesim noktası olarak farklı değerler alınmakla birlikte, genel olarak kesim noktası (cut off değeri) 17 olarak alınmıştır. (19-21). Bizde çalışmamızda BDÖ kesim noktasını 17 olarak aldık.

Hastalar ile psikiyatrik görüşme yapılmaksızın BDÖ ile depresyon durumları hakkında yorum yapılması bu araştırmadaki sınırlamalardır.

İstatistiksel Analiz: Veriler 13.0 SPSS programında bilgisayara kaydedildi. Tanımlayıcı ve kesitsel nitelikteki bu çalışmada sigara içme durumu ve Beck Depresyon Ölçeği bağımlı değişkenler olarak, yaş, cinsiyet, medeni durum gibi kişi özellikleri bağımsız değişken olarak alındı. Verilerin analizinde minimum, maksimum, ortalama, standart sapma, ortanca, yüzde değerleri ile Ki-kare kullanıldı. Önemlilik düzeyi p<0.05 olarak kabul edildi.

BULGULAR

Sosyo-demografik Özellikler: Çalışma grubunun %99.4'ü erkek (n=156), %79,6'sı (n=125) ortaokul ve lise eğitilmiş, %96,8'i (n=152) evli ve yaş ortalaması 39,33±7,29 (min=22, max=57) idi. Zabıtalının 115'i (%73,2) bu mesleği bilerek ve isteyerek seçmişlerdi, 98'i (%62,4) görevleri sırasında en az bir kere mahkemelik olmuşlardı, 117'si (%74,5) borçlu olup, 84'ü (%53,5) kendi evinde yaşıyordu, 46'sı (%29,3) kredi kartı borcunu zamanında ödeyemiyordu, 70'inin (% 44,6) özel aracı var idi, 155'inin (%98,7) eşinin mesleği yoktu (Tablo1).

Sigara İçme Sıklığı ve Özellikleri: Halen sigara içme sıklığı %49.1 (n=77), bırakma sıklığı %26.7% (n=42), hiç içmeme sıklığı %24.2 (n=38), bırakma oranı=quit ratio (bırakanların içenler arasındaki oranı) %33.1 idi. Sigaraya başlamada en küçük yaş 5, en büyük yaş 40, ortanca değer 18 yaş idi. Sigara içilen yıl ortalaması 20.5±8.2 (median=20, min=5, max=40) idi. Sigaraya başlamada en önemli etken olarak birinci sıklıkta (%49.4) sosyal çevre ve arkadaş grupları, ikinci sıklıkta (%24.7) stres ve sıkıntı tespit edildi. Fagerström bağımlılık derecesi ortalama değeri 2.9±2.5 (median=2.0, min=0, max=10) olup, %76.6'sı (n=59) çok az ve az bağımlılık düzeyinde idi. Ailede sigara içme sıklığı %45.9 (n=72), yakın arkadaş grubunda sigara içme sıklığı %96.8 (n=152) idi. Sigara içenlerin %39.0'ı (n=30) bırakmaya hazırlananlar aşamasında olup, %37,7'si (n=29) sigarayı bırakmayı düşünmüyordu (Tablo2). Sigarayı bırakanlardan 32 kişi (%76.2) birdenbire, 6 kişi (%14.3) yavaş yavaş bırakmışlardı. Sigara bırakma sebepleri araştırıldığında %42.9'u (n=18) sigaranın sağlığa zararlı olduğuna inandığı için, %35.7'si (n=15) sağlık problemlerinden dolayı

birakmışlardı (Tablo3). Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, borçlu olmak, yaşanan mesken tipi, kredi kartı borcunu zamanında ödeyememe, özel arabaya sahip olmak, eşin mesleği ve depresyon sigara içme davranışı üzerine istatistiksel olarak etkili değil idi ($p>0.05$).

Depresyon Sonuçları: BDÖ ortalaması 10.4 ± 8.7 (median=9, min=0, max=45) idi. Beck Depresyon Ölçeği sonuçlarına göre, %52,2'si(n=82) normaldi, %23,6'si(n=37) hafif depresyonda, %21,7'si (n=34) orta derecede, %2.5 (n=4) ağır depresyonda idi (Tablo4). BDÖ kesim noktası

17 alındığında %75.8'i (n=119) 16 ve altı, %24.2'si (n=38) 17 ve üzerinde puan almıştı. Sigara içme durumu ile BDÖ sonuçları kıyaslandığında; sigara içen ve içmeyen gruplar arasında istatistiksel olarak bir fark bulunmadı ($p>0.05$). Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, borçlu olmak, yaşanan mesken tipi, kredi kartı borcunu zamanında ödeyememe ve sigara içme davranışı depresyon üzerine etki etmez iken ($p>0.05$), özel arabaya sahip olmak depresyon üzerine istatistiksel olarak etkili idi ($p=0.037$) (Tablo5).

Tablo 1: Sigara içen ve içmeyen Zabita Memurlarının Demografik Özellikleri

	Sigara içenler (n=77)		Sigara içmeyenler (n=80)		Toplam (n=157)		χ^2	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Erkek	77	49.4	79	50.6	156	100.0	1.355	0.244
Kadın	0	0.0	1	100.0	1	100.0		
Yaş(yıl)								
20-30	14	60.9	9	39.1	23	100.0	2.340	0.505
31-40	26	44.8	32	55.2	58	100.0		
41-50	35	50.0	35	50.0	70	100.0		
>50	2	33.3	4	66.7	6	100.0		
Medeni durum								
Evlü	75	49.3	77	50.7	152	100.0	0.170	0.680
Bekar	2	40.0	3	60.0	5	100.0		
Eğitim düzeyi								
İlkokul	3	42.9	4	57.1	7	100.0	0.205	0.977
Ortaokul-lise	62	49.6	63	50.4	125	100.0		
Üniv./fakülte	12	48.0	13	52.0	25	100.0		
Borçlu								
Evet	63	53.8	54	46.2	117	100.0	3.516	0.061
Hayır	14	35.0	26	65.0	40	100.0		
Yaşanan yer								
Kendi evi	36	42.9	48	57.1	84	100.0	3.014	0.222
Kiracı	30	54.5	25	45.5	55	100.0		
Lojman	11	61.1	7	38.9	18	100.0		
K. kartı borcunu zamanında ödeme								
Evet	50	45.0	61	55.0	111	100.0	1.909	0.167
Hayır	27	58.7	19	41.3	46	100.0		
Özel aracı olma								
Evet	31	44.3	39	55.7	70	100.0	1.145	0.285
Hayır	46	51.9	41	47.1	87	100.0		
Eşinin mesleği								
Var	0	0.0	2	100.0	2	100.0	0.392	0.531
Yok	77	49.7	78	50.3	155	100.0		

Tablo 3: Sigarayı Bırakanların Bırakma ile İlgili Düşünceleri (n=42)

	n	(%)
Sigara Bırakma Sebepleri		
Sigaranın zararlı olduğunu anlama	18	42.9
Sağlık problemleri	15	35.7
Ekonomik sebepler	6	14.3
Sosyal baskı	3	7.1
Sigarayı Bırakma Yolları		
Birden bire bırakma	32	76.2
Yavaş yavaş bırakma	6	14.3
Bir sağlık programına katılarak bırakma	4	9.5
Medikal tedavi ile bırakma	0	0.0
Brakanların Tasnifi		
Deneme fazı (bırakma süresi 6 aydan az)	12	28.6
Sürdürme fazı (bırakma süresi 6ay üzeri)	30	71.4

Tablo 2: Sigara içme ile ilgili Davranışlar

Alışkanlıklar	n	(%)
Sigara içme durumu		
Halen içenler	77	49.1
Bırakanlar	42	26.7
Hiç içmeyenler	38	24.2
Günlük tüketilen sigara miktarı (Ad)		
10 ve daha az	24	31.2
11-20	34	44.2
21-30	16	20.8
30 ve üzeri	3	3.9
Sigara içmeye başlama yaşı		
<10	6	7.8
10-14 yaş	9	11.7
15-19 yaş	38	49.3
≥ 20	24	31.2
İçilen yıl sayısı (yıl)		
≥ 5	2	2.6
6-10	6	7.8
11-15	14	18.1
16-20	20	26.0
≥21	35	45.5
Sigara başlama sebepleri		
Sosyal nedenler	38	49.4
Stres ve sıkıntı	19	24.7
Özenti ve merak	15	19.5
Hoşlanma	5	6.4
Ailede sigara içme durumu*		
İçen var	72	45.9
İçen yok	85	54.1
Arkadaş grubunda sigara içme durumu*		
Çoğu içiyor	78	49.7
Bazıları içiyor	74	47.1
Hiç içmiyor	5	3.2
Fagerström Nikotin Bağımlılık Ölçeği ile Bağımlılık Derecesi		
Çok az (0-2)	41	53.2
Az (3-4puan)	18	23.4
Orta (5 puan)	6	7.8
Yüksek (6-7puan)	8	10.4
Çok yüksek (8-10puan)	4	5.2
Sigara içenlerin "Bırakmada Aşamalı Değişim Süreci"		
Bırakmayı düşünmeyenler	29	37.7
Bırakmayı düşünenler	18	23.3
Bırakmaya hazırlananlar	30	39.0

*Bu soruyu tüm katılımcılar cevaplandırmıştır.

Tablo 4: Katılanların Beck Depresyon Skorları (n=177)

Depresyon derecesi	n	(%)
Normal(0-8)	82	52.2
Hafif depresyon (9-16)	37	23.6
Orta depresyon (17-30)	34	21.7
Ağır depresyon (31 and over)	4	2.5
Toplam	177	100.0

* Beck Depresyon Ortalaması= 10.4 ± 8.7 (min=0, ortanca=9, max=45)

Tablo 5: Zabıta Memurlarının Beck Depresyon Durumuna Göre Demografik Özellikleri

	BDI ≤ 16 (n=119)		BDI ≥ 17 (n=38)		Toplam (n=157)		χ ²	p
	n	%	n	%	n	%		
Cinsiyet								
Erkek	119	76.3	37	23.7	156	100.0	2857	0.091
Kadın	0	0.0	1	100.0	1	100.0		
Yaş(yıl)								
20-30	22	95.7	1	4.3	23	100.0	1.272	0.259
31-40	41	70.7	17	20.3	58	100.0		
41-50	50	71.4	20	28.6	70	100.0		
>50	6	100.0	0	0.0	6	100.0		
Medeni durum								
Evlü	115	75.7	37	24.3	152	100.0	0.052	0.820
Bekar	4	80.0	1	20.0	5	100.0		
Dul	0	0.0	0	0.0	0	100.0		
Eğitim düzeyi								
İlkokul	7	100.0	0	0.0	7	100.0	5.200	0.158
Ortaokul-lise	92	73.6	33	26.4	125	100.0		
Üniv./fakülte	20	80.0	5	20.0	25	100.0		
Borçlu								
Evet	85	72.6	32	27.4	117	100.0	1.851	0.174
Hayır	34	85.0	6	15.0	40	100.0		
Yaşanan yer								
Kendi evi	61	72.6	23	27.4	84	100.0	1.229	0.541
Kiracı	43	78.2	12	24.8	55	100.0		
Lojman	15	83.3	3	16.7	18	100.0		
Kredi kartı borcunu zamanında ödeme								
Evet	88	79.3	23	20.7	111	100.0	1.899	0.168
Hayır	31	67.4	15	32.6	46	100.0		
Özel aracı olma								
Evet	47	67.1	23	32.9	70	100.0	4.340	0.037
Hayır	72	82.8	15	17.2	87	100.0		
Siğara içme durumu								
İçenler	60	77.9	17	22.1	77	100.0	0.180	0.672
İçmeyenler	59	73.8	21	26.2	80	100.0		
Eşinin mesleği								
Var	2	100.0	0	0.0	2	100.0	2.823	0.244
Yok	114	75.0	38	25.0	152	100.0		

TARTIŞMA

Bağımlılık yapan maddeler arasında en yaygın olarak bilinen tütün kullanma alışkanlığı ülkemizin en önemli toplum sağlığı sorunlarından biridir (2,4). Tüm bağımlılık yapan maddelerde olduğu gibi, siğara kullanma alışkanlığında da riski artıran etmenler ailesel, biyolojik, arkadaş grupları, kişiye ve çevreye bağlı olarak değişmektedir. Sağlık üzerindeki olumsuz etkilerinin yanı sıra siğara kullanımının psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları da çok önemlidir. Toplum önünde hizmet veren birçok meslek grubunda da siğara içme alışkanlığı yaygın olup, olumsuz bir model oluşturmaktadırlar. Konya'da lise öğretmenlerinde siğara içme sıklığı %42.7 (22), Selçuk Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi hastanesinde çalışan hemşirelerde %56.5 olarak bulunmuştur (23). Bizim çalışmamızda zabıta memurlarında siğara içme sıklığı %49.1 olarak oldukça yüksek bulunmuştur. Bu oran hem yukarıda belirtilen meslek gruplarında tespit edilen siğara içme sıklığı ile, hem de PİAR çalışmasına göre Türkiye genelinde 35 yaş üzeri popülasyondaki siğara içme sıklığı ile (%43,6) uyumludur (11). Toplumda göz önünde hizmet veren ve davranışları tüm toplum bireyleri için örnek olması beklenen zabıta memurlarının siğara içmesi; olumsuz ve istenmeyen bir davranış modeli oluşturmaktadır. Açık ve arkadaşlarının Elazığ Zülfü Ağar Polis Okulu öğrencilerinde yaptığı çalışmada siğara içme sıklığı %63.4 olarak tespit edilmiştir (24). Bizim çalışmamızda da zabıtalarda %68.8'i siğara içmeye 20

yaşın altında başlamıştı, %89.6'sında siğara içilen yıl sayısı 10 yıl ve üzerinde idi, %45.9'unun ailesinde, %96.8'inin yakın arkadaş çevresinde siğara içiliyordu, %49.4'ünde sosyal faktörler siğaraya başlatan en önemli birincil etken, %24.7'sinde stres ve sıkıntı ikincil etken olarak tespit edilmişti ve %77.7'si siğaranın zararları ile ilgili medyadaki yayınların yetersiz olduğunu söylüyorlardı. Bu sonuçlar siğara ile mücadelenin çok kapsamlı olması gerektiğini, bu konuda kendini sorumlu hisseden her bireye ve kuruma büyük görevler düştüğünü göstermektedir. Ülkemizin de içinde bulunduğu gelişmekte olan ülkelerde siğaranın ucuz olması, marketlerden her yaş grubunda kişilerin kolaylıkla satın alması ve hükümetlerin zorlayıcı ve caydırıcı yaptırımlarının olmaması, bırakma kampanyalarının yetersizliği, olumsuz arkadaş ve aile örnekleri siğara içme sıklığının bu kadar yüksek olmasının nedeni olmuştur (4). Siğara kullanımı dünyadaki en önemli sağlık problemlerinden birisini oluşturmada ve her yaşta nikotin bağımlılığı gelişebilmesine rağmen, ilk siğara genellikle erken ergenlik çağında denendiği için, siğara ile mücadele daha ilkökul, ortaokul ve lise yıllarında başlamalıdır (2,22). Bıraktırma kampanyaları her meslek grubuna özel olarak hazırlanmalıdır. Radyo, televizyon, gazete gibi iletişim araçlarını kullanarak halk siğarayı bırakmaya teşvik edilmeli, bırakanlar ödüllendirilmelidir. Bu bilgilerin ışığında ülkemiz genelinde zabıtalara yönelik özel bıraktırma programlarının ivedilikle hazırlanmasına ihtiyaç vardır. Richmond RL ve arkadaşlarının Sidney'den yayınladıkları makalede siğara içme sıklığı erkek polislerde %27.0, kadın polis memurlarında %32.0 olarak bildirilmişti (25). Bizim çalışmamızda bu oran daha fazla bulunmuştur.

Deschamps F. ve arkadaşlarının 617 polis memurunda yaptıkları çalışmalarında siğara içme sıklığı % 42.0 tespit edilmiş olup (26), bu araştırma bizim sonuçlarımız ile benzerlik göstermekte idi. Smith DR.ve arkadaşları yaptıkları çalışmalarında Avustralya federal polislerinin 1/4'ünün siğara içtiğini bildirmişlerdir. Japon polislerinde siğara içme sıklığı tam bilinmemekle birlikte genel popülasyondan daha fazla olma eğiliminde idi (27)

Beck depresyon ölçeğinde kesim noktası 17 olarak alındığında; %24.2'si (n=38) 17 ve üzerinde depresyon puanına sahip idi. Yaklaşık olarak polislerin 1/4'ü stres altında çalışıyordu. Cinsiyet, yaş, medeni durum, eğitim düzeyi, borçlu olmak, kredi kartı borcunu zamanında ödeyememe depresyon üzerine etkili olmaz iken (p>0.05), özel araca sahip olanlarda depresyon önemli ölçüde artmakta idi (p=0.037). Deschamps F ve arkadaşları iş yorgunluğu ve özel yaşantıdan kaynaklanan stresten dolayı polislerde depresyonun sık görüldüğünü bildirmişlerdir (26). Richmond RL ve arkadaşlarının çalışmalarında erkek polislerde %12.0, kadınlarda %15.0 sıklıkta orta ile ağır semptomlar gösteren depresyon belirtilerinin olduğu gösterilmiştir (25). Berg AM ve arkadaşları 3272 Norveç polisinde yaptıkları çalışmalarında fazla mesainin sıklıkla karşılaşılan en önemli stres faktörü olduğu bildirmişlerdir (28).

Collins PA ve arkadaşları genel olarak toplumda sıklıkla karşılaşılan mesleki stres yükünün sadece polislerde değil, iş yükü fazlalığı, yetersiz iletişim ve destek, fazla mesai gibi faktörlere bağlı olarak genel olarak pek çok meslek grubunda da yüksek olduğunu bildirmişlerdir (29). Türkçe yayınlarda zabıta memurlarında siğara içme sıklığı ve depresyon ile ilgili yayınlanmış bir veriye ulaşamadık. Bu çalışmamızın daha ileride yapılacak olan diğer çalışmalara da yardımcı olacağını umuyoruz.

