

Bir AMATEM kliniğinde tedavi gören hastaların sosyodemografik verilerinin incelenmesi

Evaluation of sociodemographic data in patients treated in an alcohol and drug addiction treatment center (ASATC) clinic

Elif Aktan Mutlu¹, Özyıl Öztürk Sarıkaya²

¹Uzm. Dr., Bursa Devlet Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi, Bursa, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-0889-1421>

²Uzm. Dr., Muayenehane, Bursa, Türkiye <https://orcid.org/0000-0002-1576-8878>

ÖZET

Amaç: Madde kullanım bozuklukları ülkemizde ve dünyada giderek artan bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır. Ülkemizde madde kullanım bozukluklarının oranı yaklaşık %2.7 düzeyindedir. Tedavi gören hastaların sosyodemografik bilgilerine ait veriler kısıtlı düzeydedir. Bu kısıtlılık bağımlılık alanında politika üretme ve sağlık hizmetlerinin yürütülmesinde engel oluşturabilmektedir. Bizler bu çalışmamızda Bursa alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezinde yatarak tedavi gören hastaların bazı sosyodemografik özelliklerini ortaya çıkarmayı amaçladık. **Yöntem:** 2016 yılında Bursa alkol ve madde bağımlılığı tedavi merkezinde yatarak tedavi gören 434 hastanın dosyası geriye dönük taranarak sosyodemografik bilgiler elde edilmiştir. İstatistiksel analizler SPSS 23.0 programı kullanılarak elde edilmiştir. **Bulgular:** 434 hastanın %94,5 (n=410) erkek olduğu, %5,5 (n=24) hastanın kadın olduğu, yaş ortalamasının ise 31.95±11,42 yıl olduğu görülmektedir. Kullanılan madde cinsi incelendiğinde ise %74'ünün çoğul uyuşturucu (sentetik kanabis ve metamfetamin), %18,2'sinin ise alkol bağımlısı olduğu gözlenmektedir. Eğitim düzeyleri incelendiğinde ise hastalarımızın büyük çoğunluğunu (> %70) 10 yılın altında eğitim aldığı görülmüştür. Olguların %41,2'sinin ise Bursa'ya göçle gelen ailelerin çocukları olduğu tespit edilmiştir. **Sonuç:** Bağımlılık giderek artan bir halk sağlığı sorunudur. Tüm bu bilgiler göz önüne alındığında uyuşturucu ile mücadelede politikalar oluştururken bu faktörleri sağaltacak politikalar ve müdahaleler üretmek bağımlılık mücadelesindeki en büyük basamak olacaktır.

Anahtar Sözcükler: Bağımlılık, sosyodemografik, alkol, uyuşturucu.

SUMMARY

Objective: Drug abuse is an increasing public health problem in our country as well as worldwide. The incidence of drug abuse is about 2.7% in our country. Sociodemographic data about the treated persons are limited. This limitation may pose an obstacle in making policies and delivery of health care services. In this study, we aimed to reveal some sociodemographic features of the patients treated in an alcohol and substance addiction treatment center (ASATC) clinic in Bursa province. **Method:** Files of 434 patients hospitalized and treated in an alcohol and drug addiction treatment center (ASATC) clinic in Bursa province were retrospectively screened, and sociodemographic data of the patients were obtained. Statistical analysis was carried out using SPSS v. 23 statistical software. **Results:** Of the 434 patients included in the study, 94.5% (n=410) were males and 5.5% (n=24) were female with a mean age of 31.95 ± 11.42 years. Looking to the types of drugs; 74% were addicted to multiple drugs (synthetic cannabis and methamphetamine) and 18.2% were alcohol abusers. When educational status of the patients was examined, majority (>70%) were found to be educated under 10 years. 41.2% of the patients were found to be the children of families that have migrated to Bursa province. **Discussion:** Addiction is an increasing public health. Making policies and interventions considering these sociodemographic factors would be the major step in fight against drugs.

Key Words: Addiction, alcohol, drugs, sociodemographic

(Klinik Psikiyatri Dergisi 2019;22:)

DOI: 10.5505/kpd.2019.96977

GİRİŞ

Madde kullanım bozuklukları dünya çapında artarak devam eden bir sorun olmaya devam ederken ülkemizde de aynı sorun giderek yaygınlaşmaktadır. Dünya Sağlık Örgütü dünya çapındaki erişkin popülasyonun yaklaşık %5'inin (250 milyon) en az bir kez madde kullandığını, bunların da 29,5 milyonunun madde kullanım bozukluklarından muzdarip olduğunu bildirmektedir (1).