SONU,

Dünyanın birçok ülkesinde olduğu gibi ülkemizde de sigaraya başlama alışkanlığı genellikle ergenlik dönemi başında edinilmektedir (30). Bu dönemde çocukların tutum ve davranışlarının oluşmasında çeşitli aşamalarda etkili erişkinler; başta anneler olmak üzere, öğretmenler, doktorlar, hemşireler, polisler, zabita memurları gibi toplumun gözü önünde hizmet veren kişilerdir (31,32). Bu kişilerin sigara içmeleri özdeşim kurulacak modeller olmaları açısından özellikle önemlidir. Bu meslek grubu çalışanları öncelikle kendileri sigara içmemeli, toplum önünde sigara içerken görülmemeli, topluma bu konudaki davranışları ile örnek olmalıdırlar. Sigara ile mücadelede bu meslek grubuna gerekli eğitimi vererek onları harekete geçirmek ve mesleğe özel bıraktırma kampanyalarına ivme kazandırmak toplum sağlığı açısından gereklidir. Ayrıca mesleki özelliklerinden dolayı yoğun stres altında çalışan zabita memurlarında depresyona yol açan sebeplerin belirlenmesi, bunlarla başa çıkma stratejilerinin ve psikolojik desteğin sağlanması, bu kişilerin daha verimli çalışmalarını sağlayacaktır.

TEŞEKKÜR

Çalışmamızın yürütülmesinde her türlü desteğini gördüğümüz Konya Büyükşehir Belediyesi Zabita Müdürü'ne teşekkürlerimizi bildiririz.

KAYNAKLAR

- 1- BelediyeZabitaPersoneliYönetmeliği.http://www.an-kara-bel.gov.tr/mahalli/8.htm. 10.08.2007'de erişildi.
- 2- Kutlu R. Meram Çıracılık Okulu Öğrencilerinde Sigara İçme Sıklığı. Türk Silahlı Kuvvetleri Koruyucu Hekimlik Bülteni 2006; 5: 424-433.
- 3- Guindon GE and Boisclair D. Past, Current and Future Trends in Tobacco Use. HNP Discussion Paper, Economics of Tobacco Control Paper. 2003; 6
- 4- Kutlu R. Sigara İçenler Arkadaşınızı Tanıyor musunuz. 1. Baskı, Konya: Selçuk Üniversitesi Vakfı Yayınları. 2002: 1-20.
- 5- Mackay J, Eriksen M. The Tobacco Atlas. Geneva: World Health Organization, 2002.
- 6- Altman DG, Wheelis AY, McFarlane M, Lee H, Fortmann SP. The relationship between tobacco access and use among adolescents: a four community study. Soc Sci Med 1999; 48:759-775.
- 7- US Department of Health and Human Services. The health benefits of smoking cessation. A report of the Surgeon General, 1990. Rockville, Maryland: Public Health Service, Centers for Disease Control, Office on Smoking and Health, 1990.
- 8- Shibuya K, Ciecierski C, Guindon E, Bettcher DW, Evans DB, Murray CJ. WHO Framework Convention on Tobacco Control: development of an evidence based global public health treaty. BMJ 2003; 327: 154-157.
- 9- Karlıkaya C, Öztuna F, Aytemur Solak Z, Özkan M, Örsel O. Tütün Kontrolü. Toraks Dergisi. 2006; 7: 51-64.
- 10- Türk Kardiyoloji Derneği. Türkiye Kalp Raporu 2000. İstanbul: Yenilik Basımevi; 2000.
- 11- PİAR. Sigara alışkanlıkları ve sigarayla mücadele kampanyası kamuoyu araştırması. Ocak; 1998.
- 12- Brown J. Fielding, J. & Grover, J. Distinguishing traumatic, vicarious and routine operational stressor exposure and attendant adverse consequences in a sample of police officers. Work Stres 1999; 13: 312-325.
- 13- Kirkcaldy B, Shephard RJ. Occupational stress, work satisfaction and health among the helping professions. Eur Rev Appl Psychol 2001; 51: 243-253.
- 14- Prochaska JO, Goldstein MG. Process of smoking cessation; implications for physicians. Clin Chest Med 1991; 12: 727-736.
- 15- Fagerstrom KO, Heatherton TE, Kozlowski LT. Nicotine addiction and its assessment. Ear Nose Throat J 1992; 69:763-767.
- 16- Ritterband, L.M. (1995). Evaluation of the Beck Depression Inventory's Sensitivity and State-Trait properties. Unpublished master's thesis, University of South Florida, Tampa, FL.
- 17- Özer A.K., Özer S. Durumsal- Sürekli depresyon Ölçeğinin Faktöriyel Alt Yapısı Doğuş Üniversitesi Dergisi 2006; 7:210-217.
- 18- Karaca S, Aşkın R. Depresyonda Bilişsel Özellikler ve Depresyonla Başa Çıkma. Uzmanlık Tezi. Konya-1996.
- 19- Bostancı M, Özdel O, Oğuzhanoglu NK, Özdel L, Ergin A, Ergin N, Atesci F, Karadağ F. Depressive symptomatology among university students in Denizli, Turkey: prevalence and sociodemographic correlates. Croat Med J. 2005; 46: 96-100.
- 20- Bakır B, Yılmaz UR, Yavaş İ, Güleç M. Tıp fakültesi öğrencilerinde depresyon belirtilerinin dağılımı. Düşünen adam 1996; 9: 43-47.
- 21- Clark DC, Zeldow PB. Vicissitudes of depressed mood during four years of medical school. JAMA 1988; 260: 2521-2528.
- 22- Kutlu R, Çivi S. Konya İli Lise Öğretmenlerinin Sigara İçme Sıklığı ve Etkileyen Faktörler. TSK Kor Hek 2007 ; 6: 273-278.
- 23- Kutlu R, Marakoglu K, Çivi S. Selçuk Üniversitesi Tıp Fakültesi Hemşirelerinde Sigara İçme Durumu ve Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Ün. Tıp Fak. Dergisi 2005; 27: 29-34.
- 24- Açık Y, Gülbayrak C, Devci SE, Ozan AT. Elazığ Polis Okulu'nda Düzenlenen Bırak Kazan Kampanyasına Katılan Öğrencilerin Başarı Durumları. Fırat Tıp Dergisi 2002; 7: 823-827.
- 25- Richmond RL, Wodak A, Kehoe L, Heather N. How healthy are the police? A survey of lifestyle factors. Addiction 1998; 11: 1729-37.
- 26- Deschamps F, Paganon-Badinier I, Marchand A-C, Merle C. Sources and assessment of occupational stress in the police. J Occup Health 2003; 6: 358-64.
- 27- Smith DR, Devine S, Leggat PA, Ishitake T. Alcohol and tobacco consumption among police officers. Kurume Med J 2005; 52: 63-65.
- 28- Berg A.M, Hem E, Lau B, Haseth K, Ekeberg O. Stress in the Norwegian police service. Occupational Medicine 2005; 55: 113-120.
- 29- Collins PA, Gibbs AC. Stress in police officers: a study of the origins, prevalence and severity of stress-related symptoms within a county police force. Occupational Medicine 2003; 53: 256-264.
- 30- Sezer, R E., "Sigara Alarmı Sürüyor" Sağlık İçin Sigara Alarmı, 1994; 1:1.
- 31- Kohan A, O'Connor BP, Police officer job satisfaction in relation to mood, well-being, and alcohol consumption. J Psychol 2002; 3:307-18.
- 32- Trottier A, Brown J. Occupational medicine for policing. J Clin Forensic Med 1995; 2:105-10.

ALKOL BAĞIMLILIĞI VE DUYGUDURUM BOZUKLUKLARI

Alcohol Dependence and Mood Disorders

Nurgül Özpoyraz¹, Lut Tamam², Gonca Karakuş³

ÖZET

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozuklukları toplumda yaygın görülen, sosyal ve kişisel maliyeti yüksek hastalıklardır. Yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalarda her iki bozukluğun birbirleriyle ilişkili oldukları ve yaşam boyu birlikte görülebildikleri üzerine bilgiler edinilmiştir. Ancak aradaki ilişkinin anlamı henüz ve hala netleşmemiştir. Çünkü aradaki ilişki karmaşıktır. Şimdi ve geçmişin değerlendirilmesinde sorunlar çıkmaktadır. Bu birlikte bulunuş klinik görünümü ve halk sağlığı anlamında önem taşımakta ve ek tanıli durumlara ilgili bilgiler önemli hale gelmektedir. Tanısal karmaşa tanı ölçütleri ve ölçme tekniklerinin sorunlarından, kesilme ve zehirlenme dönemlerinin karmaşıklığından kaynaklanmaktadır. Tedavi yaklaşımı açısından bakıldığında ise tanısal karmaşadan uzaklaşarak, hangisinin birincil ya da ikincil olduğundan çok, nasıl yardım edileceği değerlendirilmelidir. Önemli olan, her iki bozukluğun birlikte bulunduğu durumlarda, hastanın tüm özellikleri ile birlikte ele alınması ve her ikisine yönelik yaklaşımda bulunulmasıdır. Eşleştirilmiş bir tedavi yaklaşımı ile her iki durumu da bir dengeye ulaştırmak amaçlanmalıdır.

Anahtar kelimeler: Alkol bağımlılığı, alkol kullanım bozuklukları, duygudurum bozuklukları, tedavi, komorbidite.

ABSTRACT

Alcohol dependence and mood disorders are two highly prevalent mental disorders with a great cost to people and community. The epidemiological and clinical studies highlight the association and higher lifetime comorbidity between these two disorders. However, the nature of this complicated relationship has not yet been understood. The most common problem arises in the assessment of current and past history related with these disorders. This comorbidity has a high significance for public health and clinical course of the patients making the diagnosis an important part of the treatment. The diagnostic confusion mostly base on the problems in diagnostic criteria, assessment techniques and complicated withdrawal and intoxication periods. In the treatment approaches, the most important point is to evaluate and treat patient looking through whole picture instead of focusing on which disorder is the primary disorder. The patients with dual diagnosis should be approached and treated for both disorders in the same time period. A synchronized treatment approach should be aimed to achieve and maintain the stability of the patients.

Key words: Alcohol dependence, alcohol use disorders, mood disorders, comorbidity, treatment.

¹ Prof. Dr. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

² Doç. Dr. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

³ Uzm. Dr. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

GİRİŞ

Alkol bağımlılığı tanı, tedavi ve yönetiminde en önemli sorunlardan biri ektanılardır. Çünkü alkol bağımlılığı başka bir ruhsal bozuklukla birlikte bulunduğu özel ve önemli sorunlara yol açar. Her iki bozukluğu ayrı ayrı tek başlarına ele almak, tek boyutlu kavramlar olarak değerlendirmek sorunun çözümünü zorlaştırır. Bu yaklaşımda, her iki bozukluk birbirlerini beslemesiyle klinik tablo oldukça karmaşık bir hale gelir, değerlendirme, tanı ve tedavi süreci bozulur.

Tarihsel olarak alkol bağımlılığı ve mani arasındaki ilişki Kraepelin zamanından beri bilinmektedir. Kraepelin manik depresif hastaların dörtte birinin alkol bağımlısı olduklarından söz etmiştir. Yapılan epidemiyolojik ve klinik çalışmalara göre alkol bağımlılığı ile birlikte ruhsal bozukluk görülme riski normal popülasyona göre daha fazladır. Bunlar arasında en sık görüleni duygudurum bozukluklarıdır. Ardından anksiyete bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu gelmektedir (Modesto-Lowe ve Kranzler, 1999). Son yıllarda yapılan epidemiyolojik çalışmalarda da, duygudurum bozukluklarında alkol bağımlılığının görülme sıklığının normal popülasyondan daha fazla olduğu bildirilmektedir (Brown ve ark, 2001; Sallaum ve Thase, 2000).

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozukluklarının aynı anda, bir arada bulunması "ikili tanı (dual diagnosis)" kavramı olarak ele alınmaktadır. Ancak bu birliktelik, basit şekilde bir arada bulunma durumu değildir. İki ayrı bozukluğun bir arada bulunması her iki bozukluk için tanı, klinik gidiş, şiddet, süregenlik, işlevsellik kaybı ve tedavi süreci açısından önemlidir. Birbirlerini etkileyerek gidiş ve sonlanımlarında değişkenliğe yol açarlar. Çekilen acıyı, işlev bozukluğunu ve hastalık maliyetini arttırmalar (Sallaum ve Thase, 2000).

Alkol bağımlılığı ile duygudurum bozuklukları arasındaki ilişki çok yönlüdür, değişik yüzleri ve görünüşleri vardır. Alkol bağımlılığı, duygudurum bozuklukları belirtilerini başlatabilir, alevlendirebilir, şiddetlendirebilir, maskeleyebilir ya da taklit edebilir. Belirtilerin tipi, süresi ve ağırlığı; alkol kullanımının şiddeti, süresi ve süregenliği ile ilişkilidir. Duygudurum bozukluğu ise alkol kullanımını arttırabilir, alkol kullanım bozukluk belirtilerini taklit edebilir, alkol bağımlılığı tedavisine uyumu bozabilir. Kişiler ruhsal belirtileri azaltmak ya da bunlarla başa çıkmak için alkol kullanımı arttırabilirler ya da alkol kullanımının kesilmesi de ruhsal belirtiler ortaya çıkarabilir (Modesto-Lowe ve Kranzler, 1999).

Her iki bozukluğun birlikteliğinde gelişen sorunlar her ikisinin ayrı ayrı bulunmalarından çok daha ağır ve süregen tıbbi, sosyal ve ruhsal sorunlara yaşanmasına neden olur. Aradaki bu ilişki bir kısır döngü şeklinde sürüp gider. Tanı ve tedavi sürecinde epizod sıklığı, hastaneye yatış sıklığı, ilkyardım kliniklerine başvuru sıklığı, aile sorunları, şiddet ve suç davranışı, özkıyım sıklığı, tedaviye uyum sorunları, ekonomik ve sosyal sorunlar, tedavi maliyeti, mortalite oranları gibi değişkenlerde belirgin artış görülür. Böylece bu birlikte bulunuş birbirinin yinelemelerine neden olur ve bu bir kısır döngü şeklinde sürer. Bu nedenle tedavi süreci bu zorluklara göre planlanmalı ve sürdürülmelidir. Tedavi süreci daha zorlu, daha uzun ve daha yavaş yanıt alma biçimindedir (Gratzer ve ark, 2004; Helzer ve Pryzbeck, 1988; Regier ve ark,1990).

EPİDEMİYOLOJİ

Amerikan Ulusal Ruh Sağlığı Enstitüsü'nün Epidemiyolojik Alan çalışması (Epidemiological Catchment Area-ECA), 20.000 kişilik geniş ve sistematik bir çalışmadır (Regier ve ark, 1990). 1990 yılında yapılan bu çalışmanın genel sonuçlarına göre, ruhsal bozukluğu olan kişilerde yaşam boyu madde kullanım bozukluğu bulunması riskinin yüksek olduğu anlaşılmaktadır. Örneğin; şizofrenik bozuklukta yaşam boyu madde kullanım bozukluğu görülmesi riski normal popülasyondan 4 kat daha fazla, bipolar bozuklukta ise 5 kat daha fazla olarak bulunmuştur. Diğer yandan alkol kullanım bozukluğu olanlarda, herhangi bir ruhsal bozukluk yaygınlığı % 36,6, duygudurum bozukluğu yaygınlığı ise % 13,4 olarak belirlenmiştir. Aynı çalışmanın sonuçlarına göre; Bipolar (BP) I bozuklukta alkol ya da madde kullanım bozukluğu % 60,7 gibi oldukça yüksek bir oran olarak belirlenmiştir, BP II bozuklukta bu oran % 48'dir. BP bozuklukla birlikte alkol ve madde kullanım bozukluğunun birarada bulunması, bu çalışmada genel popülasyona göre 6 kat fazladır. Birarada bulunuş alkol kullanım bozuklukları açısından değerlendirildiğinde ise; BP I bozuklukta alkol bağımlılığı % 31,5, alkol kötü kullanımı % 14,7, toplam alkol kullanım bozukluğu % 46,2; Bipolar II bozuklukta (BPII) ise alkol bağımlılığı % 20,8, alkol kötü kullanımı % 18,4, toplam alkol kullanım bozukluğu toplam % 39,2 olarak belirlenmiştir. Unipolar depresyonda ise bu oranlar sırasıyla % 27,2; % 11,6; % 5 olarak saptanmıştır. Buna göre alkol bağımlılığı BP bozuklukta unipolar bozukluğa göre 2 kat daha fazladır. Herhangi bir duygudurum bozukluğunda ise alkol bağımlılığı % 14,9, alkol kötü kullanımı % 6,9 olarak bulunmuştur.

İkinci büyük epidemiyolojik çalışma Amerikan Ulusal Ektanı Taraması'nda (National Comorbidity Survey) herhangi bir duygudurum bozukluğu olanlarda alkol kullanım bozukluğu normal popülasyona göre 2,3 kat, major depresyonu olanlarda 2,7 kat, BP bozukluğu olanlarda ise 9,2 kat daha fazla bulunmuştur. Kadın alkoliklerde en sık görülen ek tanı anksiyete ve duygudurum bozukluğu iken, erkek alkoliklerde antisosyal kişilik sorunları ve davranış bozukluklarıdır (Kessler ve ark, 1997).

ECA çalışmasından sonra BPI ve BPII bozukluk ayrımı yapılarak duygudurum bozukluklarıyla birlikte alkol ve madde bağımlılığının varlığının araştırıldığı çalışma Chengappa ve arkadaşlarının (2000) çalışmasıdır. Bu çalışmada BP I bozukluğu olan hastaların % 28,2'sinde; BP II bozukluğu olan hastaların ise % 27,8'inde alkol bağımlılığı belirlenmiştir. Ancak bu çalışma epidemiyolojik bir alan çalışması değil, gönüllü katılımcılardan oluşmuş bir çalışmadır.

Grant ve arkadaşlarının (2004) Ulusal Alkol ve İlişkili Durumlar Alan Çalışması'nın (NESARC) sonuçlarını değerlendirerek yaptıkları bir çalışma, 43.093 kişiyi kapsayan bilinen en büyük ektanı çalışmasıdır. DSM-IV ölçütleri kullanılarak maddeye bağlı ya da maddeden bağımsız gelişen ektanılar değerlendirildiği bu çalışmanın sonuçlarına göre; alkol bağımlılarında bir yıllık herhangi bir duygudurum bozukluğu yaygınlığı % 27,5, major depresyon (MD) % 20,4, mani ve hipomani % 12,5 oranında bulunmuştur. Herhangi bir duygudurum bozukluğunda alkol bağımlılığı yaygınlığı ise % 11,38, MD'da % 11, mani ve hipomani ise % 33 olarak bulunmuştur.