Ülkemizdeki bağımlılık ile ilgili bilgiler TUBİM (Türkiye Uyusturucu ve uyusturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi) ve Sağlık Bakanlığının verilerine dayanarak sağlanmaktadır. Bu verilere göre ülkemizde madde kullanım bozukluğu tahminen %2,7 oranında görülmektedir ve madde bağımlılığı için ayrılan kamu harcamaları her geçen yıl artmaktadır (2).

Ülkemizde bağımlılık alanı ile ilgili istatistik veriler kısıtlı düzeyde olmakla beraber son yıllardaki bilimsel çalışmalar bu konuda umut verici düzeydedir. Özellikle İstanbul dışındaki Anadolu şehirleriyle ilgili veriler oldukça yetersizdir.

Bursa nüfusu bakımından Türkiye'nin 4. büyük şehri olup, sosyoekonomik gelişmişlik sıralamasında Türkiye'deki 5. şehirdir. Bu özellikleri nedeniyle geçalmaya müsait ve kozmopolit özellikler içeren bir sosyal dokusu mevcuttur (3). İstanbul'a yakınlığı, kişi başına düşen gelirin ülke ortalamasından fazla olması, geçiş yolları üzerinde olması gibi özellikleri madde kullanımını kolaylaştırıcı etkenler arasında sayılabilir. Çalışmamız Bursa'da bu konuda yapılan ilk çalışmadır.

Ülkemizde Sağlık Bakanlığının verilerine göre 2015 sonu itibari ile toplam 39 tane yataklı AMATEM Kliniği, 6 tane ÇEMATEM Kliniği, 9 tane de ayaktan tedavi merkezi bağımlılık alanında hizmet vermektedir (4).

Bursa Devlet Hastanesine bağlı olarak 2010 yılında kurulan AMATEM kliniği ise bağımlılık alanında önemli tedavi merkezlerinden biri olarak çalışma

hayatına devam etmektedir. Kliniğimizde yılda ortalama 500 kadar hasta yatışı ve yaklaşık 20 bin poliklinik muayenesi yapılmaktadır (5).

Başvuran hastalar içinde gönüllü tedaviye başvuran hastalar, denetimli serbestlik tedbiri çerçevesinde başvuran hastalar ve diğer yasal nedenlerle gelen hastalar bulunmaktadır.

Bu çalışmamızda Bursa Devlet Hastanesi AMATEM kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarımızın sosyodemografik verilerini bilim dünyası ile paylaşmayı amaçladık.

YÖNTEM

Bu çalışmada 2016 yılında Bursa Devlet Hastanesi AMATEM Kliniğinde yatarak tedavi gören 434 hastanın geçmiş kayıtları incelenmiştir. Hastaların dosyaları tanımlayıcı verilerin oluşturduğu sosyodemografik veri formuna dönüştürülmüştür. Dosyalarda sosyal görüşme formları, kimlik bilgileri kayıtları, doktor ve hemşire kayıt formları sosyodemografik veri formunun çatısını oluşturmuştur. Hazırlanan sosyodemografik veri formu SPSS 23 programına aktarılmıştır.

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Bursa Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Kliniğinden 2011-KAEK-25 2018/01-20 numaralı etik kurul kararı alınmıştır.

İstatistiksel analizler için NCSS (Number Cruncher Statistical System) 2007 (Kaysville, Utah, USA) programı kullanıldı. Çalışma verileri değerlendirilirken tanımlayıcı istatistiksel metotların (Ortalama, Standart Sapma, Medyan, Frekans, Oran, Minimum, Maksimum) yanı sıra niceliksel verilerin karşılaştırılmasında normal dağılım gösteren değişkenlerin iki grup karşılaştırmalarında Student t Test kullanıldı. Normal dağılım gösteren üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında Oneway Anova Test, normal dağılım göstermeyen üç ve üzeri grupların karşılaştırmalarında ise Kruskal Wallis test kullanıldı. Niteliksel verilerin karşılaştırılmasında ise Pearson Ki-Kare testi, Fisher-Freeman-Halton testi ve Fisher's Exact test kullanıldı. Anlamlılık en az <0,05 düzeyinde değerlendirildi.

BULGULAR

Çalışmamızda kayıtlı 434 hasta bulunmaktadır. Hastalarımızın %94,5'i (n=410) erkek, %5,5'i (n=24) ise kadındır. Olguların yaşları 18 ile 76 arasında değişmekte olup, ortalama 31.95±11,42 yıldır. Çalışmaya katılanların %83,6'sı (n=363) Bursa'dan, %16,4'ü (n=71) Bursa dışındadır. Olguların %33,9'unun (n=145) eğitim süresi 1-5 yıl, %36,6'sının (n=159) 6-10 yıl, %29,5'inin (n=128) 11 yıl ve üzeridir. Olguların %47,7'si (n=207) bekar, %37,6'sı (n=163) evli, %7,1'i (n=31) boşanmış ve %7,6'sı (n=33) duldur. Olguların %87,1'i (n=378) ailesiyle, %9,7'si (n=42) yalnız, %1,6'sı (n=7) sokakta ve %1,6'sı (n=7) yakın akrabaları ile yaşamaktadır. Olguların %54,8'inin (n=238) kişi başı geliri 0-500 TL, %28,1'inin (n=122) 501-1000 TL, %15,4'ünün (n=67) 1001-2000 TL, %1,6'sının (n=7) 2000 TL

ve üzeridir. Olguların %54,1'i (n=235) apartman dairesinde, %45,9'u (n=199) gecekonduda yaşamaktadır; %36,4'ünün (n=158) konutu kira iken, %63,6'sının (n=276) kira değildir. Olguların %41,2'si (n=179) Bursa'ya göç ederek gelmiştir (Tablo 1).

Olguların %13,8'inin (n=60) annesi okur-yazar değilken, %70,7'sinin (n=307) annesinin eğitim süresi 1-5 yıl, %9,2'sinin (n=40) 6-10 yıl, %6,2'sinin (n=27) 11 yıl ve üzeridir. Annelerin %12,0'si (n=52) herhangi bir işte çalışırken, %74,7'si (n=324) çalışmıyor, %13,4'ü (n=58) ise emeklidir. Olguların %4,6'sının (n=20) babası okur-yazar değilken, %69,8'inin (n=303) babasının eğitim süresi 1-5 yıl, %12,4'ünün (n=54) 6-10 yıl, %13,1'inin (n=57) 11 yıl ve üzeridir. Babaların %41,7'si (n=181) herhangi bir işte çalışırken, %4,4'ü (n=19) çalışmıyor ve %53,9'u (n=234)

Tablo 1. Demografik Özelliklerin Dağılımları

Demografik Özellikler	n	%	
Yaş (yıl)	Min-Mak (Medyan)	18-76 (29)	
	Ort-Ss	31,95±11,42	
Cinsiyet	Erkek	410	94,5
	Kadın	24	5,5
Yaşadığı yer	Bursa	363	83,6
	Bursa dışı	71	16,4
Bursa'ya göç etme durumu	Göç edilmiş	179	41,2
	Göç edilmemiş	255	58,8
Eğitim durumu	<5 yıl	147	33,9
	6-10 yıl	159	36,6
	≥11 yıl	128	29,5
Medeni durum	Bekâr	207	47,7
	Evli	163	37,6
	Boşanmış	31	7,1
	Dul	33	7,6
Yaşadığı kişiler	Aileyle	378	87,1
	Yalnız	42	9,6
	Sokakta	7	1,6
	Yakın akraba	7	1,6
Kişi başı gelir	0-500 TL	238	54,8
	501-1000 TL	122	28,1
	1001-2000 TL	67	15,5
	≥2000 TL	7	1,6
Oturlan ev türü	Apartment dairesi	235	54,1
	Gecekonduda	199	45,9
Oturlan ev durumu	Konut kira	158	36,4
	Konut kira değil	276	63,6

emeklidir (Tablo 2).

Her iki ebeveynin eğitim seviyesi ile kullanılan madde türü arasında anlamlı farklılık gözlenmezken; anne eğitim düzeyi 11 yıl ve üzeri olan grupta madde kullanımının diğer gruplardan düşük olması dikkat çekicidir.

Medeni duruma göre kullanılan madde türü istatistiksel anlamlılık göstermektedir ($P<0.01$). Buna göre bekar olgularda madde kullanımı, evli olgularda ise alkol kullanımı daha yüksek orandadır (Şekil 1).

Olguların ilk kullandıkları maddeler incelendiğinde; %58.5'inin ($n=254$) esrar, %5.8'inin ($n=25$) sentetik kannabinoid, %4.8'inin ($n=21$) uçucu maddeler ve %30.9'unun ($n=134$) alkol olduğu görülmektedir. Olguların ilk başlama yaşları incelendiğinde; %13.6'sının ($n=59$) 9-12 yaş, %32.3'ünün ($n=140$) 13-15 yaş, %32.5'inin ($n=141$) 16-18 yaş, %15.9'unun ($n=69$) 19-25 yaş, %5.8'inin ($n=25$) 25 yaş ve üzeridir. Olguların kullandıkları maddeler incelendiğinde; %74.0'ünün ($n=321$) çoğul madde, %0.5'inin ($n=2$) benzodiazepin, %0.9'unun ($n=4$) sentetik kannabinoid, %18.2'sinin ($n=79$) alkol, %2.8'inin ($n=12$) alkol+madde, %3.7'sinin ($n=16$) opiyat olduğu görülmektedir (Şekil 2). Olguların %59.2'sinde ($n=257$) aile öyküsü görülmektedir.