Epidemiyolojik çalışmalar dışında psikiyatrik tedavi ortamlarında, alkol ve madde bağımlılarında BP bozukluk yaygınlığı ile ilgili olarak yapılan çalışmalarda ise %2 ile %31 arasında değişen oranlar bildirilmektedir. Yine ayaktan izlenen ya da yatan hastaların oluşturdu-

ğru gruplarda, Bipolar hastalar arasında alkol ve madde kullanım bozukluğu bildiren çalışmalarda % 18-75 arasında oranlar görülmektedir (Salloum ve Thase, 2000)

Ülkemizde yapılan bir epidemiyolojik çalışmada, alkol ve madde kullanan genç erkeklerde en sık görülen tanının major depresyon (MD) olduğu bildirilmiştir (Sevinçok ve ark, 2000). Hastane ortamında yapılan bir başka çalışmada ise, yatarak tedavi edilen alkol bağımlılarında en sık olarak MD ektanısının (% 18,3) görüldüğü, BP bozukluğunun ise % 3,4 oranında olduğu belirtilmiştir (Türkçapar ve ark, 1997).

ETYOLOJİ

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozukluklarının birlikte görülmelerinin nedenleri arasında bir çok varsayım vardır. Ancak aradaki nedensel ilişki henüz net olarak anlaşılmış değildir. Bunlar arasında, dürtüsellik ve zayıf yargılama sonucu alkol kullanımı ya da kullanımda artış; eşlik eden bozukluk şeklinde bulunma; çok faktörlü nedenselliğin bir parçası olarak bir arada bulunma; kalıtsal bir yatkınlık olması; özgül sıkıntılar için kendini tedavi yöntemi olarak alkolle sığınma gibi nedenler olduğu düşünülmüştür (Goodwin ve ark, 2002; Salloum ve Thase 2000; Sonne ve Brady, 2002)

Bireyler alkol ve maddenin özgül farmakolojik etkileri nedeniyle kendi sıkıntılarını gidermek, kendilerini tedavi etmek amacıyla alkol ya da maddeyi kullanırlar. Örneğin, manik dönemdeyken aşırı hareketliliklerini yatıştırmak için ya da depresif dönemdeyken sıkıntı, gerginlik, huzursuzluk duygularını gidermek için alkol alma eğiliminde olabilirler. Diğer yandan mani döneminde dürtüsellik ve zayıf yargılama sonucu alkol kullanımında artış olabilir. Bu kendini tedavi etme çabası alkol kullanımının ağırlaşmasına ve bağımlılığa, ardından gelişen yoksunluk dönemleri ya da zehirlenme dönemleri de duygudurum belirtilerinin artmasına neden olur (Modesto-Lowe ve Kranzler, 1999).

Ortak nedensellik ile ilgili çalışmalar içinde tutuşturma (kindling) ve davranışsal duyarlılaşma (behavioral sensitization) modellerinden söz edilmektedir. Her iki bozukluğun etyolojik açıklamaları içinde bu kavramlar yer almaktadır. Bipolar yatkınlığı olan kişilerde alkol ya da madde kullanımı tutuşturma fenomeninin etkisiyle hastalığı tetikleyerek ortaya çıkmasına neden olabilir (Salloum ve Thase, 2001).

Bir diğer etyolojik açıklama kalıtsal yatkınlık ve geçicidir. (Berrettini ve ark, 1997, Merikangas ve Gelernter, 1990) Bu alanda yapılan çalışmalarda önemli sorun elde edilen bilgilerin öyküye dayanmasıdır. Winokur ve arkadaşlarının (1993) çalışmasında BP ek tanısı alan alkol bağımlılarıyla, BP bozukluklu hastaların yakınlarında alkolizm görülme olasılığı benzer bulunmuştur. Aynı çalışmada alkol bağımlılığı ve BP bozukluk arasındaki ailesel ilişki, alkol bağımlılığı ve unipolar bozukluğa göre daha fazla bulunmuştur. Aynı grubun 1995'deki çalışmasında, BP ektanısı alan alkol bağımlıları ile ektanı almamış alkol bağımlılarının yakınlarında alkolizm ya da bipolar bozukluk görülme sıklığı da benzer bulunmuştur (Winokur ve ark, 1995).

Winokur ve arkadaşlarının (1998) bir başka çalışmalarında, mani için ailesel yatkınlığın alkol kullanımıyla ilişkili olduğundan ve BP I ile alkol bağımlılığı arasında ailesel-çenetik bir yatkınlık varlığından söz etmiştir. Bu görüşü destekleyen bir başka çalışma da; Preisig ve arkadaşlarının (2001) çalışmasıdır. Bipolar bozuklukla alkol bağımlılığı arasında yüksek oranda bir ailesel ilişki saptanmıştır. Ailede BP bozukluk ve alkol bağımlılığı öyküsünün bulunması duygudurum bozuklukları açısından önemli bir risk etkeni olarak görülmektedir.

Alkol bağımlılarının birinci derece yakınlarında alkolizm ve depresyonun yüksek bulunduğu çalışmalarda paylaşılmış nedensellik kavramından söz edilmektedir. Erken başlangıçlı depresyonların kadın yakınlarında depresyona yatkınlık, erkek yakınlarında alkolizm ve antisosyal kişilik bozukluğuna yatkınlık gösterilmesi de depresif spektrum bozuklukları kavramını gündeme getirmiştir. Gen-çevre etkileşimi kavramına göre ise; yapılan evlatlık çalışmalarında; biyolojik ailelerinde alkol bağımlıları olan ve bozuk çevresel koşullarda yaşayan kadınlarda depresyona yatkınlık gösterilmiştir.

Duygudurum bozuklukları ve alkol bağımlılığı etyolojisinde biyojenik aminlerin önemli rolleri olduğu gösterilmiştir. Mezolimbik ve mezokortikal dopaminerjik sistem bipolar bozuklukta önemli rolü olan sistemlerdir. Süreğen alkol kullanımı mezolimbik sistemde dopamin salınımını ve dopamin dönüşüm hızını artırır. Dopamin gerialım alanlarını azaltır. Postsinaptik dopamin reseptör duyarlılığını azaltır. Serotonerjik sistem de bipolar bozukluk için önemli bir nörotransmitter sistemidir. Alkol bağımlılığında 5HT1 ve 5HT2 reseptörlerinin duyarlılığında artış, serotonin dönüşüm hızında azalma, BOS'da 5HIAA düzeyinde düşüklük, serotonin gerialım alanlarında azalma söz konusudur. Serotonerjik etkinlikteki azalma noradrenerjik sistem üzerindeki baskılanmayı kaldırır, artmış noradrenerjik aktivite mani etyolojisinde önemlidir. Son yıllarda gamaaminobütirikasit (GABA) 'in tutuşturma (kindling) düzeneğinde, fiziksel bağımlılıkta, alkol yoksunluk nöbetlerinde ve duygudurum düzenlenmesinde rolü olduğuna ilişkin veriler vardır. Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozuklukları arasında biyokimyasal anlamda paylaşılmış ancak heterojen bir patoloji söz konusu olabilir. (Salloum ve Thase, 2000).

TANISAL YAKLAŞIM

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozukluklarının bir arada bulunuşunda tanisal yaklaşım açısından belirtilerin başlama sırası ve belirtilerin şiddeti önem kazanabilir. Bir bozukluğun düzelme döneminde diğeri gözleniyorsa birbirlerinden bağımsız kabul edilebilir. Ancak yine de bu tür bir yaklaşım sınırlı kalmaktadır. Özellikle akut dönemde bu ayırımın fazlaca bir önemi yoktur, izleme döneminde daha anlamlıdır. DSM IV'e göre; alkol zehirlenmesi ve yoksunluğu sırasında ya da sonrasında 1 ay içinde duygudurum belirtileri görülüyorsa alkole bağlı olduğu belirtilmektedir. Ancak son yıllardaki çalışmalarda alkol yoksunluğu sonrasında 3-6 ayda gözlenen duygudurum belirtileri uzun süren yoksunluk durumu olarak ele alınmakta ve alkole bağlanmaktadır (Brady ve Sone, 1995).

Bir arada bulunuşu primer ya da sekonder olarak ayırmada bazı ortak kanılara varılmıştır. Winokur ve arkadaşlarının (1995) alkol bağımlılığını primer ve sekonder olarak ikiye ayırmışlar ve bu ayırma göre BP hastalardaki alkol bağımlılığını izlemişlerdir. Primer alkol bağımlılığında BP bozukluk daha az şiddetlidir, alkol kullanımı onu belirgin hale getirmektedir. Yine primer alkol bağımlılığında 1/4 ile 2/3 oranında depresif belirtiler gözlenmektedir. Schuckit ve arkadaşlarının (1997)'nin 2945 alkol bağımlısıyla yaptıkları bir çalışmada % 26,4 oranında alkole bağlı major depresif bozukluk gözlenmiştir. Alkolü bırakma sonrası duygudurum dalgalanmaları da sıktır, bu durum yeniden alkol kullanımına yol açabilir. Primer duygudurum bozukluğu sırasında alkol alma alışkanlıkları değişebilir, sıklıkla kendini tedavi etmeye çalışma ya da yargılama bozuklukları nedeniyle bu değişiklik gözlenir. Primer alkol bağımlılığı ve sekonder duygudurum bozukluğu olan

hastaların primer duygudurum bozukluğu olanlara göre alkol sorununun çok daha fazla olduğu gösterilmiştir.

Ancak bu ayrımı yapmak her zaman kolay değildir. Yapılan çalışmalarda bu alanda ciddi güçlükler yaşanmaktadır. Öykü alınırken bilgilerin geriye dönük olarak alınması ve sağlıklı değerlendirilememesi bu güçlükleri doğurmaktadır. Ayrıca alkol bağımlılığı ve duygudurum bozukluğunun birlikte bulunduğu kişilerden öykü alınmanın da kendi içinde sorunları vardır. Bu kişiler genellikle sorunlarını yok sayma, yadsıma, çarpıtma, küçültme ya da abartma eğiliminde olabilirler. Hastaların kişilik özellikleri, bilişsel durumları ya da duygudurları nedeniyle de farklı bilgiler elde edilebilir. Değerlendirme sürecinde tüm bunlar göz önüne alınmalıdır. Bu sorunlar nedeniyle de ciddi değerlendirme ve tanılal güçlükler doğmaktadır.

KLİNİK ÖZELLİKLER

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozukluklarının bir arada bulunuşu çamurlu bir göle benzer. Belirtiler yüzeyde, kişinin işlevsellik düzeyi en diptedir. BP bozuklukla alkol bağımlılığının birlikte bulunuşu hastalığın epizod ve gidış özelliklerini etkiler. Alkol bağımlılığının varlığı hastalık döneminin başlangıcı, süresi, ilerleyiş ve görünümü üzerine etkiler yapar. Örneğin zehirlenme ve yoksunluk sürecindeki belirtiler BP bozukluk dönemlerinden biriyle çakışabilir, kısmen ya da tamamen mani ya da depresyon belirtilerini maskeleyebilir, tanı karmaşasına neden olabilir (Grant ve ark, 2004).

Ayrıca hastalık dönemlerindeki belirtilerin görünümelerini, şiddetini ve süresini de etkileyebilir. Örneğin, dürtüsellikte, şiddet davranışında artışa ve özkıyım eğilimine yolaçabilir. Yeni bir hastalık döneminin aniden başlamasına, gidışının hafif hipomaniden ağır maniyeye dönmesine ya da dönemler arasında kaymalara neden olabilir. Bu tür ani, hızlı ve şiddetli değişkenlik gösteren BP hastalarda eşlik eden alkol ya da madde bağımlılığının mutlaka araştırılması ve dikkate alınması gerekir (Sonne ve Brady, 2002).

Alkol bağımlılığının varlığı BP hastalığın gidış özelliklerini de etkiler. Hastalık dönemlerinin sıklığının artışına ve dönemler arasında kalıntı belirtilerin olmasına yol açar. Alkolün etkisiyle anksiyete, irritabilite, uyku bozuklukları, sirkadiyen ritm bozuklukları gibi durumlar kalıcı olurlar. Ayrıca tedaviye uyumu bozarak daha çok depreşme ve yinelemeye neden olur. Alkol bağımlılığı daha fazla sayıda hastalık dönemi geçirme, dönemler arasında iyilik dönemlerinin kısalması, dönemlerde belirti sayısı ve şiddetinde artış, karma, hızlı döngülü tabloların ortaya çıkışı, tedaviye direncin artışı ve hastalığın süregenleşmesine yolaçabilir. (Sonne ve Brady, 1999; 2002) Böylece alkol bağımlılığı ya da kötü kullanımının varlığı, BP bozukluğun gidış ve sonlanımının kötü olmasına, işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır (Salloum ve Thase, 2000).

Harvard McLean ilk psikoz projesinde, 100 hasta izlenmiş, 6 aylık dönemde madde kullanım bozukluğu olanlarda düzelme oranının daha düşük olduğu belirlenmiştir. Madde kullanım bozukluğu olanlarda düzelme oranı % 63 iken, olmayanlarda bu oran % 90 olarak bulunmuştur (Tohen ve ark, 2000).

BP bozukluğun varlığının alkol bağımlılığı üzerine etkileri daha az dikkat çeken bir durumdur. BP bozukluk alkol bağımlılığı gelişimi açısından bir risk etkeni olarak görülmektedir. Özellikle adölesan dönemdeki başlangıçlarda bu risk daha da artmaktadır. Ayrıca BP bozukluk dönemlerinde özellikle hipomanik ve manik dönemlerde alkol tüketimi artmaktadır. Bazen de hasta-

lar belirtileri gidermek amacıyla da alkol kullanırlar. Özellikle BP depresyondaki hastaların unipolar depresyondaki hastalara göre daha çok alkol kullandıkları bildirilmiştir.

Erken başlangıçlı BP bozukluk; adölesan dönem sorunları, dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ve davranım bozukluklarıyla çakışabilen, üstüste çakışabilen bir durumdur. Ayrırcı tanı yapmak güçtür. Duygudurum bozukluğunun varlığı alkol ve madde bağımlılığındaki dürtüsellik ve hiperaktiviteyi de arttırır. (Geller ve Luby, 1997). Böylece durum daha da karmaşık hale gelerek tanılal ve klinik süreçte ciddi zorluklar doğabilir.

Özkıyım riski hem duygudurum bozukluklarında hem de madde bağımlılığında önemli bir sorundur. BP hastalarda özkıyım riski % 25-60, alkol kullanım bozukluklarında %13-50 arasındadır. Özkıyım riski açısından madde bağımlılığı duygudurum bozukluklarından sonra ikinci sırada yer almaktadır. BP bozuklukta ektanı olarak herhangi bir madde kullanım bozukluğu varsa özkıyım riski 2 kat artmaktadır. BP bozukluk ve madde kullanım bozuklukları dürtüsellikğin yoğun olduğu hastalıklardır. Bu özellikleri nedeniyle birlikte bulduklarında özkıyım riskinin yükseldiği düşünölmektedir. Ayrıca genetik etolojinin de bunda rolü olabileceğine ilişkin açıklamalar yapılmaktadır. (Dalton ve ark, 2003, Potash ve ark, 2000).

TEDAVİ YAKLAŞIMI

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozukluklarının birlikte bulunuşu her iki bozukluğun ayrı ayrı bulunuşu durumuna göre daha farklı ele alınmalı ve değerlendirilmelidir. Akut ve süregen dönemde bu değerlendirmelerin ve yaklaşımların özellikli olması gerekmektedir.

Akut dönemde; hastaların özkıyım riskinin değerlendirilmesi, suç ve şiddet davranışların değerlendirilmesi, tıbbi değerlendirme, (özellikle de yoksunluk ve zehirlenme dönemlerinde), sosyal ve toplumsal değerlendirme, duygudurum belirtilerinin değerlendirilmesi yapılmalıdır.

İzlemede döneminde hastanın işlevsellik düzeyi, becerileri, hastalığın şiddeti, hastanın gereksinimleri belirlenip değerlendirilmeli ve buna uygun planlar yapılmalıdır. Bu dönem tedavinin bir parçasıdır. İşi, ilişkileri, sağlığı, yasal sorunları, endokrin ve nörolojik açıdan değerlendirmeleri yapılmalıdır.

Bu süreç içinde tedaviyi etkileyen bazı etkenler sözkonusudur. Ruhsal bozukluğun tipi ve şiddeti, ruhsal bozukluğun süresi, alkol bağımlılığının şiddeti, iyileşmeye karşı motivasyonu, aile öyküsü tedavi sürecini etkilerler. Genel olarak sekonder alkolizmi olan BP hastaların BP bozuklukları uygun tedavi edilirse alkolü daha kolay kesebildikleri, primer alkoliklerin ise içmeyi durdurabilirlerse duygudurum belirtilerinin daha kolay kontrol edilebildiği düşünölmektedir (Sonne ve Brady, 2002)

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozuklukları birlikteliğinde tedavinin amacı dengeyi sağlamaktır. Kavramsal çerçeve tanımlanmalı, her iki bozukluğun ortak özellikleri ve tedavi amaçları belirlenmeli, primer-sekonder ayrımı yapılmaksızın eşleştirilmiş bir tedavi planı çizilmeli, duygudurum bozukluğunun tedavisi bağımlılık dengeye ulaşmadan başlanmalı, tedavi hastanın gereksinimlerini karşılayacak elementler içermelidir. Bu grup hastada en önemli sorun hastanın tedaviye uyumunu sağlamaktır. Yadsıma ve zayıf içgörü yaygın bir durumdur (Salloum ve Thase, 2000).

Alkol bağımlılığı ve duygudurum bozukluklarının birlikte bulunuşu durumlarda hastanın motivasyonunu sağlamak çok önemlidir. Geleneksel tedavi yaklaşımla-

rında olduğu gibi sorunun farkına varma, tedaviye katılımı sağlama, yüzleştirme ve dibe vurduklarını algılatma gibi yöntemler yetersizdir. Çünkü bu olgularda çoğu zaman yargılama bozuk ve tedavi arayışı yoktur. Yüzleştirme çoğu zaman yarar sağlamaz, hatta zararlı olur. Hastaları oldukları gibi, tüm yönleriyle kabul edip bir denge arayışına girmek önemlidir. (Sciacca ve ark, 1996)

Bilişsel-davranışçı teknikler kullanılarak yapılan grup terapinin depresme ve yinelemelemin önlenmesinde yararlı olduğu düşünülmektedir.