Olguların %43.3'ünde ($n=188$) daha önce yatış görülmektedir; %85.3'ünde ($n=370$) bir sene içerisinde toplam bir yatış, %14.1'inde ($n=61$) iki yatış, %0.7'sinde ($n=3$) üç yatış görülmektedir. Bir sene içinde tüm yatış günü sayısı 1 ile 30 gün arasında değişmekte olup, ortalama 5.88 ± 6.23 gündür. AMATEM'e ilk geliş yaşları 18 ile 71

arasında değişmekte olup, ortalama 30.08 ± 11.25 yıldır. Tedaviye başlama sebepleri incelendiğinde; %78.1'inin ($n=339$) kendi isteği, %18.9'unun ($n=82$) aile isteği, %3.0'ünün ($n=13$) yasal veya başka sebepler olduğu görülmektedir (Tablo 3).

Olguların %26.5'inde ($n=115$) cezaevi öyküsü, %37.3'ünde ($n=162$) deneimli serbestlik görülmektedir. Olguların %5.9'unda ($n=160$) kendini yaralama davranışı, %0.7'sinde ($n=3$) intravenöz kullanımı görülmektedir.

Olguların taburculuk sonrası bir yıl içerisindeki kontrol sayıları incelendiğinde; %37.1'inin ($n=161$) sayısı 3'den az iken, %53.7'sinin ($n=233$) 3-5 kez, %9.0'unun ($n=39$) 6-10 kez, %0.2'sinin ($n=1$) 11 kez ve daha fazladır. Ayrıca taburculuk sonrası bir yıllık ayık kalma oranları incelendiğinde; olguların %79.5'i 1-3 ay, %16,1'i 4-6 ay, %2,3'ü 7-9 ay ve %2,1'i 10-12 ay ayık kalmıştır (Tablo 4).

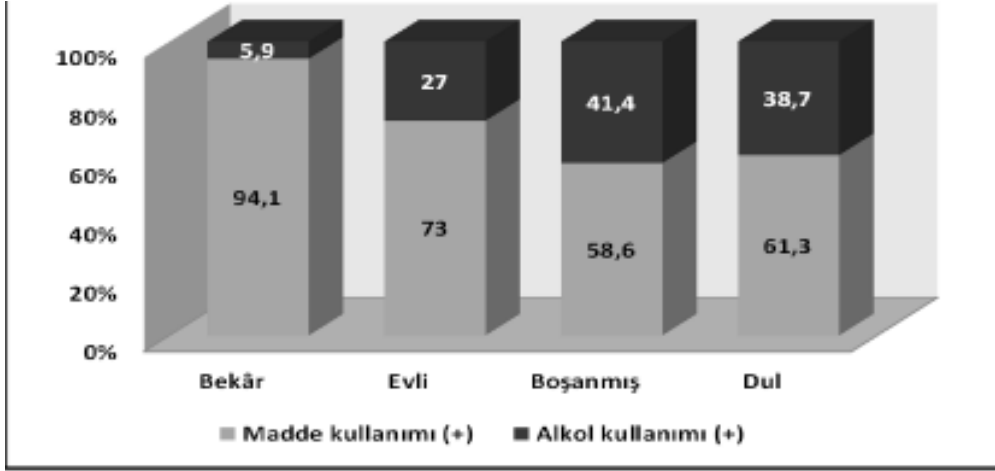
Taburculuk durumları incelendiğinde ise; kendi isteği ile taburcu olan %74; kural ihlali ile %1,8; salah ile %24,2 oranında olgu saptanmıştır. Tedaviyi terk eden ve etmeyen hastaların özellikleri incelendiğinde ise; her iki grup birbirleri ile yaş, cinsiyet, ilk kullanılan madde türü, eğitim durumu, medeni durum, göç etmiş olma, gelir düzeyi, ebeveyn eğitim seviyesi, birlikte yaşadığı kişiler, tedaviye ilk başlama yaşı ve yatış süreleri açısından farklılık göstermemektedir (Tablo 5).

TARTIŞMA

Çalışmamızda toplam hastalarımızın cinsiyet dağılımına bakıldığında erkek cinsiyetin baskın olduğu görülmektedir. Verilerimiz ülkemizde yapılan diğer çalışmalarla uyumludur (6,7).