Farmakoterapi olarak depresye alkoliklerde antidepresan tedavi yararlı ve güvenli bulunmuştur. Trisiklik antidepresanlar ve serotonin geri alım inhibitörlerinin kullanımıyla ilgili çalışmalar yapılmıştır. Fluoksetin ile yapılmış plasebo kontrollü çift kör bir çalışmada depresyonda düzelme ve alkol tüketiminde azalma olduğu gösterilmiştir (Cornelius ve ark,1997). Sertralin ile yapılan çalışmada benzer sonuç elde edilmiştir (Roy,1998). Duygudurum dengeleyici olarak özellikle antikonvülsanlar önerilmektedir. Valproatin alkol arama davranışını ve alkol tüketimini azalttığı, tutuşturma fenomenine ve kesilme belirtilerine yararlı olduğu düşünülmektedir (Albanese ve ark, 2000; Brady ve ark, 1995) Toksik doz ve kötü kullanım açısından verilecek ilaçların iyi değerlendirilmesi gerekir.

KAYNAKLAR

- 1- Albanese MJ, Clodfelter RC, Khantzian EJ. Divalproex sodium in substance abusers with mood disorder. *J Clin Psychiatry*, 2000; 61: 916-921.
- 2- Berrettini WH, Ferraro TN, Goldin LR, et al. A linkage study of bipolar illness. *Arch Gen Psychiatry*, 1997; 54: 27-35.
- 3- Brady KT, Sone SC. The relationship between substance abuse and bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*, 1995; 15(suppl 3): 19-24.
- 4- Brady KT, Sonne SC, Anton R, et al. Valproat in the treatment of acute bipolar affective episodes complicated by substance abuse: A pilot study. *J Clin Psychiatry*, 1995; 56: 118-121.
- 5- Brown ES, Suppes T, Adinoff B, Rajan Thomas N. Drug abuse and bipolar disorder : comorbidity or misdiagnosis ? *J Affect Disord*, 2001; 65: 105-115.
- 6- Cassidy F, Ahearn EP, Carroll BJ. Substance abuse in bipolar disorder. *Bipolar Disord*, 2001; 3: 181-188.
- 7- Chengappa KNR, Levine J, Gershon S, Kupfer DJ. Lifetime prevalence of substance or alcohol abuse and dependence among subjects with bipolar I and II disorders in voluntary registry. *Bipolar Disord*, 2000; 2: 191-195.
- 8- Cornelius FH, Sallaum IM, Ehler JG, et al. Fluoxetine in depressed alcoholics: A double-blind, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 1997; 54:700-705.
- 9- Dalton EJ, Cate-Carter TD, Mundo E, et al. Suicide risk in bipolar patients: the role of comorbid substance use disorders. *Bipolar Disord*, 2003; 5: 58-61.
- 10- Geller B, Luby J. Child ve adolescent bipolar disorder: a review of the past 10 years. *J Child Adolesc Psychiatry*, 1997; 36: 1168-1176.
- 11- Goodwin RD, Stayner DA, Chinman MJ, et al. The relationship between anxiety and substance use disorders among individuals with severe affective disorders. *Compr Psychiatry*, 2002; 43: 245-252.
- 12- Grant BF, Stinson FS, Dawson DA, et al. Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 2004; 61:807-816.
- 13- Gratzner D, Levitan RD, Sheldon T, et al; Lifetime rates of alcoholism in adults with anxiety, depression, or comorbid depression/anxiety: a community survey of Ontario, *J Affect Disord*, 2004; 79: 209-215.
- 14- Helzer JE, Pryzbeck T. The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *J Stud Alcohol*; 1988; 49: 219-224.
- 15- Kessler RC, Crum RM, Warner LA, et al. Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 1997; 54:313-321.
- 16- Merikangas KR, Gelernter CS. Comorbidity for alcoholism and depression. *Psychiatr Clin North Am*. 1990; 13: 613-632.
- 17- Modesto-Lowe V, Kranzler HR. Diagnosis and treatment of alcohol-dependent patients with comorbid psychiatric disorders, *Alcohol Res Health*, 1999; 23:144-149.
- 18- Potash JB, Kane HS, Chiu YF , et al. Attempted suicide and alcoholism in bipolar disorder: clinical and familial relationships. *Am J Psychiatry*, 2000; 157: 2048-2050.
- 19- Preisig M, Fenton BT, Stevens DE, Merikangas KR. Familial relationship between mood disorders and alcoholism. *Compr Psychiatry*, 2001; 42: 87-95.
- 20- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, et al; Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) study, *JAMA*, 1990; 264: 2511-2518.
- 21- Roy A. Placebo controlled study of sertraline in depressed recently abstinent alcoholics. *Biol Psychiatry*, 1998; 44: 633-637.
- 22- Sallaum IM, Thase ME. Impact of substance abuse on the course and treatment of bipolar disorder, *Bipolar Disord*, 2000; 2:269-280.
- 23- Schuckit MA, Tipp JE, Bergman M, et al. Comparison of induced and independent major depressive disorders in 2945 alcoholics, *Am J Psychiatry*, 1997; 154: 948-957.
- 24- Sciacca K, Thompson CM . Program development and integrated treatment across systems for dual diagnosis: mental illness, drug addiction and alcoholism, *MIDAA. J Ment Health Admin*, 1996; 23: 288-297.
- 25- Sevinçok L, Küçükardalı Y, Dereboy C ve ark. Genç erkeklerde madde kullanımı: sosyodemografik özellikler ve psikiyatrik tanıları. *Türk Psikiyatri Derg*, 2000; 11: 40-48.
- 26- Sonne SC, Brady KT. Substance abuse and bipolar comorbidity. *Psychiatr Clin North Am*, 1999; 22: 609-627.
- 27- Sonne SC, Brady KT. Bipolar disorder and alcoholism, *Alcohol Res Health*, 2002; 26:103-108.
- 28- Tohen M, Hennen J, Zarate CM, et al. Two-year syndromal and functional recovery in 219 cases of first episode major affective disorder with psychotic features. *Am J Psychiatry*, 2000; 157: 220-228.
- 29- Türkçapar MH, Akdemir A, Elverici ŞK ve ark. Yatarak tedavi gören bir grup alkol bağımlısında ek psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları, depresyon ve kaygı düzeyleri. *3P Dergisi*, 1997; 5: 29-34.
- 30- Winokur G, Cook B, Liskow B, et al. Alcoholism in manic-depressive (bipolar) patients. *J Stud Alcohol*, 1993; 54:574-576.
- 31- Winokur G, Coryell W, Akiskal HS, et al; Alcoholism in manic-depressive (bipolar) illness: Familial illness, course of illness, and the primary-secondary distinction, *Am J Psychiatry*, 1995; 152: 365-372.
- 32- Winokur G, Turvey C, Akiskal H, et al; Alcoholism and drug abuse in three groups- bipolar I, unipolars and their acquaintances. *J Affect Disord*, 1998; 50: 81-89.

MADDE BAĞIMLILARININ TEDAVİ SONRASI SOSYAL YAŞAMDAKİ SORUNLARI VE SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Problems of Substance Addictededs in Social Life After Treatment and Practices of Social Work

Çağrı Sevin¹, Ercüment Erbay¹

ÖZET

Bağımlılık, önemli bir biyopsikososyal sorun olarak toplumumuzu etkilemektedir. Bununla birlikte bağımlılığın biyolojik boyutu ile ilgili çok sayıda çalışma yapılırken psikososyal boyutu ile ilgili yapılan çalışmaların kısıtlı olduğu söylenebilir. Bu kısıtlılık içinde işleyen bir süreç, bağımlılık sorununa geçici ve palyatif çözümler üretmekten öteye gidememektedir. Bu çerçevede makalede ağırlıklı olarak madde bağımlılığının bu çok yönlü boyutu ele alınacak ve ihmal edilen psikososyal boyutta, sosyal hizmet mesleği odağında neler yapılabileceği tartışılacaktır.

Daha ayrıntıya girilecek olursa makalede; madde bağımlılığı konusunda kısa bir giriş yapıldıktan sonra; tedavi sonrasında sosyal yaşamda ortaya çıkan sorunlar ve bunlara yönelik sosyal hizmet uygulamaları aktarılacaktır. Sosyal hizmet uygulamaları bölümünde; birey, aile ve topluma yönelik çalışmalar güçlendirme perspektifi ve ekip çalışması gibi odaklarda çok boyutlu olarak ele alınacaktır.

Anahtar kelimeler: Madde bağımlısı, sosyal yaşam, sosyal hizmet.

ABSTRACT

Addiction affects the our society as an important biopsychosocial problem. However it can be said that studies related psychosocial dimension are limited while there are lots of studies about biological dimension of addiction. This kind of a restricted process produces temporary solutions for addiction problem. In this context this article presents multidimensial approach, neglected psychosocial dimension and also what can be done in the focus of social work profession.

In detailed in this article firstly a basic introduction will be made, then the problems emerged in social life after treatment and social work practices to solve them will be presented. In the chapter of social work practices, individual, family and community based practices will be discussed as multidimensional in the focus of empowerment perspective and team work.

Key words: Substance addicted, social life, social work.

GİRİŞ

Madde bağımlılığı, herhangi bir kimyasal maddeye olan aşırı tutkunluk ve o madde bulunmadığında ortaya çıkan fiziksel ve sosyal sorunların yaşanması durumudur (1). Bağımlılığın nedenleri ise en genelde bireysel faktörler, kişilerarası risk faktörleri ve durumsal (varolan yapı ve bağlam) faktörler olarak sıralanabilir (2).

Bağımlılık sorunu, bireylerin sosyal işlevselliğini olumsuz yönde etkileyen ve toplumsal yansımaları olan önemli bir sosyal sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu sosyal sorunun tıbbi boyutu çok önemli olmakla birlikte; determinist bir bakış açısıyla ele alındığında psikolojik, sosyal ve ekonomik boyutları da büyük bir önem arz etmektedir.

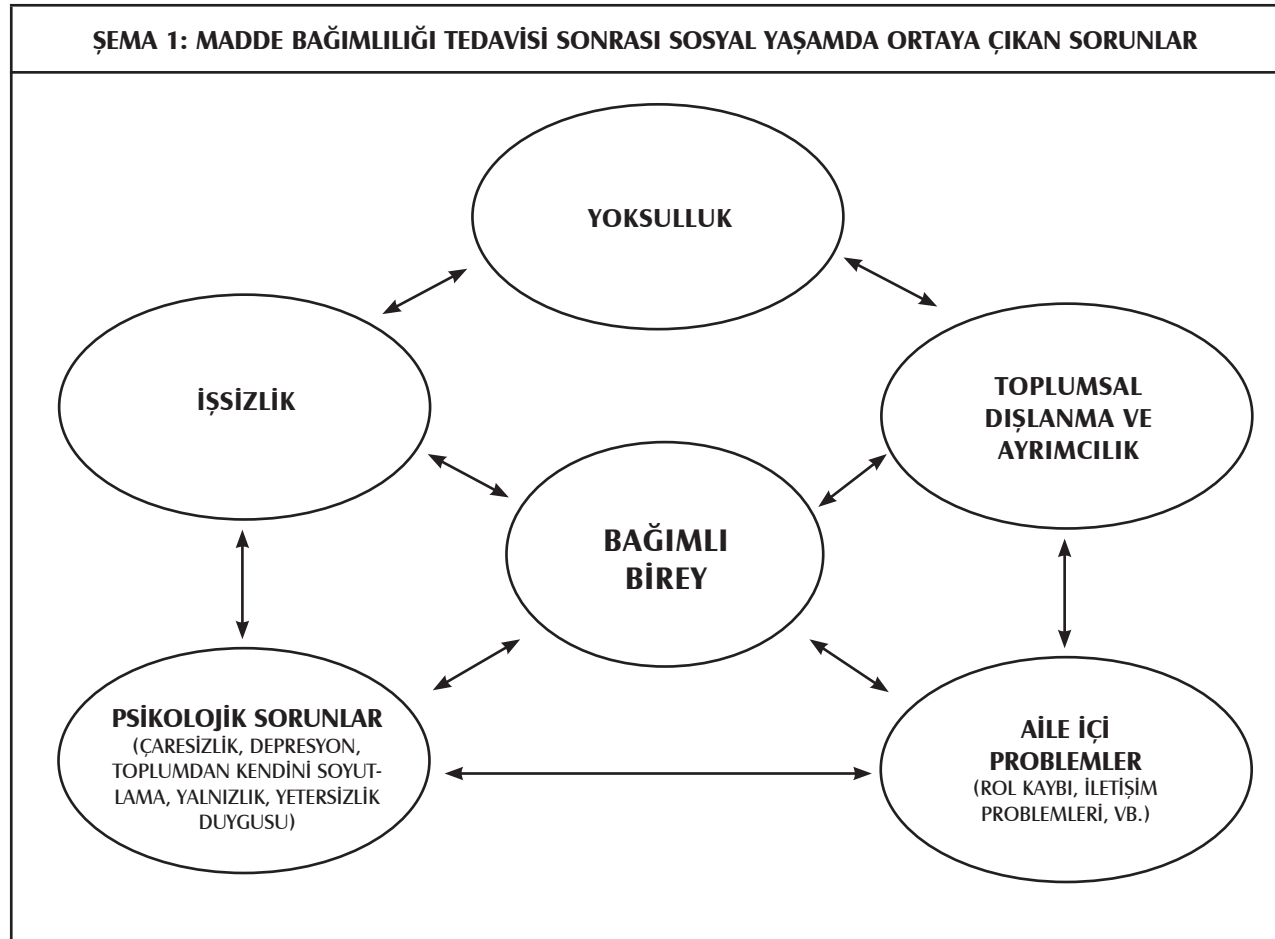
Madde bağımlılığı sorununa çözüm yolları üretirken bu yönlü bir bakış sergilenmediği takdirde, uygulamada da görüldüğü üzere nüksetme ve kalıcı çözüm üretilmemesi sorunları ortaya çıkmaktadır. Öyle ki bu şekildeki bir süreç, yalnızca bağımlılık sorunu olan bireyi değil, ailesini ve en genelde içinde yaşadığı toplumun üyelerini de olumsuz etkilemektedir.

Madde bağımlılığını, sosyal sorunlar bağlamında ele alındığında, tek boyutlu ve tek sonuçlu bir sorun gibi düşünmek büyük bir yanlış olacaktır çünkü madde bağımlılığı, birçok sosyal sorunla bağlantılı ve iç içe bir sorundur. Birçok sosyal sorunun hem nedeni hem sonucu durumundadır. Bu bağlamda konunun çok yönlü bir bakışla analiz edilmesi gereklidir. Bu bakışta ise sosyal hizmet mesleğinin durumu ve

katkısı çok önemli olmaktadır. Çok boyutlu sorunların çözülmesi süreci, sosyal hizmet mesleğinin doğasına, ortaya çıkışına ve uygulamalarına birebir uymaktadır.

MADDE BAĞIMLILIĞI TEDAVİSİ SONRASINDA SOSYAL YAŞAMDA ORTAYA ÇIKAN SORUNLAR

Madde bağımlılığı tedavisi sonrasında ortaya çıkan sorunlara kalıcı çözümlerin üretilmesi ve bireyin sosyal ve psikolojik olarak iyilik halinin sağlanması, sorunlara yönelik bütüncül ve kapsamlı bir sorun analizini gerektirmektedir. Sosyal hizmet mesleğinin sosyal sorunlara yönelik olarak katkısı ve bakışı tam da bu noktada önemli olmaktadır. Sosyal hizmet mesleği, sorunlara birey, aile ve toplum düzeyinde kapsamlı ve çok boyutlu bir bakış açısıyla yaklaşır. Madde bağımlılığı sorununda da sosyal hizmetin bu çok boyutlu bakışına ihtiyaç vardır. Bu çerçevede madde bağımlılığının tedavisi sonrasında ortaya çıkan sorunlar, sosyal hizmetin çok boyutlu bakışını yansıtan birey, aile ve toplum düzeyinde ele alınacaktır ancak buradaki en temel nokta, üç düzeyde yaşanan sorunların birbirini etkilediği ve çoğu zaman iç içe olduğudur. Bu birbirini etkileme sürecinin daha net anlaşılabilmesi için bir şema oluşturulmuştur (bkz. Şema 1). Şemada gerek literatürdeki bilgilerden gerekse sosyal hizmet mesleğinin bakış açısından yararlanılarak bir sentez yapılmaya çalışılmıştır. Şemada başlıklar daha da ayrıntılandırılabilir ancak genel olarak yaşanan sorunları işaret etmek açısından yeterlidir.



Şema 1’de ifade edilen tüm sorunlar, ayrı ayrı ancak paralel müdahale planları gerektiren sorunlar olup, kalıcı çözümler üretilmediği takdirde madde bağımlılığının nüksetmesine olanak sağlayıcı bir sürecin başlangıcı olabilir. Bu noktada Şema 1’de aktarılan ve birbiriyle bağlantılı olan tüm bu sorunlara kısaca değinmek yararlı olacaktır.

Madde bağımlılarının tedavi sonrası süreçte yaşadıkları çeşitli sıkıntılar Collins; aile problemleri, ekonomik problemler ve psikolojik problemler olarak sıralamaktadır (3).

Madde bağımlılığının en önemli sosyal etkisi, ailede kendini göstermektedir. Yetişkinler açısından madde bağımlılığı sorununu yaşamış ve ekonomik anlamda ailesine katkı sağlayamayan bir birey, hem ailedeki rol modelini kaybetmekte hem de aile ciddi ekonomik sıkıntılar içerisine girmektedir. Özellikle ekonomik düzeyi yetersiz aileler için bu durum söz konusu olabilmekte ve ailedeki yoksulluk sorunu çok daha karmaşık bir hal alabilmektedir. Bu süreçte ailede kadınlar, lider ebeveyn rolünü üstlenmekte ve ailedeki yükü omuzlarına almaktadırlar.