Tablo 2. Anne Babaya İlişkin Özelliklerin Dağılımları

Anne Babaya İlişkin Özellikler	n	%	
Anne eğitim durumu	Okuryazar değil	60	13,8
	1-5 yıl	307	70,7
	6-10 yıl	40	9,2
	>11 yıl	27	6,3
Baba eğitim durumu	Okuryazar değil	20	4,6
	1-5 yıl	303	69,8
	6-10 yıl	54	12,5
	>11 yıl	57	13,1
Anne çalışma durumu	Çalışıyor	52	12,0
	Çalışmıyor	324	74,7
	Emekli	58	13,4
Baba çalışma durumu	Çalışıyor	181	41,7
	Çalışmıyor	19	4,4
	Emekli	234	53,9

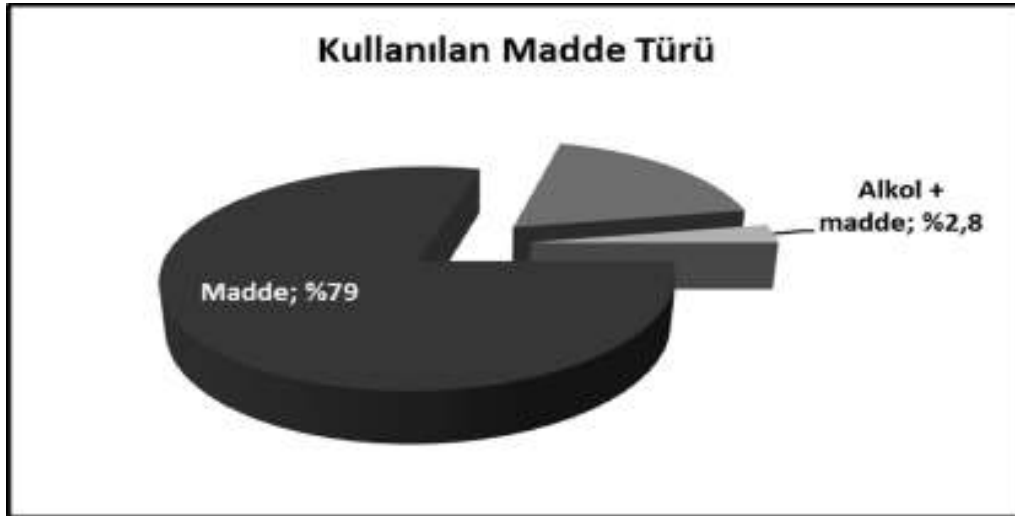


Şekil 1. Medeni durumuna göre kullanılan madde türü dağılımı

Hastalarımızın çok büyük çoğunluğu madde bağımlısı hastalardan oluşmaktadır. Madde bağımlılığı olan hastalar ise çoğul madde bağımlılığı (sentetik kannabis + metamfetamin birlikteliği) %74(n=321), benzodiazepin bağımlılığı %0,5(n=2), opiyat %3,7 (n=16) ve diğerleri %0,9 (n=4) şeklinde dağılım göstermektedir. Metamfetamin ve sentetik kannabis kullanım ve olay sayısının 2014 yılından bu yana arttığı TÜBİM tarafından da 2017 raporunda yayınlanmıştır. Kliniğimizdeki sonuçlar da ilgili sonuçlarla uyumludur (2).

Diğer çalışmalarla kıyaslandığında alkol bağımlılığı ve madde bağımlılığı oranlarının madde bağımlılığı lehine artmış olduğu göze çarpmaktadır. Ülkemizdeki diğer çalışmalarda alkol bağımlısı hastalar tüm bağımlı hastaların ortalama %30'unu

oluşturmaktayken bizim çalışmamızda bu oran %20 civarındadır. Klinik kayıtlarımız incelendiğinde alkol bağımlılığı ve uyuşturucu bağımlılığı oranlarının kliniğimizde her geçen yıl uyuşturucu bağımlılığı lehine arttığını göstermektedir. Bu sonuç uyuşturucu fiyatlarının çok düşük olması, kolay ulaşılabilir olması ve alkolün pahalı olması ile açıklanabilir. Dünyadaki diğer araştırmalara bakacak olursak gelişmiş ülkelerde alkolün daha ucuz olması erişilebilirliğini artırmakta ve alkol gençler arasında bağımlılık alanında büyük bir sorun olmaya devam etmektedir (8). Ancak ülkemizde durum tersidir; alkolün özellikle sentetik kannabinoidlere göre çok pahalı olması gelir düzeyi düşük gençlerde uyuşturucuya yönelimi artırmış olabilir. Bursa'nın şehir özelinde uyuşturucunun çok fazla kullanıldığı bir büyük şehir olması da bunda etkili olabilir. Ülkenin