Madde bağımlılığının ailedeki çocuklara etkisi ise en önemli sorunlardan birisidir. Madde bağımlılığı ve beraberinde yaşanan sorunları deneyimleyen bir aile ortamında çocuğun olumsuz bir psikolojik etki altında kalmaması düşünülemez. Çocukların ailede model olarak seçtikleri ebeveynlerin bu tür bir sorun yaşamaları, ailedeki denge- nin bozulmasına ve çocuğun aile dışı çözümler aramasına neden olabilmektedir. Öte yandan çocuğun sağlıklı gelişimi için gerekli fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik ihtiyaçları ailede tam anlamıyla karşılanamamaktadır.

Ailede çocuk veya genç madde bağımlısı ise sorun şekil değiştirmekte ancak ailenin bu durumdan olumsuz etkilenme süreci baki kalmaktadır. Çocuk ve genç üzerindeki olumsuz etkileri; eğitim sürecine yansımakta, kendisini başarısızlık ve okul yaşamından kopma ve arkadaş çevresinden dışlanma gibi noktalarda gösterebilmektedir.

Madde bağımlılarının tedavi sonrası süreçte yaşadığı en önemli sorunlardan birisi de işsizliktir. Tedavi görmüş olsa dahi eski bir madde bağımlısı olan yetişkinin iş bulmasında ciddi zorluklar yaşanmaktadır. Bu bağlamda işsizlik sorunu, aynı zamanda ayrımcılık sorunuyla bağlantılı olarak gelişebilmektedir. Eski bir madde bağımlısına karşı toplumda bir ayrımcılık her zaman söz konusu olabilmektedir.

Toplumda istihdam sürecine katılamayan bir birey, sosyal işlevselliğini tam olarak yerine getirememekte ve böyle bir süreç bireyde bir takım olumsuz psiko-sosyal etkiler oluşturmaktadır. Bu psiko-sosyal etkiler; güven eksikliği, depresyon, yetersizlik duygusu, çaresizlik, toplumdan kendini soyutlama ve yalnızlık gibi etkilerdir. Bu sayılan psiko-sosyal etkiler ve en temelde toplumda kabul görmeme, çareyi yeniden maddede arama olarak karşımıza çıkabilmektedir.

Madde bağımlısı olan bireyler, toplumdan kendilerini soyutlayarak kendileri gibi madde kullanan bireylerle birlikte olmayı tercih etmektedirler. Kişiyi bu tarz bir gruplaşmaya toplum da itmektedir. Toplum tarafından dışlanan birey, çalışıyorsa işine, okuyorsa okuluna gitmemekte, hem aile ortamında hem sosyal ortamda ilişki bozuklukları yaşamaktadır (4).

Yukarıda özetlenen tüm sorunların çözümü, multidisipliner bir çalışmayı gerektirir. Bu çalışma içerisinde en önemli mesleklerden birisi ise sorunun sosyal boyu-

tuna odaklanan; bütüncül ve çok boyutlu bakış açısına ve müdahale planlarına sahip sosyal hizmet mesleğidir.

MADDE BAĞIMLILIĞINDA SOSYAL HİZMET UYGULAMALARI

Sosyal hizmet; sosyal sorunların birey, aile ve toplum üzerindeki olumsuz etkilerini mikro (birey), mezo (grup-aile) ve makro (toplum) düzeylerde ortadan kaldırmayı amaç edinen ve değişim ajanı fonksiyonuyla sorunları bütüncül bakış açısıyla ele alan bir meslektir.

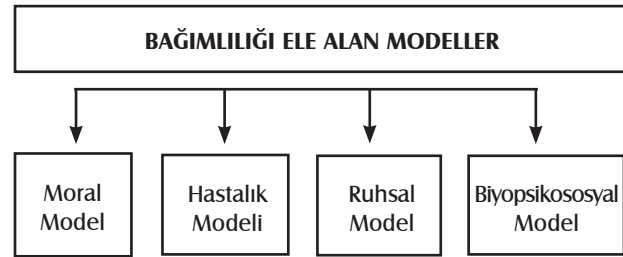
Uluslararası Sosyal Hizmet Uzmanları Federasyonu’nun tanımına göre ise sosyal hizmet; insan hakları ve sosyal adalet ilkelerini temel alan, sosyal değişimi destekleyen, insanların iyilik durumunun geliştirilmesi için insan ilişkilerinde problem çözmeyi, güçlendirmeyi ve özgürleştirmeyi amaçlayan insan davranışına ve sosyal sistemlere ilişkin teorilerden yararlanarak insanların çevreleri ile etkileşim noktalarına müdahale eden bir meslektir (5).

Son bir tanıma göre sosyal hizmet; insanlara bakım, koruma veya danışma sunarak yaşamlarındaki ciddi zorlukların üstesinden gelmelerini amaçlayan profesyonel bir faaliyettir (6).

Türkiye’de sosyal hizmet eğitimi 1961 yılından bu yana devam etmekte olup, mezun olduğunda alınan ünvan sosyal hizmet uzmanıdır (kamu kurumlarında sosyal çalışmacı olarak ifade edilmektedir).

Sosyal hizmet mesleğini diğer meslek dallarından ayıran özellik; sorunları tüm boyutlarıyla ele almasından ileri gelir (sosyal, kültürel, fiziksel, psikolojik ve ekonomik olmak üzere tüm boyutlarda sorun analizleri).

Madde bağımlılığı konusunda ise sosyal hizmetin duruşu nettir. Bu duruşu aktarmadan önce literatürde bağımlılığı ele alan modelleri anlatmak daha pragmatik olacaktır.



Bağımlılığı ele alan modelleri ayrıntılı olarak ele aldığımızda; moral modelde madde kullanan birey, hem madde bağımlılığı probleminin ortaya çıkışından hem de onun çözümünden sorumlu tutulmaktadır. **Hastalık modeli** ise en yaygın olarak kullanılan model olmakla birlikte, bağımlılığa alta yatan bir hastalık koşulunun neden olduğu ve tıbbi müdahale olmaksızın bağımlılığın tedavi edilemeyeceğini savunur. **Ruhsal model**, adsız alkolikler tarafından temsil edilmektedir. Modele göre insanlar kendi koşulları üzerinde kişisel olarak güçsüzdürler ve sonuç olarak iyileşmenin gücüne inanmak zorundadırlar. **Biyopsikososyal model**, önleme ve bağımlılığın nüksetmesini engelleme çalışmalarına odaklanmaktadır. İnsanlar kişisel olarak problemin gelişiminden suçlu olarak düşünülmemektedir ve değişimi sağlamada basamakları aşmak için yardım görürler. Madde bağımlılığı yavaş yavaş ve sistematik bir biçimde

engellenmesi gereken kötü bir alışkanlık olarak görülür (7).

Yukarıda aktarılan modellerin bağımlılığa bakışları analiz edildiğinde; sorunu tıbbi, psikolojik ve sosyal boyutuyla bir arada değerlendiren modelin biyopsikososyal model olduğu görülmektedir. Kuşkusuz diğer modeller de sorunun çözümüne yönelik önemli boyutlara sahiptir ancak bütüncül bakışı yansıtmak adına biyopsikososyal modelin çok daha güçlü yanları olduğunu belirtmek gerekir. Bu çerçevede sosyal hizmet mesleğinin bakışını en iyi şekilde biyopsikososyal modelin yansıttığı düşünülmektedir çünkü diğer sosyal sorunlar gibi madde bağımlılığı sorunu da çok boyutlu, bütüncül bir analizi ve başından sonuna kadar ciddi bir izleme sürecini gerektirir. Madde bağımlılığı sorununun çözümüne yönelik gerçekleştirilebilecek sosyal hizmet uygulamaları, sorunun hem kalıcı çözümüne hem de koruyucu-önleyici fonksiyonuyla bireyin sosyal işlevselliğine katkı sağlayacaktır. Öte yandan sorunun yalnız bağımlı birey değil çevresini ve en genelde toplumu da etkilediği düşünüldüğünde; tam da bu noktada farklı düzeylerde sosyal hizmet uygulamalarının ne kadar önemli olduğu ortaya çıkacaktır.

Madde bağımlılığı sorununa yönelik olarak biyopsikososyal modellerle birlikte vurgulanmak istenen diğer bir yaklaşım güçlendirme yaklaşımıdır (empowerment approach). Bu makalede bağımlılığın güçlendirme yaklaşımı çerçevesinde ele alındığını belirtmek gerekir. Güçlendirme yaklaşımı; güçsüzlük kavramıyla ilgilidir. Güçsüzlük; genel toplum içinde ayrımcılığa uğrayan grupların ortak durumudur. Bireyler, özellikle ilişkilerinde kendilerini güçsüz ve çaresiz hissederler. Bu çerçevede güçlendirme; bireylerin yaşam koşullarını geliştirmeleri için kişisel güç, kişilerarası güç ya da politik gücü artırma sürecidir (8). Güçlendirme yaklaşımı, bireyin sorununu kabullenerek çözüm sürecinde aktif olabilmesi için desteklenmesi, sorunla baş etme yöntemlerinin geliştirilmesi ve en genelde bireyin içindeki gücün harekete geçirilmesi yaklaşımlarını içerir. Konunun aile boyutunda; bağımlılığın olumsuz etkilerini en üst düzeyde yaşayan ailelerin desteklenmesi oldukça önemli bir konudur. Onlarla gerçekleştirilecek hem bireysel hem de grup çalışmaları (paylaşım grupları, destek grupları, eğitim grupları) sorunla baş edebilme kapasitelerinin artırılmasına yardımcı olacaktır çünkü ailenin sorunu kabullenmesi, konu hakkında bilgi sahibi olması ve destek mekanizmasının işleme önemli süreçlerdir.

Madde bağımlılığı konusunda sosyal hizmet mesleğinin temel duruşunu ilgili yaklaşımlarla aktardıktan sonra; soruna yönelik mesleğin temel işlev ve görevlerinin aktarılmasına geçilebilir.

Sosyal hizmet mesleğinin madde bağımlılığı sorununun tedavisinde eksik gördüğü ve ihmal edildiğini düşündüğü başlıca konu izleme ve takiptir. İzleme ve takip aşaması tedavi sonrası süreci kapsayan ve sosyal boyutlu bir müdahaleyi içeren bir süreçtir.

Uygulamada görülmektedir ki; tedavi gören madde bağımlıları tedavi sonrası süreçte izlenmemekte ve buldukları sosyal ortama doğrudan geri gönderilmektedir. Aslında bu noktada en temel sorun, tedaviyi sadece tıbbi müdahale kapsamında ele alan anlayıştır. Oysa ki sağlık tanımı, sosyal iyilik haline

de vurgulamaktadır (9). Bağımlı birey hastaneden çıktığı anda tedavisi bitmiş olarak düşünülmemelidir. İdeal bir tedavi, hastanede yürütülen tıbbi tedavi ve tedavi sonrası sosyal yaşamda izleme olarak iki aşamalı bir süreçtir. Bağımlılık yaşamış bir birey, tedavi sonrasında aynı sorunlu ortama döndüğünde tedaviden tam olarak başarı sağlanamayacaktır.

Peki tedavi sonrası yaşamda sosyal hizmet mesleğinin işlevleri neler olacaktır? İlk olarak şunu belirtmek gerekir ki; bağımlılık sorununa yönelik sosyal hizmet sadece tedavi sonrası çalışmalar yürüten bir meslek değildir. Sosyal hizmet uzmanları, tedavi sürecinin en başından itibaren çalışmalarına başlar ve hasta taburcu olduktan sonra da çalışmalarına devam eder. Sosyal hizmet uzmanları tüm bu süreçte aşağıdaki planlı değişim sürecini takip eder:

1- Tanışma (Introduction): Bu aşama, hastanın sosyal hizmet uzmanına başvurduğu veya havale edildiği anda başlar. Ayrıca sosyal hizmet uzmanı, hastaneye ilk geldiği anda da hastayı ziyaret edebilir ve tanışma gerçekleşir. Bu aşama, hastayla sosyal hizmet uzmanı arasındaki güven sürecinin ilk olarak oluşmaya başladığı ve sorunun kısa bir analizinin de yapıldığı bir aşamadır. Sosyal hizmet uzmanı bu aşamada, güven oluşturmaya ve sorunla ilgili ilk ipuçlarını almaya yönelik iletişim ve görüşme tekniklerini kullanır.

2- Ön değerlendirme (Assesment): Bu aşama, sorunun çok daha kapsamlı ve ayrıntılı olarak irdelendiği bir süreçtir. Bu aşamada sosyal hizmet uzmanı, hastayı sosyal, kültürel, ekonomik ve psikolojik boyutlarda değerlendiren bir sosyal inceleme raporu hazırlar. Bu rapor, hastayla, ailesiyle, gerekirse komşu ve akrabalarıyla görüşülerek yapılır. Sadece hastanede yapılan görüşmeyle yetinilmez, hastanın yaşadığı sosyal ve fiziksel çevre de sürece dahil edilir. Bu süreç sonunda hazırlanan kapsamlı sosyal inceleme raporu, bağımlı bireyle ilgilenen doktor, hemşire, psikolog ve psikiyatriste de aktarılır ve tedavi sürecinin çok boyutlu yürütülmesi sağlanır.

3- Planlama (Planning): Hazırlanan sosyal inceleme raporu ve yapılan tıbbi tetkikler kapsamında bir müdahale planı oluşturulur. Bu noktada ekip çalışması kavramına tekrar bir vurgu yapmak gereklidir. Hazırlanacak plan, ilgili tüm profesyonellerin tam katılımını gerektirir. Müdahale planında tüm profesyonellerin ayrı ayrı rol tanımları yapılarak görev dağılımı planlanır. Daha sonraki tüm aşamalarda profesyoneller birbirleriyle çalışmalarını paylaşmalı ve tedavi görev bağımlı bireyler hakkında rutin toplantılar yapılmalıdır.

4- Uygulama (Implementation): Bu aşama, müdahale planının uygulamaya konulduğu aşamadır. Doktor ve hemşireler bağımlı bireyin tıbbi tedavisini yürütürken; psikolog ve psikiyatrist psikolojik sorunlarla derinlemesine ilgilenir. Sosyal hizmet uzmanı ise hastanın hastaneye uyumu, bağımlılığını kabul etmesi ve bağımlılıkla baş etmek üzere güçlendirilmesi üzerine çalışmalar yapar. Ayrıca bağımlı bireyin aile ilişkilerindeki sorunların düzeltilmesine yönelik gerek bireysel gerekse tüm aileyi sürece katan çalışmalar yapılması, ailenin ekonomik sorunlarına yönelik ilgili kurumlarla (Sosyal Yardımlaşma ve Dayanışma Vakıfları, Belediyeler, Dernekler vb.) irtibata geçilmesi ve geçici sosyal yardımların sağlanması, uzun

dönemde ise bağımlı bireyin tedavi sonrası iş bulmasına yönelik varolan çeşitli istihdam projeleri ve Türkiye İş Kurumu ile irtibata geçilmesi gibi faaliyetlerde bulunur.

5- Son değerlendirme (Evaluation): Müdahale planının uygulanması sürecinin değerlendirildiği aşamadır. Bu noktada hedefler ve amaçların başarılıp başarısız olduğu ekip tarafından değerlendirilir. Eğer başarısız konular varsa, gerek görüldüğü takdirde yeniden planlama aşamasına dönülebilir. Son değerlendirme sonucu müdahale planı, başarılı olarak nitelendirilirse sonlandırma aşamasına geçilir.

6- Sonlandırma (Termination): Bu aşama, profesyonel müdahale sürecinin başarıyla gerçekleştirilmesinin ardından gündeme gelir. Hasta bağımlılık sorunundan kurtulmuştur ancak bağımlılıkta nüksetme riski her zaman akılda tutulur ve izleme süreci ihmal edilmez.

7- İzleme (Follow-up): Özellikle bağımlılık sorununda önem verilmesi gereken bir aşamadır. Bu aşamaya gereken önem verilmediği takdirde gerçekleştirilen tüm başarılı çalışmalar boşa gidebilir. Bağımlılığın ortaya çıkışında etkili olan sosyal ve fiziki çevrenin izlenmesi ve gerekli çalışmaların yürütülmesi gereklidir. Sosyal hizmet uzmanı, tedavi sonrası süreçte de sosyal incelemelerini ev ziyaretleri, birey ve ailesiyle derinlemesine görüşmeler yoluyla yürütmelidir. Hasta sosyal işlevselliğini başarıyla sağladığı anda izleme süreci de sona erer.

Sosyal hizmet uzmanları yukarıda ifade edilen çalışmalar dışında makro boyutta müdahaleler de yürütür. Makro müdahaleler, politik düzeyde değişiklikleri ve düzenlemeleri kapsar (10). Öte yandan makro boyutta gerçekleştirilecek politik düzenlemelere sosyal boyutun dahil edilmesi son derece önem taşımaktadır. Bağımlılık sorununun çözümü için yürütülecek bürokratik girişimler (uyuşturucuyla savaş gibi) başarısız olmaktadır çünkü bu girişimler temel sosyal sorunları göz ardı etmektedir (11).

Politika düzeyinde arzu edilen düzenlemeleri oluşturmak için sosyal hizmet uzmanları lobicilik, savunuculuk, kamuoyu oluşturma ve kaynakları harekete geçirme işlevleriyle girişimlerde bulunmalıdır. Uygulamalar düzeyinde ideale ulaşmak, politika ve strateji düzeyinde sağlam bir temelin yaratılmasıyla mümkündür.

SONUÇ

Sosyal hizmet mesleğinin ilgi alanına giren önemli sosyal sorunlardan birisi madde bağımlılığıdır. Bireyler, aileler ve en genelde toplum, bu sorundan muzdarip olmakta ve sorun ciddi çözümler gerektirmektedir. Çok boyutlu etki düzeyine sahip bir sosyal sorunun tedavisi, aynı şekilde çok boyutlu bir bakış açısına sahip sosyal hizmet mesleğinin tedavi sürecinde yer almasıyla tam anlamıyla çözülebilir. Bu bakış açısıyla madde bağımlılarının tedavi edildiği merkezlerde, sosyal hizmet uzmanı da ekipler içerisinde aktif olarak yer almalı; sağlığın sosyal boyutu hiçbir zaman ihmal edilmemelidir. Mikro, mezzo ve makro boyutlarda yürütülebilecek sosyal hizmet müdahaleleriyle madde bağımlılığı, üstesinden çok daha kolay gelinebilecek

bir sorun haline dönüştürülebilir. Bununla birlikte bu çalışmada ifade edilen ideal bir tedavi süreci, sağlıkta yeni bir anlayışın gerekliliğini ortaya koymaktadır. Basit bir örnekle sosyal hizmet uzmanının ev ziyaretleri yapması için gerekli olan ulaşım aracı, hastanelerin yönetim anlayışı çerçevesinde sağlanmayabilir. Bu ve benzeri pek çok sorun, yeni politika ve stratejilerin geliştirilmesini gerektirir. Bu çalışmada ifade edilen ideal ve kapsamlı tedavi sürecini uygulayan başarılı örnekler çoğaldıkça, ilgili yasal düzenlemeler de beraberinde gelecektir.