Şekil 2. Kullanılan madde türlerinin dağılımı

doğusuna gidildikçe başvuruların alkol bağımlılığı yoğunluğu da artmaktadır (6,7). Ayrıca merdiven altı alkol yapımı ile daha ucuza alkol edebileceken madde kullanmayı tercih etme riskli davranışların ve dürtüsel kişilik özelliklerinin alkol bağımlılarına göre madde bağımlılığında daha fazla görülmesiyle açıklanabilir (9). Bir diğer etken olarak da madde kullanan gençlerin ailelerinde ve arkadaş çevrelerinde de madde kullanımının olmasının madde kullanımı için risk faktörü olması sayılabilir (10).

Hastaların yaklaşık %80'inin madde ve alkol kullanımına 18 yaş altında yani ergenlik döneminde başladıkları tespit edilmiştir. Ergenlik dönemi çocukluktan erişkinliğe geçerken yaşanan bir ara dönemdir. Bu döneme özgü davranış ve duygusal değişiklikler gözlenmektedir. Bu değişikliklerin heynin yapısal gelişimini tamamlamasına bağlı olduğu bilinmekte ve heyecan arayışı, ödül arayışı, emosyonel uyarılmışlık, risk alma davranışına yatkınlık gibi durumlara yol açtığı bilinmektedir. (11). Bu riskli davranışlardan biri de alkol madde kullanımınıdır. Bu dönemde başlayan riskli davranışlar ergenin gelişim sürecini olumsuz etkilemekte, ergenin ve toplumun sağlığı için tehlike oluşturmaktadır.

Ülkemizde yapılan benzeri çalışmalar kliniğimiz bulgularıyla benzer sonuçları göstermektedir. [1,3,4,12]

Hastaların eğitim düzeyine bakıldığında ise; diğer çalışmalarla uyumlu olmakla birlikte tüm bağımlıların yaklaşık %70'inin 10 yılın altında (klinik gözlemlerimiz lise 1. sınıftan terklerin çoğunluk olduğunu göstermekte) eğitim seviyesine sahip olduğunu göstermektedir. Eğitim seviyesinin düşük olması okulu terk etme ve eğitim düzeyinin düşmesi olarak iki açıdan ele alınması gereken bir sorundur. Okulu terk eden çocuk fiziken uyuşturucunun kullanıldığı ortamlara daha kolay ulaşmakta, anne babanın kontrolünden çıkmakta, eğitim düzeyi düşük kaldığı için de eğitimi olmanın avantajlarından (yüksek sosyoekonomik düzey, sağlıklı yaşam koşulları vb) faydalanamamaktadır (13).

Anne ve baba eğitim düzeylerine bakıldığında ise her iki ebeveynin de eğitim seviyelerinin yaklaşık %70 oranında 1-5 sene aralığında olduğu görülmektedir. Anne ve babanın eğitim seviyesinin düşük olmasının bağımlılık oranının artması ile ilgili yayımlar mevcut olmakla beraber bu sonuçları kıyaslayabileceğimiz ülkemizde yapılan başka

Tablo 3. Bağımlılık ve Tedaviye İlişkin Özelliklerin Dağılımları

Bağımlılık ve Tedaviye İlişkin Özellikler	n	%	
İlk kullanılan madde	Esrar	254	58,5
	Sentetik kannabis (Bonzai vb)	25	5,8
	Uçucu	21	4,8
	Alkol	134	30,9
Madde kullanımına başlama yaşı (yıl)	9-12 yaş	59	13,6
	13-15 yaş	140	32,3
	16-18 yaş	141	32,4
	19 -25 yaş	69	15,9
	>25 yaş	25	5,8
Kullanılan maddeler	Madde	343	79,0
	Alkol	79	18,2
	Alkol + madde	12	2,8
Aile öyküsü	Var	257	59,2
	Yok	177	40,8
Daha önce yatış yapma durumu	Var	188	43,3
	Yok	246	56,7
Tedaviye başlama yaşı (yıl)	Min-Mak (Medyan)	18-71 (27)	
	Ort±Ss	30,08±11,25	
Tedaviye başlama durumu	Kendi isteği	339	78,1
	Aile isteği	82	18,9
	Yasal veya başka sebepler	13	3,0
Tedavi süresi (yıl)	Min-Mak (Medyan)	0-7 (2)	
	Ort±Ss	1,86±1,57	