KAYNAKLAR

- 1- Köknel Ö. Alkol ve Madde Bağımlılığı Altkültürü. Bağımlılık Dergisi 2001; 2: 71-76.
- 2- Wallace, J. The Social Ecology of Addiction: Race, Risk and Resilience. Publication of American Academy of Pediatrics 1999: 1122-1127.
- 3- Collins, S., Ottley, G. and Wilson, M. "Historical Perspectives and The Development of Community Services" Alcohol, Social Work and Helping. Routledge, 1990.
- 4- Duman N. Uçucu Madde Bağımlılığı Olan Çocuk ve Gençlere Yönelik Sosyal Hizmet Müdahalesi. İnsani Gelişme ve Sosyal Hizmet: Prof. Dr. Nesrin Koşar'a Armağan. Ankara: H. Ü. SHY Yayını no: 009, 2001.
- 5- International Federation of Social Workers Official Web Site. <http://www.ifsw.org/en/p38000208.html>, 12.06.2007.
- 6- Thomas M. and Pierson J. Dictionary of Social Work. London: Collins Educational, 1995: 5.
- 7- De Angelis, T. No one method better in treating addiction. The APA monitor 1991:10.
- 8- Öntaş, Ö. "Güçlendirme Yaklaşımı" Prof. Dr. Nihal Turan'a Armağan: Sosyal Hizmette Yeni Yaklaşımlar ve Sorun Alanları. Ankara: H. Ü. SHY Yayını no: 008, 2001: 103-108.
- 9- <http://www.who.int/suggestions/faq/en/index.html> - 15.07.2007.
- 10- Zlupko-Nelson, L., Kauffman, E., Dore, M. Gender Differences in Drug Addiction and Treatment: Implications for Social Work Intervention with Substance-Abusing Women. Publication of National Association of Social Workers 1995:45-54.
- 11- Truan, F. Addiction as a Social Construction: A Postempirical View. The Journal of Psychology 1993;127: 489-499.

EROİNE BAŞLAMADA YENİ BİR MOTİVASYON: DİABETLİ 3 OLGU

A New Motivation for Heroin Use: Three Diabetic Cases

Neslihan Cansel¹, Haluk A. Savaş², Arzu Özovacı³, Aysun Kalenderoğlu³, Esen Savaş⁴

ÖZET

Opioidler bağımlılık ihtimali çok yüksek maddeler olmakla birlikte, analjezik etkilerinden dolayı tıbbi tedavi olarak zaman zaman kullanılmaktadır. Bu nedenle süregelen bir hastalığın neden olduğu ağrıyı ya da bazen psikiyatrik rahatsızlığı gidermek için de insanlar madde kullanmaya başlamaktadırlar. Ancak bildiğimiz kadarıyla literatürde diabeti iyileştireceği -ya da kan şekerlerini düzenleyeceği- düşüncesiyle madde kullanmaya başlayan ya da bağımlılık geliştiren olguya rastlanmamıştır. Bu yazıda "diabeti iyileştirmek amacıyla" eroin kullanmaya başlayan üç diabet hastasının kliniği tartışılacaktır.

Anahtar kelimeler: Diabetes mellitus, eroin bağımlılığı, yoksunluk.

ABSTRACT

Although opioids are known to have a great potential for dependency, they are used in medicine for their analgesic affects. Therefore, drug dependency and abuse is not limited only with classical opioid addicts but also with people who have started to use it to exterminate their pain caused by a chronic disease or their psychiatric disease. As far as we know, people who began or became an addicted to a drug to heal their diabetes mellitus or to regulate their blood glucose haven't been in literature. In this report, clinics of three diabetic patients who began using heroin to heal their diabetes will be discussed.

Key words: Diabetes mellitus, heroin dependency, absence.

¹ Öğr. Gör. Dr. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

² Doç. Dr. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

³ Araş. Gör. Dr. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı

⁴ Uzm. Dr. Gaziantep Av. Cengiz Gökçek Devlet Hastanesi İç Hastalıkları Bölümü

GİRİŞ

Opioid bağımlılığı günümüzde; kullanıma başlanması, kullanmanın sürdürülmesi ve maddeden uzak kalma süreçleri sonrasında tekrarlanması açısından, çoklu etmenlerin etkileşime girdiği biyopsikososyal bir bozukluktur. Bu nedenle farmakolojik, sosyal, çevresel, kişilikle ilgili, psikopatolojik, genetik ve ailesel etmenler kötüye kullanım ve bağımlılığı değerlendirilirken göz önünde bulundurulmalıdır. Bununla birlikte bizzat opioid maddesinin ilk kullanımdaki farmakolojik ve psikolojik etkisinin gücü, kullanımın sürekli hale gelmesinde ve bağımlılığa ilerlemesinde önemli rol oynamaktadır (1). Eroin, morfin ve kodein gibi opioid ve benzeri maddelerin başlıca etkileri orta düzeyde sedasyon ve öfori ile birlikte ağrı algısının bastırılmasıdır (2). Opioidlerin tıp uygulamasında yaygın olarak kullanılır ve bu yüzden, bağımlılık ve kötüye kullanımı diğer maddelerdeki bilindik bağımlı insan profili ile sınırlı değildir. Nitekim süregelen ağrıya ve yorgunluğa yol açan hastalığı olan kişilerde madde bağımlılığı görülebilmektedir (2). Ancak bildiğimiz kadarıyla literatürde diabetlerini iyileştireceği -ya da kan şekerlerini düzenleyeceği- düşüncesiyle opioide başlayan ve bağımlılık geliştiren olguya rastlanmamıştır. Bu yazıda "kan şekerini düşürmek amacıyla" eroin kullanmaya başlayan üç diabet hastasının kliniği tartışılacaktır.

OLGULAR

Olgu 1: HG, 59 yaşında, evli, üç çocuklu, ilkökul mezunu, emekli, 20 yıldır Tıp II DM olan erkek hasta kliniğimize eroini bırakma isteğiyle başvurdu. Ailesinde herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık ya da madde kullanım öyküsü yoktu. 5 yıl öncesine kadar 30 yıl boyunca 3-4 sigara/gün esrar kullanırken, esrar satın aldığı kişilerin, diabetine iyi geleceğini söylemeleri üzerine eroin kullanmaya başlamıştı. Başlangıçta burundan 0.5 gr/gün alırken, son bir yıldır 1-1.5 gr/gün eroin kullanmaktaydı. Herhangi bir yardım almaksızın eroini bırakmayı birkaç kez denemiş olmasına rağmen, göz yaşarması, uykusuzluk, ishal, ağrı vs. gibi yoksunluk yakınmalarından dolayı en fazla 4 gün bırakabilmişti. Madde kullanımı nedeniyle ciddi sosyal ve ekonomik kayıpları olmuştu. Eroin kullandığı süre zarfında diabetle ilgili fiziksel sorunlar olmasına rağmen- iki kez diabetik koma, diabetik ayak nedeniyle sepsis, böbrek işlevlerinde ileri derecede bozulma - kendini çok iyi hissettiği, ağrı ya da herhangi bir bedensel sıkıntı yaşamadığı gerekçesiyle, tavsiye edilen diabet ilaçlarını kullanmamıştı. 4 ay önce diabetik ayak nedeniyle sol bacak diz altı ve sağ ayak 4. ve 5. parmak amputasyonu yapılan hasta, ailesinin ısrarıyla kliniğimize başvurmuştu. Hastanın geldiği gün madde almış olması nedeniyle herhangi bir yoksunluk belirtisi yoktu. Açlık Kan Şekeri (AKŞ) = 350 mg/dl idi. Kan şekerinin düzenlenmesi için dahiliye ile görüşülen hastaya kristalize insülin başlandı. Yoksunluk tedavisi için diazepam 40 mg/gün, fluoksetin 20 mg/gün, diklofenak Na 200 mg/gün, multivitamin bileşimi eklendi. 2. gün hafif şiddette yoksunluk belirtileri başlayan hastanın Klinik Opioid Yoksunluk Ölçeği Puanı (KOYÖ-P)=12 (3), daha sonraki günlerde belirtilerinin şiddeti arttı. 4. günkü KOYÖ-P= 21 idi. 10. günde yoksunluk belirtileri belirgin ölçüde azaldı (KOYÖ-P=4). Yoksunluk belirtileri gerileyen hastanın benzodiazepin dozu kademeli olarak azaltılarak

5 mg /gün'e inildi. Yatışının 12. gününde boğaz ağrısı, halsizlik, ateş ve öksürük gelişmesi nedeniyle yapılan incelemeler sonucunda hastada pnömoni ve plevral efüzyon olduğu tespit edildi. Solunum sıkıntısının artması ve genel durumunun kötüleşmesi nedeniyle, göğüs hastalıklarına devredildi. Hastaneye yatışının 23. günü vefat etti.

Olgu 2: N.Ç. 43 yaşında, erkek, bekar, ilkökul mezunu, işçilikten diabet nedeniyle malulen emekli. Kliniğimize eroini bırakma isteğiyle başvurdu. Hastanın alınan hikayesinde; dört yıldır diabetes mellitus tanısıyla düzenli tedavi gördüğü, buna rağmen kan şekeri yeteri kadar düşürülemediği ve kendileri de herhangi bir madde kötüye kullanımı ya da bağımlılığı olmayan birkaç arkadaşından 'eroinin diabete iyi geldiğini' duyduğu, bu nedenle "kan şekerini daha iyi kontrol edebileceği" düşüncesiyle bir yıl önce eroin kullanmaya başladığı öğrenildi. Hasta, eroini günde iki doz sabah ve akşam 0.2-0.3 gr şeklinde burundan çekerek alıyordu. Her ne kadar "dozu sabit tutmaya çalışsa" da, bir süre sonra bu doz yetersiz kalmış, almadığı zamanlarda karın ağrısı, ishal, burun akıntısı, sıkıntı hissi gibi yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaya başlamıştı. Aynı zamanda hastanın, 16 yaşında başlayan; çeşitli dönemlerde ve değişik kombinasyonlarda aralıksız olarak çok sayıda antidepressan ilaç kullanmasına, tedaviye dönem dönem anksiyolitik ya da nöroleptik eklenmesine rağmen düzelmeyen, ancak eroin kullanmaya başladıktan kısa bir süre sonra belirgin ölçüde iyileşen obsesif kompulsif bozukluğu (OKB) olduğu öğrenildi (4). Ailesinde herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık ya da madde kullanım öyküsü yoktu. Son iki gündür eroin almadığını ifade eden hastanın muayenesinde; belirgin yoksunluk belirtilerinin olduğu gözlemlendi. KOYÖ-P=21 olarak değerlendirildi. Yapılan laboratuvar tetkiklerinde AKŞ değeri 292 mg/dlt idi. Uygulanan Yale Brown Obsesif Kompulsif Ölçeği Puanı (YBOKÖ-P)=0 idi (5).

Hasta eroin bağımlılığı ve remisyonda OKB tanısıyla kliniğimize yatırıldı. Klomipramin 75 mg almakta olan hastanın tedavisine, yoksunluk belirtileri nedeniyle diazepam 40 mg/g eklendi. Yatışının sekizinci gününden itibaren madde alma isteği, madde arama davranışı, yoksunluk belirtileri sönümlendi. O günkü KOYÖ-P=3 idi. Yatışı süresince herhangi bir OKB belirtisi gözlenmedi ve YBOKS değeri değişiklik göstermedi. Diazepam dozu azaltılarak kesildi ve klomipramin 75 mg/g şeklinde tedavisine devam edildi. Yatışının yirminci gününde ayaktan takipleri önerilerek taburcu edildi.

Olgu 3: N.K. 31 yaşında, evli, 2 çocuklu, ilkökul mezunu, evhanımı, kadın hasta. Kliniğimize eroini bırakma isteğiyle başvurdu. Ailesinde herhangi bir psikiyatrik rahatsızlık veya madde kullanım öyküsü yoktu. Hikayesinde; on iki yıldır diabetes mellitus olduğu, "hem kan şekerini düşürür, hem de kendini çok daha iyi hissedersin" diyen, kendisi de eroin bağımlısı olan eşinin önerisiyle, 7 yıl önce eroine başladığı, başlangıçta 0.5 gr/gün dozunda sigara içine katarak eroin aldığı, zamanla dozu giderek arttırdığı, son olarak 5 gr/gün eroin almaya devam ettiği öğrenildi. Daha önce kendi isteği ile bir kez servisimize yatarak, iki kez de herhangi bir tıbbi destek almadan eroini bırakma girişimi olmuştu. En uzun bırakma süresi bir yıldır. Madde kullanımı nedeniyle ciddi maddi ve sosyal kayıpları vardı. Eroini alamadığı zamanlarda yoksunluk belirtilerinin olması ve bunlarla baş etmekte zorlanması nede-

niyle tekrar kliniğimize başvurmuştu. Hastaya diazepam 60 mg/g şeklinde tedavi başlandı. Yatışının ilk gününde ciddi yoksunluk belirtileri oldu. KOYÖ-P=29 idi. Yoksunluk belirtileri zamanla azalan hasta izinli olarak yatışının 12. günü (KOYÖ-P=5) eve gönderildi. İzin dönüşü tekrarlanan idrarda toksik tarama testinde opioid bulunması, tedavi uyumsuzluğu olarak değerlendirilerek taburcu edildi.

TARTIŞMA

Sosyal fobi, panik bozukluk gibi anksiyete bozukluğu olanlarda; "kendini tedavi" (self medikasyon) amacıyla alkol yada madde kullanımına yöneldikleri ve sonuçta madde kullanım bozuklukları geliştiği gösterilmiştir (6). Düşük sosyo-ekonomik düzey, düşük eğitim düzeyi, tek ebeveynli ailede büyüme, bağımlılığa genetik olarak yakınlık, antisosyal ve sınır kişilik bozukluğu (7,8), panik bozukluk, sosyal fobi (9), obsesif kompulsif bozukluk (10), yaygın anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu (11), iki uçlu bozukluk(12), şizofreni (13) gibi psikiyatrik hastalıklar, devamlı ağrıya yol açan fiziksel hastalıkların varlığı, cerrahi girişimler, mesleki kolay erişilebilirlik (hemşire, eczacı, doktor, vs) gibi nedenlerin madde kullanımını arttırdığı bilinmektedir (2). Ancak literatürde diabetin düzeltilmesi amacıyla eroin kullanmaya başlayan herhangi bir olguya rastlanılmamıştır.

Gerçekte, uzun zamandır eroin bağımlıları arasında diabetes mellitusun daha sık görüldüğüne dair pek çok çalışma mevcuttur. Bu konuyla ilgili çalışmaların sonuçları oldukça ilginç olup morfin ve opioid peptidlerin, pankreatik hormon sekresyonunu ve karbonhidrat metabolizmasını değiştirdiği bulunmuştur (14). Eroin bağımlılarında, tıpkı insüline bağımlı olmayan diabetes mellitus (NIDDM=non-insulin-dependent diabetes mellitus) hastalarında olduğu gibi kan glukoz değişikliklerine karşı insülin yanıtının azaldığı, glikolize hemogloblin A1c düzeylerinin arttığı tespit edilmiştir. Ek olarak intravenöz glukoz değişikliklerine karşı acil cevap azalmakta iken, arjinin, isoprotrenol, glukagon, sekretin gibi diğer salınan maddelere karşı cevapta bir bozulma olmadığı tespit edilmiştir (15,16). Bu hastalarda opioid kullanımının muhtemelen prostaglandin E, katekolamin ve somastatin gibi maddelerin pankreastan salınmasını etkilediği, bunun da bozulmuş beta hücre işlevine neden olarak diabet gelişmesine yol açtığına dair veriler vardır (17,18,19). Dolayısıyla, eroin bağımlılığının kendisi diabet gelişimine katkıda bulunurken, olguların tedavi amacıyla eroin kullanmaya başlamaları oldukça ilginç bir gelişmedir. Ancak bu konuyla ilgili bazı yorumlar yapmak mümkündür:

Diabetin kendisi kan glikoz düzeyindeki oynamalar ve hormonal dengede sorunlar oluşturmak suretiyle ya beyin işlevlerini bozarak hastada davranışsal, duygusal, bilişsel bozukluklara neden olmakta yada ortaya çıkan komplikasyonlar, tedavinin gündeme getirdiği sınırlamalar nedeniyle kişide psikik krize neden olarak bazı psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkmasına ve/veya var olan hastalığın alevlenmesine neden olmaktadır (20,21,22,23). Diabetin varlığı doğal sıkıntıdan kayıp tepkisine, narsistik bütünlüğün tehdit altında hissedilmesine dek uzanan tepkiler uyandırabilir. Gelecek endişesi, bağımsızlığını, yeterliliğini kaybedeceği korkusu, hastanın duygudurumunu, zihinsel işlevlerini, dengesini, fiziksel ve duygusal otonomisini etkileyerek beklenmedik tepkiler ve davranışlar sergileme-

sine neden olabileceği düşünüldüğünde; hastaların madde kullanmaya başlamaları hiç de beklenmedik bir sonuç gibi durmamaktadır (24,25,26). Nitekim 3 olguda kendilerini daha iyi hissetmek, daha az ilaç kullanmak gibi gerekçelerle madde kullanmaya başladıklarını ifade etmişlerdir.

Diğer yandan diabetin varlığının madde kullanmaya başlamada asıl etken olarak gösterilmesi, elbetteki hastaların madde kullanmalarını toplum tarafından daha kolay kabul edilebilecek bir nedene bağlama çabası da olabilir. Her ne kadar Olgu 1'in daha önce esrar kullanmış olması, Olgu 2'nin eşinin eroin bağımlısı olması, olgu 3'ün zaten OKB gibi bir psikiyatrik hastalığının olması madde kullanımını artırıcı birer faktör olarak görülebilse de, ortalama sosyo-ekonomik düzeyde, işlevselliğinden belli yaşlara kadar, olabildiğince iyi idare etmiş, herhangi bir kişilik bozukluğu ya da yasal sorunu olmayan, birbirlerine çok yakın tarihler arasında tedaviye başvurmuş bu üç olgunun eroin kullanımına ortak motivasyon olarak, diabeti göstermeleri ve klinik şifa umuduyla çevrelerindeki bazı kişilerin önerisine uyarak eroin kullanmaya başlamış olmaları, bunun bir rasyonalizasyon mekanizmasından ziyade yanlış bir bilgilendirilmeden kaynaklandığını olasılığını yükseltmektedir. Belki de eroinin kan şekerini düşüreceği yönündeki kanı, esasen esrarın karbonhidrat ihtiyacını arttırdığı yönündeki genel kanıdan türetilen yanlış bir anlamadan kaynaklanmakta ve/veya satıcıların kasten bu yöndeki propagandalarından dolayı toplumda yaygınlaşmaktadır. Dolayısıyla bu sonuç, madde bağımlılığı geliştirme riski olan popülasyonun, sadece bilinen bir kümede yoğunlaşmadığını, uyuşturucu madde satışının, hayati tehlikelere yol açabileceği önemsenmeden, belli grupları hedef seçerek, "normal hayatlar" süren insanların madde kullanmaya başlamalarına neden olabileceğine işaret ediyor olabilir.

Tüm bu varsayımlar doğrultusunda, madde kullanımının toplumda yaygınlaşmasını engelleme çalışmaları içerisinde süregelen hastalığa sahip insanların da bir şekilde tehlike altında olduğunun dikkate alınması ve uzmanların bu konuda toplumu uyarmalarının uzun vadede en azından bir grup hasta açısından önemli olabileceği düşüncesindeyiz.

KAYNAKLAR

- 1- Sadock BJ, Sadock VA. Comprehensive Text Book of Psychiatry, Dilbaz N, Şengezer T (Çevirenler). 8. Baskı, Ankara: Güneş Tıp Kitapevi, 2006;2: 1265-1272.
- 2- Harrison TR, Beeson PB, Braunwald E, et al. İç Hastalıkları prensipleri, Yazıcı AE, Yazıcı K (Çevirenler). 15. Baskı, İstanbul: Nobel Tıp Kitapevleri, 2004; 2: 2567-2570.
- 3- Wesson DR, Ling W. The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). J Psychoactive Drugs 2003; 35: 106-111.
- 4- Savaş HA, Kalenderoğlu A, Selek S, Yumru M. Eroin kullanımı ile remisyona giren tedaviye dirençli obsesif kompulsif bozukluk: Olgu sunumu. 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Kitabı 2006:
- 5- Goodman WK, Price LH, Rasmussen SA, et al. The Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. I: Development, use, and reliability. Arc Gen Psych 1989; 46: 1006
- 6- Lustman PJ, Griffith LS, Clouse RE, et al. Psychiatric illness and diabetes mellitus. Relationship of symptoms to glucose control. J Nerv Ment Dis 1986; 174:736-42.
- 7- Türkçapar MH, Akdemir A, Elverici ŞK et al. Yatarak tedavi gören bir grup alkol bağımlısında ek psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları, dep-

- resyon ve kaygı düzeyleri. 3P Dergisi; 5:29-34.
- 8- Alterman AI, Cacciola JS. The antisocial personality disorder diagnosis in substance abusers: problems and issues. *J Nerv Ment Dis*;179:401-9.
 - 9- Smail P, Stockwell T, Canter S et al. Alcohol dependence and phobic anxiety states I: a prevalence study. *Br J Psych*. 1983; 144:53-57.
 - 10- Senjo M Obsessive-compulsive disorder in people that abuse codein. *Acta psychiatr Scand*; 1989 79:619-620.
 - 11- Çakmak D, Saatçioğlu Ö. Bağımlılık ve anksiyete bozuklukları. Bağımlılık ve Komorbidite.1. Baskı, İstanbul: Özgül Matbaacılık, 2005: 46-96.
 - 12- Khantzian EJ. The self-medication hypothesis of substance use disorder: A reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*. 1997; 4:231-244.
 - 13- Buckley PF. Substance abuse in schizophrenia. A review, 1998. *J Clin Psych* 59;26-30.
 - 14- Passariello N, Giugliano D, Quatraro A, et al. Glucose tolerance and hormonal responses in heroin addicts. A possible role for endogenous opiates in the pathogenesis of non-insulin-dependent diabetes. *Metabolism*. 1983; 32:1163-1165.
 - 15- Passariello N, Giugliano D, Ceriello A, et al. Impaired insulin response to glucose but not to arginine in heroin addicts. *J Endocrinol Invest*. 1986; 9: 353-357.
 - 16- Brandle M, Lehmann R, Maly FE, et al. Diminished insulin secretory response to glucose but normal insulin and glucagon secretory to arginine in a family with maternally inherited diabetes and deafness caused by mitochondrial tRNA (LEU(UUR)) gene mutation. *Diabetes Care* .2001; 24: 1253-1258.
 - 17- Morley JE. The endocrinology of the opiates and opioid peptides. *Metabolism*. 1981; 30: 195-209.
 - 18- Bouix O, Najimi A, Lenoir V, et al. Endogenous opioid peptides stimulate post-exercise insulin response to glucose in rats. *Int J Sports Med*. 1996; 17: 80-84.
 - 19- Giugliano D. Morphine, opioid peptides, and pancreatic islet function. *Diabetes Care*. 1984; 7: 92-98.
 - 20- Fisher L, Chesla CA, Mullan JT, Skaff MM, Kanter RA. Contributors to depression in Latino and European-American patients with type 2 diabetes. *Diabetes Care* 2001; 24: 1751-1757.
 - 21- Egede LE, Zheng D, Simpson K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25: 464-70.
 - 22- Allison B, Grigsby, RJ, Anderson KE, et al. Prevalence of anxiety in adults with diabetes: a systematic review. *J Psychosom Res* 2002; 53: 1053-60.
 - 23- Gülseren L, Hekimsoy Z, Gülseren Ş ve ark. Diabetes mellituslu hastalarda depresyon, anksiyete, yaşam kalitesi ve yetiyitimi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2001; 12: 89-98.
 - 24- Rubin RR, Peyrot M. Psychological issues and treatments for people with diabetes. *J Clin Psychol* 2001; 57; 457- 478.
 - 25- Geringer ES. Affective disorders and diabetes mellitus. *Neuropsychological and Behavioral Aspects of Diabetes*, Holmes CS (Ed), New York, Springer, 1990; 239-272.
 - 26- Özkan S. Psikiyatrik tıp: Konsültasyon- Liyezon Psikiyatrisi. Roche Müstehzarları Sanayi A.Ş. P.K.16-80622 Levent/İstanbul.

BİR KEZ EKSTAZİ KULLANIMINA BAĞLI GELİŞEN BİR OBSESİF KOMPULSİF BOZUKLUK OLGUSU*

Obsessive Compulsive Disorder Due to Ingestion of Single Dose Ecstasy: A Case Report

Ümit Başar Semiz¹, Ayhan Algül¹, Cengiz Güneş², Alpay Ateş¹, Cengiz Başoğlu³, Servet Ebrinç³, Mesut Çetin⁴

ÖZET

Ekstazi (3,4-methylenedioxyamfetamin, MDMA), toplumda yaygın olarak kötüye kullanılan bir maddedir. Literatürde ekstaziye bağlı olarak ortaya çıktığı düşünülen ve ısrarlı şekilde süren birçok farklı psikiyatrik bozukluk bildirilmiştir. Ekstazinin serotonerjik nöronlarda kalıcı hasar oluşturduğuna ilişkin kanıtlar giderek artmaktadır. Bu makalede bir kez ekstazi kullanımı sonrası gelişen bir obsesif kompulsif bozukluk (OKB) olgusu sunulmuştur. Olgunun, ekstazi kullanımından sonra yorgunluk ve pişmanlık hissettiği, daha sonra ekstazi tozu bulaşmış olabileceği ve bunu yanlışlıkla yutabileceği korkusuyla ellerini hiçbir yere dokunduramadığı, sürekli ellerini yıkama ihtiyacı hissettiği, son bir senedir yakınmalarına dini içerikli takıntılarının eklendiği, daha önce herhangi bir psikiyatri doktoruna gitmediği ve tedavi kullanmadığı anlaşılmıştır. Bu yazıda olgudan hareketle, ekstazinin olası etki mekanizmaları ve nöronal düzeyde yaptığı etkiler gözden geçirilmiştir.

Anahtar kelimeler: 3,4-Metilendioksimetamfetamin (MDMA), obsesif kompulsif bozukluk, serotonin, nörotoksosite.

ABSTRACT

Ecstasy or MDMA (3,4 methylenedioxyamfetamine) is a popularly consumed substance worldwide. There have been various reports documented in the literature that have attributed MDMA to precipitating the onset of a wide range of persistent psychiatric symptoms. Additionally, there is increasing evidence of a permanent injury to the serotonergic neurons. In the case, after the use of ecstasy once, there was fatigue and a sense of regret, and avoidance of touching his hands, and urge to wash his hands frequently because of ecstasy contamination. Some religious obsessions were added to his complaints, and application to the psychiatry clinician or use of psychotropic drugs was not detected in his history. In this case report, a person demonstrating obsessive compulsive disorder after the ingestion of a single dose of MDMA is described and the potential mechanisms of action are reviewed.

Key words: 3,4-Methylenedioxyamfetamine (MDMA), obsessive compulsive disorder, serotonin, neurotoxicity.

¹ Yrd. Doç. Dr. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Servisi

² Uzm. Dr. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Servisi

³ Doç. Dr. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Servisi

³ Prof. Dr. GATA Haydarpaşa Eğitim Hastanesi Psikiyatri Servisi

* Bu olgu sunumu 42. Ulusal Psikiyatri Kongresi'nde poster bildiri olarak sunulmuştur.

GİRİŞ

Yasadışı psikostimulan bir ilaç olan ekstazi (MDMA; 3,4-metilendioksimetamfetamin), dünya çapında özellikle genç nüfusun yaygın olarak kötüye kullandığı, amfetamin türevi keyif verici bir maddedir. Ögel ve ark.nın Türkiye’de ortaöğretim gençliği arasında ekstazi kullanım sıklığını araştırdıkları bir çalışmada ankete yanıt verenlerin %2.5’i yaşam boyu en az bir kez ekstazi kullandığını belirtmiştir. Erkeklerin %4.1’i yaşamlarında en az bir kez ekstazi kullandığını bildirirken, kadınlar için bu oran %0.8’dir (1)

Ekstazi kullananlarda, bu maddenin etkisi altında konfüzyon, yönelim bozukluğu, anksiyete, panik ataklar, depresyon, insomnia, depersonalizasyon, derealizasyon, halüsinasyonlar, paranoya ve çeşitli psikotik belirtiler ortaya çıkabileceği ve bu belirtilerin bazılarının madde bırakıldıktan sonra da devam edebileceği ileri sürülmüştür (2,3).

Uzun süreli ekstazi kullanımına bağlı, depresyon, psikotik ataklar, kaygı bozuklukları, fobik bozukluk, panik bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk (OKB), uyku bozuklukları, dürtüsellik, somatizasyon, cinsel ilgi ve haz azalması ve çeşitli yeme bozuklukları gibi psikiyatrik ve psikobiyolojik problemler bildirilmiştir (4).

Hayvanlarda yapılan deneysel çalışmalarda ve insanlarda, tekrarlayan MDMA kullanımının serotonerjik nörotoksititeye yol açtığı gösterilmiştir (5-8). MDMA, nörokimyasal olarak karmaşık bir etkiye sahiptir: aksondaki serotonin depolarını boşaltır, triptofan hidroksilaz enzimini inhibe ederek serotonin sentezini engeller ve serotonin geri alımını bloke eder. Bu etkilerin, hayvan beyinde serotonerjik akson terminalinde yıkıma yol açtığı gösterilmiştir. Ekstazi kullananların beyinde, serotonin taşıyıcıları için seçici bir nöroligand olan (+)[11C]McN-5652’ in bağlanması azalma olduğu belirlenmiştir. Bu maddenin bağlanmasındaki azalma, ekstazinin insan beyinde serotonerjik akson terminalinde hasar oluşturduğunu göstermektedir (9).

MDMA’nın, dolaylı serotonin agonisti etkisiyle birlikte, dopamin ve diğer monoaminlerin salınımını da artırıcı etki gösterdiği bildirilmiştir (10). Nörotransmitter aktivitesinde görülen bu ani artışın öfori ve iyilik hali oluşturduğu, devam eden günlerde ise, monoaminlerin tükenmesine bağlı olarak depresyon ve anhedoni ortaya çıktığı ileri sürülmüştür (11,12). Sonuç olarak, düşük serotonin düzeylerinin depresyon ve anksiyete ile ilişkili olduğu ve yakın olan bireylerde psikopatoloji gelişmesi riskini artırabileceği belirtilmiştir.

OKB’un etyolojisinden de serotonerjik sistemdeki düzensizliğin rol oynadığı ileri sürülmüş ve tedavisinde serotonin geri alım inhibitörü (SGİ) ilaçların diğerlerinden daha etkili olduğunun gösterilmesi, dikkatleri serotonin üzerine yoğunlaştırmıştır. Çalışmalarda frontal ve subkortikal bölgelerde serotonin miktarının azalması ile obsesyon ve kompulsiyonların ortaya çıktığı görüşü serotonin hipotezinin temelini oluşturmakla birlikte, serotonerjik işlev bozukluğunun altında yatan fizyopatolojik mekanizmalar yeterince aydınlatılamamıştır (13, 14, 15). Son yıllarda yapılan bir çalışmada, OKB hastalarında kaudat nükleusda 5HT-2a reseptör sayısının arttığı gösterilmiş, bu durumun talamus, orbitofrontal korteks, kaudat nükleus ve globus pallidus arasındaki fronto-subkortikal devrede serotoninin eksikliğine yanıt olarak postsinaptik reseptörlerdeki kompansatuar upregülasyona bağlı olabileceği ileri sürülmüştür (16).

Bu makalede, tek doz ekstazi kullanımına bağlı olarak gelişen bir OKB olgusu sunulmaktadır.

OLGU

A, 22 yaşında erkek hasta. Bekâr olup, düzenli olarak devam ettiği sabit bir işi bulunmaktadır ve orta gelir düzeyine sahiptir. Öncesinde herhangi bir ruhsal hastalık nedeni ile tedavi görmemiştir. Sigara dışında bir kötü alışkanlığı bulunmamaktadır.

A, direnme isteğine ve çabasına karşın aklına gelen fikirler ve hayaller nedeniyle polikliniğe başvurmuştur. Hasta sürekli olarak aklına dini içerikli ve küfür içeren düşünceler geldiğini, bu düşüncelerin zaman zaman hayal şeklinde zihninden geçtiğini, bundan yoğun bir rahatsızlık duyduğunu, karşı koymaya çalışmasına rağmen bu düşüncelere engel olamadığını belirtmektedir. Günün hemen tamamında bu düşüncelerle uğraştığını, bunun iş ve sosyal yaşamını olumsuz yönde etkilediğini, kirlilik düşüncesiyle sık sık banyo yaptığını ifade etmektedir.

Olgu, şikâyetlerinin 2 yıl önce arkadaşları ile bir barda eğlenirken, deneme amaçlı olarak ilk kez kullandığı ekstazi sonrasında başladığını ifade etmektedir. Hapı aldıktan yaklaşık yarım saat sonra vücudunda bir sıcaklık ve ateş basması hissettiğini, çevresindeki renk ve sesleri çok canlı hissettiğini, kendisini neşeli ve güçlü hissettiğini ifade etmektedir. Ekstazi isimli maddeyi alkolle birlikte aldığını, ancak eşzamanlı olarak başka herhangi bir ilaç veya madde kullanmadığını belirtmektedir. Ekstazi kullanımından sonra bir yorgunluk ve pişmanlık ortaya çıktığını ve ilk takıntılarının bir gün sonra ortaya çıktığını belirtmektedir. Ekstazi tozu bulaşmış olabileceği ve bunu yanlışlıkla yutabileceği korkusuyla ellerini hiçbir yere dokundurmadığını, sürekli ellerini yıkama ihtiyacı hissettiğini, son bir senedir şikâyetlerine dini içerikli takıntılarının eklendiğini, daha önce herhangi bir psikiyatri doktoruna gitmediğini ve tedavi kullanmadığını belirtmektedir.

Öyküsünden, iki yıl öncesine kadar herhangi bir rahatsızlığı bulunmadığı, olay öncesine kadar umursamaz olarak nitelendirilebilecek bir kişilik yapısına sahip olduğu, sigara ve ayda yaklaşık 2-3 kez her seferinde 1-2 ünite alkol kullandığı, daha önce hiç psikoaktif madde kullanmadığı, olay sonrasında da alkol kullanmayı tamamen bıraktığı ve bir daha hiçbir psikoaktif madde kullanmadığı anlaşılmaktadır.

Hastanın ruhsal muayenesinde; düşünce içeriğinde şüphe, bulaş ve dinsel içerikli obsesyonları ön planda olup, davranışlarında sıklıkla elini yıkama, kaygısını artırıcı ortamlardan kaçınma, işlevselliğinde azalma ve sosyal çekilme mevcuttur. Yapılan genel tıbbi muayenesinde ve tam kan, rutin biyokimyasal incelemeler ve tiroit fonksiyon testlerinde anormal bir bulgu tespit edilmemiştir.

Tanı aşamasında hastaya SCID-I’in ilgili modülü ve Yale Brown Obsesif Kompulsif Skalası (Y-BOCS) uygulanmıştır. Y-BOCS puanı; obsesyon alt testi 13, kompulsiyon alt testi 12 olmak üzere toplam puan 25 olarak tespit edilmiştir. Hastaya OKB tanısının koyulmasını takiben 50 mg/gün sertralini tedavisi başlanmıştır. 15. günde Y-BOCS toplam skoru 19’a, 30. günde 17’ye, 60. günde ise 12’ye düşmüştür. Hasta sosyal ve mesleki işlevselliğini tekrar kazanmıştır.