çalışmaya rastlanmamıştır (14). Madde bağımlılığının da içinde bulunduğu riskli davranış ve aile faktörünün incelendiği bir çalışmada ailenin eğitim düzeyinin artması ile ergende riskli davranış oranının azaldığı belirtilmiştir (15). Ülkemizle benzer kültürel yapısı olan İran'da yapılan bir çalışmada annenin eğitim düzeyinin yüksek olmasının tütün kullanımını engelleyen çok güçlü faktörlerden biri olduğu vurgulanmaktadır. Tütün kullanımının uyuşturucu kullanımına yol açan ilk kapı olduğu düşünülürse özellikle anne eğitim düzeyinin yüksek olmasının önemi ortaya çıkacaktır. Nihayetinde hastalarımızın tamamına yakını uyuşturucuyu sigara ile birlikte içmektedirler (16). Dünya literatürüne bakıldığında da benzer sonuçlar mevcuttur; ailenin eğitim düzeyinin düşmesi ile özellikle 13-16 yaş civarındaki gençlerin alkol kullanım sorunlarının daha fazla olduğu gösterilmiştir (17,18).

Göç durumu incelendiğinde hastalarımızın neredeyse yarısının Bursa dışından göçle gelen ailelerin çocukları olduğu tespit edilmiştir %41,2 (n=179). Bu rakam İzmir'de yapılan bir çalışmayla benzer yapıdadır (19). Göç çok dinamik ve karmaşık yapısı nedeniyle birçok sorunu da beraberinde getirmektedir. Kırsal davranışları

sürdürmek, aidiyet duygusunun gelişmemesi, beklentileri kente uyarlamaya çalışmak arada kalmış insan grubunun oluşmasına yol açmaktadır. Bu bulgular göçün klasik sonucu olarak uyum sorunları yaşayan ve aidiyet hissetmeyen gençlerin motivasyonlarının düşük olması, umutsuz kalmaları ve kent adaptasyonlarının yetersiz olması ile açıklanabilir (20). Bursa'nın göç alan bir şehir olması ve göç edenlerde bağımlılık oranlarının fazla olması göçle gelen ailelerin rehabilitasyonu ile ilgili ek müdahalelere ihtiyaç olduğunu göstermektedir.

Kişi başına düşen gelir düzeyi incelendiğinde hastalarımızın %54,8'inde ailede kişi başına düşen gelirin 1-500 tl arasında olduğu, bu sonucun da diğer çalışmalarla uyumlu olduğu ortaya çıkmaktadır. (21). Düşük gelirli ailelerin çocukları yeterli düzeyde eğitim alamamakta, kaliteli beslenememekte, kişisel gelişimine katkıda bulunacak okuma, spor yapma, hobi geliştirme gibi faaliyetlerden mahrum kalmaktadır. Bu durum uyuşturucu kullanımını kolaylaştırmaktadır (22).

Medeni durumları incelendiğinde hastalarımızın büyük çoğunluğunun bekar ve aileleri ile yaşadıkları tespit edilmiştir. Bu veriler ülkemizdeki

Tablo 4. Kendine Zarar Verme Girişimleri ve Taburculuğa İlişkin Dağılımlar

Kendine Zarar Verme Girişimleri ve Taburculuk Özellikleri	n	%	
Cezaevi öyküsü	Var	115	26,5
	Yok	319	73,5
Kendini yaralama davranışı	Var	160	36,9
	Yok	274	63,1
Taburculuk şekli	Kendi isteği ile	321	74,0
	Kural ihlali	8	1,8
	Salah ile	105	24,2
Taburculuk sonrası poliklinik kontrol sayısı (1 yıl içerisinde)	<3 kez	161	37,1
	3-5 kez	233	53,7
	6-10 kez	39	9,0
	≥11 kez	1	0,2
Bir yıl içinde toplam yatış sayısı	1 kez	370	85,3
	≥2 kez	64	14,7
Bir yıl içinde ortalama yatış süresi (gün)	Min-Mak (Medyan)	1-30 (4)	
	Ort±Ss	5,88±6,32	
Taburculuk sonrası ayık kalma süresi	1-3 ay içmemiş	345	79,5
	4-6 ay içmemiş	70	16,1
	7-9 ay içmemiş	10	2,3
	10-12 ay içmemiş	9	2,1
Denetim serbestliği durumu	Var	162	37,3
	Yok	272	62,7
İntravenöz kullanımı	Var	461	99,3
	Yok	3	0,7

diğer çalışmalarla uyumlu olup aile desteği ve sosyal destek açısından hastalığın seyri açısından olumlu özelliklerden biridir. Bekar olgularda madde kullanım oranının, evli olgularda ise alkol kullanım oranlarının fazla olmasının istatistiksel olarak anlamlı çıkması ise alkol bağımlılarının ilk tedaviye yaşamlarının geç evresinde başvurması, gelir düzeylerinin daha iyi olması ve alkolün toplumda göreceli olarak daha kabul edilebilir olması ile açıklanabilir. Nitekim Dünya sağlık örgütü de 2014 yılında yayınladığı raporunda alkol kullanımının görece sosyoekonomisi iyi toplumlarda daha fazla bağımlılık ve ek sağlık sorunlarına yol açtığını bildirmektedir (23).