TARTIŞMA

Ekstazi, dünya çapında yaygın olarak kullanılan yasadışı ilaçlar arasında ikinci sıradadır. Bu kadar çok insan tarafından yıllardır kullanılmasına rağmen, ekstazinin kısa veya uzun süreli etkileri hakkında bilgilerimiz sınırlıdır. Ekstazi kullananlarda, bu maddenin etkisi altında iken konfüzyon, yönelim bozukluğu, anksiyete, panik ataklar, depresyon, insomnia, depersonalizasyon, derealizasyon, halüsinasyonlar, paranoya ve çeşitli psikotik belirtiler ortaya çıkabileceği ve bu belirtilerin bazılarının madde bırakıldıktan sonra da devam edebileceği ileri sürülmüştür

(2,3). Ekstazinin uzun süre kullanılması ile depresyon, anksiyete, psikotik bozukluk, bellek ve bilişsel bozukluklar, blumiya, dürtü kontrol bozukluğu, obsesif kompulsif bozukluk, panik bozukluk ve sosyal fobi gibi psikiyatrik hastalıkların ortaya çıkabileceği belirtilmiştir (4,17,18).

Farelerde yapılan bir çalışmada, MDMA ile birlikte verilen fluoksetinin, beyinde MDMA'nın oluşturduğu serotonerjik nöron hasarını önlediği bildirilmiştir (19). McCann ve ark., MDMA kullananlarda serotonin agonisti olan m-CPP (m-klorofenilpiperazin) verildiğinde olumlu duyguların daha fazla, olumsuz duyguların ve fiziksel belirtilerin ise daha az ortaya çıktığını bildirmiştir (20). Ricaurte ve ark., ekstazi kullananların beyin omurilik sıvısında (BOS), serotonin metaboliti olan 5-HIAA (5-hidroksiindolasetik asit) düzeyinin sağlıklı kontrollerden daha düşük olduğunu ileri sürmüştür (21).

Davranışsal işlevlerdeki anormalliklerde serotoninin rol oynadığı düşünülmektedir. Serotonerjik sistemdeki bozulmanın, özellikle depresyon, anksiyete, obsesif kompulsif bozukluk ve dürtü kontrol bozukluğu gibi pek çok psikiyatrik bozukluğa yol açtığı kabul edilmektedir. Literatürde, serotonin ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişki üzerinde duran çok sayıda makale bulunmaktadır. Serotonin reseptörlerinden presinaptik 5-HT1A

otoreseptörlerin ve postsinaptik 5-HT3 reseptörlerinin anksiyete ile ilişkili olduğuna işaret eden önemli veriler mevcuttur. 5-HT1A reseptörlerin parsiyel agonisti olan buspiron, ipsapiron ve gepiron gibi ilaçlar özellikle yaygın anksiyete bozukluğunun tedavisinde kullanılmaktadır (22, 23). Serotonin 5-HT3 reseptörlerinin bloke edilmesinin de çeşitli deneysel anksiyete modellerinde olumlu etkileri olduğu gözlenmiştir (24, 25).

Ekstazinin de serotonin sistemi üzerinde bozucu etki yaptığı bilindiğinden, bu makalede bildirdiğimiz olgu serotonin ve psikiyatrik bozukluklar arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir. Daha önce bildirilen çalışmalarda ekstazinin düzenli olarak veya aralıklı kullanımından sonra ya da maddenin etkisi altında iken obsesif kompulsif belirtiler ortaya çıktığı bildirilmesine karşın, bizim olgumuzun deneme amaçlı olarak ve bir kez ekstazi kullandıktan sonra OKB gelişmiştir (26, 27). Olgumuzun daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalığı ve aile öyküsü olmadığı halde, tek doz ekstazi kullandıktan sonra OKB belirtilerinin başlaması ve sonrasında madde almamasına rağmen belirtilerin devam etmesi dikkat çekicidir. Bildiğimiz kadarıyla literatürde, tek doz ekstazi kullanımına bağlı olarak ortaya çıkan OKB olgusu bildirilmemiştir. Bununla birlikte, Semiz ve ark. tek doz ekstazi kullanımı ile ortaya çıkan bir panik bozukluk olgusu bildirmiştir (28).

Bu olguda, serotonerjik sistemde ortaya çıkan bir düzensizliğin OKB belirtilerinden sorumlu olduğu ileri sürülebilir. Hayvan çalışmalarında ekstaziye bağlı nöron hasarının geriye dönebildiği bildirilmekle birlikte, insanlarda geri dönüşsüz hasar oluşabileceği ileri sürülmüştür (29). Maymunlarda, tek doz ekstazinin nöronların %30'unda serotonin boşalmasına yol açtığı ve bu etkinin iki haftadan uzun sürdüğü gösterilmiştir (29). Başka bir çalışmada, maymunlarda MDMA'nın nöron yıkıcı etkisinin, nöronların yeniden düzelmesine göre daha uzun sürdüğü belirtilmiştir. Bu çalışmada, serotonin düzeyinin bir yıl sonra bile normalden %40-50 daha düşük olarak kaldığı ve MDMA'nın etkisi ile ortaya çıkan işlevsel bozulmanın ısrarlı olarak devam edebileceği ileri sürülmüştür (30). Bizim olgumuz, tek doz kullanılan MDMA'nın akut toksik etkisinin doza bağımlı olmadığı ve serotonerjik nöronlarda ortaya çıkarıldığı hasarın uzun sürdüğü görüşünü desteklemektedir.

Olgumuzda, OKB'un tedavisi için bir seçici serotonin gerilim inhibitörü (SSGİ) olan sertralin (50 mg/gün)

reçete edilmiş ve tedaviye olumlu yanıt alınmıştır. Sertralin, düşük yan etkileri nedeniyle iyi tolere edilen ve etkili bir ilaçtır. SSGİ'lerin OKB'un tedavisinde etkili olduğu ve MDMA ile ortaya çıkan nöron hasarına karşı koruyucu etkisi olduğu ileri sürülmüştür (19). Serotonin reseptörlerinden presinaptik 5-HT1A otoresseptörlerinin ve postsinaptik 5-HT3 reseptörlerinin anksiyete ile ilişkili olduğuna işaret eden önemli veriler mevcuttur. 5-HT1A reseptörlerinin parsiyel agonisti olan buspiron, ipsapiron ve gepiron gibi ilaçlar anksiyete bozukluklarının tedavisinde kullanılmaktadır (31). Çeşitli deneysel anksiyete modellerinde, 5-HT3 reseptörlerinin bloke edilmesinin de olumlu etkileri olduğu gözlemlenmiştir (32). Nöronlarda serotonerjik boşalmaya tek dozun sonrasında da tükenmeye yol açan bir maddenin tek dozluk kullanımı sonrasında ortaya çıkan OKB tablosunun, SSGİ tedavisine yeterli yanıtı vermiş olması, OKB etiolojisindeki serotonin hipotezini desteklemektedir (13-16).

Psikiyatrik hastalıkların bireyi ekstazi veya diğer psikoaktif maddeleri kullanmaya mı ittiği, yoksa hastalığın bu maddelere bağlı olarak mı ortaya çıktığı tartışmalıdır. Kişilik bozukluğu, depresyon veya psikotik bozukluğu olan hastalarda, mevcut psikiyatrik problemin kişiyi ekstazi veya diğer ilaçları kullanmaya teşvik ettiği yönünde çeşitli görüşler bulunmaktadır. Ancak fobik bozukluk, yaygın anksiyete bozukluğu, panik bozukluk veya obsesif kompulsif bozukluk bulunan hastalarda, aynı şeyi söylemek mümkün görünmemektedir. Ekstazi kullanımının dans klüpleri, gece klüpleri gibi yerlerde yaygın olduğu ve ilacı kullandıktan sonra ortaya çıkan uyarıcı ve huzursuzluk verici etki göz önüne alındığında, bu hastalıklara sahip kişilerin böyle ortamlarda bulunması ve bu ilacı kullanması beklenmemektedir. Böyle hastaların, daha az tehlikeli ortamlarda ve daha ziyade sedatif etkisi olan alkol ve benzeri maddeleri tüketmesi beklenebilir. Bu durumda OKB, fobik bozukluk, panik bozukluk ve genelleşmiş anksiyete bozukluğu durumlarında ekstazinin semptomları ortaya çıkarıcı etken olma ihtimali daha kuvvetli görünmektedir.

Bu olgu da toksikolojik inceleme yapılmamış olması nedeniyle, olgunun gerçekten ekstazi kullanıp kullanmadığı kanıtlanamamıştır. Çalışmaların çoğunda ilacın alındığını kanıtlamaya yönelik toksikolojik veya kimyasal testlerin yapılmamış olması, ani ortaya çıkan psikiyatrik sorunların belli bir madde ile ilişkisinin açıklanmasını güçleştirmektedir. Buna ek olarak, çoğunlukla alınan maddenin gerçek içeriği şüpheli olabilir. Ekstazi tabletleri genellikle MDMA içermekle birlikte, metilendioksiamfetamin (MDA), metilendioksietilenamfetamin (MDEA), ketamin, amfetamin, dekstrometorfan, kafein, psödoefedrin, LSD veya bunların karışımını da içerebilmektedir. Ekstazi kullanımı ile birlikte görülen psikiyatrik hastalıklar konusundaki bir diğer problem de eşzamanlı olarak kannabis ve opiyatlar gibi diğer psikoaktif maddelerin kullanımınıdır. Ekstazi kullananların yaklaşık %97'sinin, çoğunlukla kannabis ve metamfetamin olmak üzere LSD, kokain, psilocybin gibi yasadışı maddeleri de kullandıkları bildirilmiştir (18). Bu da, araştırmacılara ekstazi kullanımına bağlı ortaya çıktığı düşünülen psikiyatrik problemlerin aslında birden çok ilaç kullanımına bağlı olabileceğini düşündürmektedir.

Olgumuzda daha önce herhangi bir psikiyatrik hastalığı ve aile öyküsü olmaması, hastalığın tek doz ekstazi kullanımını takiben akut evrede ortaya çıkmış olması ve belirtilerin hiç gerilemeden artarak 2 yıl boyunca devam etmiş olması, ortaya çıkan tablonun ekstazi kullanımı ile ilişkili olduğunu düşündürmektedir. Bununla birlikte hastada eşzamanlı başka bir ilaç veya psikoaktif madde kötüye kullanımı öyküsü olmaması tabloyu daha özgün bir hale getirmektedir.

Bu makalede sunduğumuz olgu, tek doz ekstazi kullanımı ile ortaya çıkan ilk OKB olgusudur. Ancak biz bunun

nadir bir durum olmadığını ve tüm dünyada yaygın olarak kullanılan ekstazinin, psikiyatrik sorunlarla doğrudan ve derin bir ilişkisi olduğunu düşünmekteyiz. Bununla birlikte ekstazi ile OKB ve diğer psikiyatrik sorunlar arasındaki ilişkinin doğrulanabilmesi için, genel toplumda ve klinik örneklerde yapılacak çalışmalara gereksinim olduğu kanaatindeyiz.

Sonuç olarak ekstazi ve benzeri maddeleri kullanan milyonlarca genç insanda, beklenmeyen nörotoksik etkilerin ortaya çıkma olasılığı ciddi bir toplum sağlığı sorunu olarak görülmelidir. Bu nedenle ekstazi kullanımı ile ilişkili psikiyatrik morbiditenin tam olarak belirlenebilmesi ve risklerin objektif olarak değerlendirilebilmesi için, epidemiyolojik çalışmalara ve daha fazla olgu bildirimine gereksinim vardır.

KAYNAKLAR

- 1- Ögel K, Çorapçıoğlu A, Tot Ş ve ark. Türkiye'de ortaöğretim gençliği arasında ecstasy kullanımı. *Bağımlılık Dergisi* 2003; 4:67-71.
- 2- McCann UD, Slate SO, Ricaurte GA. Adverse reactions with 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA; 'ecstasy'). *Drug Saf* 1996; 15:107-115.
- 3- Ricaurte GA, Yuan J, McCann UD. 3,4-Methylenedioxy-methamphetamine (MDMA, 'Ecstasy')-induced serotonin-neurotoxicity: Studies in animals. *Neuropsychobiology* 2000; 42:5-10.
- 4- Thomasius R, Peterse KU, Zapletalova P ve ark. Mental disorders in current and former heavy ecstasy (MDMA) users. *Addiction* 2005; 100:1310.
- 5- Ricaurte GA, DeLanney LE, Irwin I ve ark. Toxic effects of MDMA on central serotonergic neurons in the primate: Importance of route and frequency of drug administration. *Brain Res* 1988; 446:165-168.
- 6- Insel TR, Battaglia G, Johannessen JN ve ark. 3,4-Methylenedioxy-methamphetamine ("ecstasy") selectively destroys brain serotonin terminals in rhesus monkeys. *J Pharmacol Exp Ther* 1989; 249:713-720.
- 7- Battaglia G, Yeh SY, De Souza EB. MDMA-induced neurotoxicity: Parameters of degeneration and recovery of brain serotonin neurons. *Pharm Biochem Behav* 1988; 29:269-274.
- 8- McCann UD, Eligulashvili V, Ricaurte GA. 3,4-Methylenedioxy-methamphetamine ("ecstasy")-induced serotonin neurotoxicity: Clinical studies. *Neuropsychobiology* 2000; 42:11-16.
- 9- Pennings EJ, Konijn KZ, de Wolff FA. Clinical and toxicologic aspects of the use of ecstasy. *Ned Tijdschr Geneesk* 1998; 142:1942-1946.
- 10- McDowell DM, Kleber HD. MDMA: its history and pharmacology. *Psychiatr Ann* 1994; 24:127-130.
- 11- Vollenweider FX, Gamma A, Liechti M, Huber T. Psychological and cardiovascular effects and short-term sequelae of MDMA ("ecstasy") in MDMA-naïve healthy volunteers. *Neuropsychopharmacology* 1998; 19: 241-251.
- 12- Vollenweider FX, Liechti ME, Gamma A ve ark. Acute psychological and neurophysiological effects of MDMA in humans. *J. Psychoactive Drugs* 2002; 34: 171-184.
- 13- Perani D, Colombo C, Bressi S ve ark. [18F]FDG PET study in obsessive-compulsive disorder. A clinical/metabolic correlation study after treatment. *Br J Psychiatry* 1995; 166:244-250.
- 14- Hansen ES, Hasselbalch S, Law I, Bolwig TG. The caudate nucleus in obsessive-compulsive disorder. Reduced metabolism following treatment with paroxetine: a PET study. *Int J Neuropsychopharmacol* 2002; 5:1-10.
- 15- Saxena S, Brody AL, Ho ML ve ark. Differential cerebral metabolic changes with paroxetine treatment of obsessive-compulsive disorder vs major depression. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59:250-261.
- 16- Adams KH, Hansen ES, Pinborg LH ve ark. Patients with obsessive-compulsive disorder have increased 5-HT_{2A} receptor binding in the caudate nucleus. *Int J Neuropsychopharmacol* 2005; 8:391-401.
- 17- Schifano F. Potential human neurotoxicity of MDMA ('Ecstasy'): subjective self-reports, evidence from an Italian drug addiction centre and clinical case studies. *Neuropsychobiology* 2000; 42:25-33.
- 18- Parrott AC, Sisk E, Turner JJ. Psychobiological problems in heavy 'ecstasy' (MDMA) polydrug users. *Drug Alcohol Depend* 2000; 60:105-110.
- 19- Sanchez V, Camarero J, Esteban B ve ark. The mechanisms involved in the long-lasting neuroprotective effect of fluoxetine against MDMA ('ecstasy')-induced degeneration of 5-HT nerve endings in rat brain. *Br J Pharmacol* 2001; 134:46-57.
- 20- McCann UD, Eligulashvili V, Mertl M ve ark. Altered neuroendocrine and behavioral responses to m-chlorophenylpiperazine in 3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA) users. *Psychopharmacology* 1999; 147:56-65.
- 21- Ricaurte GA, Finnegan KT, Irwin I, Langston JW. Aminergic metabolites in cerebrospinal fluid of humans previously exposed to MDMA: Preliminary observations. *Ann NY Acad Sci* 1990; 600:699-710.
- 22- Goldberg HL, Finnerty RJ. The comparative efficacy of buspirone and diazepam in the treatment of anxiety. *Am J Psychiatry* 1979; 136:1184-1187.
- 23- Yocca FD. Novel Anxiolytic Agents: Actions on Specific Subtypes of Central 5-HT Receptors, Current and Future Trends in Anticonvulsant, Anxiety and Stroke Therapy, BS Meldrum, M Williams (Eds.), New York, Wiley-Liss, 1990, 145-167.
- 24- Rang HP, Dale MM, Ritter JM. *Pharmacology*, 4. baskı, Edinburgh, Churchill Livingstone, 1999; 528-538.
- 25- Olivier B, van Wijngaarden I, Soudijn W. 5-HT₃ receptor antagonists and anxiety; a preclinical review. *Eur Neuropsychopharmacol* 2000; 10:77-95.
- 26- McCann UD, Ricaurte GA. Lasting neuropsychiatric sequelae of (+/-)3,4-methylenedioxy-methamphetamine ('ecstasy') in recreational users. *J Clin Psychopharmacol* 1991; 11:302-305.
- 27- Parrott AC, Milani RM, Parmar R, Turner JD. Recreational ecstasy/MDMA and other drug users from the UK and Italy: psychiatric symptoms and psychobiological problems. *Psychopharmacology* 2001; 159:77-82.
- 28- Semiz UB, Başoğlu C, Çetin M, Erinç S. Panic disorder due to ingestion of single dose ecstasy: A case report. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice* 2005; 9: 0-00
- 29- Ricaurte GA, Martello AL, Katz JL, Martello MB. Lasting effects of (+/-)3,4-methylenedioxy-methamphetamine (MDMA) on central serotonergic neurons in non-human primates: neurochemical observations. *J Pharmacol Exp Ther* 1992; 261:616-622.
- 30- De Souza EB, Battaglia G, Insel TR. Neurotoxic effects of MDMA on brain serotonin neurons: Evidence from neurochemical and radioligand binding studies. *Ann NY Acad Sci* 1990; 600:682-698.
- 31- Yocca FD. Novel Anxiolytic Agents: Actions on Specific Subtypes of Central 5-HT Receptors, Current and Future Trends in Anticonvulsant, Anxiety and Stroke Therapy, BS Meldrum, M Williams (Editors), New York: Wiley-Liss, 1990; 145-67.
- 32- Oliver B, van Wijngaarden I, Soudijn W. 5-HT₃ receptor antagonists and anxiety; a preclinical review. *Eur Neuropsychopharmacol* 2000; 10:77-95.