Cezaevinde kalma öykülerine bakıldığında hastalarımızın %26,5 'inin cezaevinde kaldığı görülmektedir. Bu da bize uyuşturucu kullanımının suç işleme davranışı ile iç içe geçtiğini gösteren önemli sonuçlardan biridir (24,25).

Denetimli serbestliğe tabi hasta oranı ise %37,3 (n=162) olup (bu hastalar denetimli serbestlik kapsamında değil, elektif koşullarda yatırılan hastalardır) denetimli serbestlik uygulamasının yaygınlığı konusunda fikir vericidir.

Hastaların taburculuk sonrası bir yıl içindeki kontrol muayene sayıları incelendiğinde hastaların

Tablo 5. Taburculuk Şekline İlişkin Değerlendirmeler

		Taburculuk şekli			
		Kendi isteği (n=321)	Kural ihlali (n=8)	Salah ile (n=105)	
Yaş (yıl)	Min-Mak (Medyan)	18-66 (29)	19-62 (26,5)	18-76 (30)	*0,997
	Ort±Ss	31,95±11,17	32,25±14,66	31,92±12,02	
Cinsiyet; n (%)	Erkek	304 (74,1)	8 (2)	98 (23,9)	*0,763
	Kadın	17 (70,8)	0 (0)	7 (29,2)	
Eğitim durumu; n (%)	<5 yıl	111 (75,5)	3 (2)	33 (22,4)	*0,984
	6-10 yıl	116 (73)	3 (1,9)	40 (25,2)	
	≥11 yıl	94 (73,4)	2 (1,6)	32 (25)	
Medeni durum; n (%)	Bekâr	150 (72,5)	5 (2,4)	52 (25,1)	*0,478
	Evli	125 (76,7)	2 (1,2)	36 (22,1)	
	Boşanmış	19 (61,3)	1 (3,2)	11 (35,5)	
	Dul	27 (81,8)	0 (0)	6 (18,2)	
Yaşadığı kişiler; n (%)	Aileyle	277 (73,3)	8 (2,1)	93 (24,6)	*0,943
	Yalnız	33 (78,6)	0 (0)	9 (21,4)	
	Sokakta	5 (71,4)	0 (0)	2 (28,6)	
	Yakın akraba	6 (85,7)	0 (0)	1 (14,3)	
Kişi başı gelir; n (%)	0-500 TL	169 (71)	5 (2,1)	64 (26,9)	*0,239
	501-1000 TL	96 (78,7)	2 (1,6)	24 (19,7)	
	1001-2000 TL	53 (79,1)	1 (1,5)	13 (19,4)	
	≥2000 TL	3 (42,9)	0 (0)	4 (57,1)	
Bursa'ya göç etme durumu; n (%)	Göç edilmiş	132 (73,7)	2 (1,1)	45 (25,1)	*0,648
	Göç edilmemiş	189 (74,1)	6 (2,4)	60 (23,5)	
Anne eğitim durumu; n (%)	Okuryazar değil	45 (75)	1 (1,7)	14 (23,3)	*0,605
	1-5 yıl	227 (73,9)	7 (2,3)	73 (23,8)	
	6-10 yıl	26 (65)	0 (0)	14 (35)	
	>11 yıl	23 (85,2)	0 (0)	4 (14,8)	
Baba eğitim durumu; n (%)	Okuryazar değil	16 (80)	0 (0)	4 (20)	*0,520
	1-5 yıl	223 (73,6)	5 (1,7)	75 (24,8)	
	6-10 yıl	43 (79,6)	0 (0)	11 (20,4)	
	>11 yıl	39 (68,4)	3 (5,3)	15 (26,3)	
İlk kullanılan madde; n (%)	Esrar	187 (73,6)	6 (2,4)	61 (24)	*0,838
	Sentetik kannaabis	16 (64)	0 (0)	9 (36)	
	Uçucu	16 (76,2)	0 (0)	5 (23,8)	
	Alkol	102 (76,1)	2 (1,5)	30 (22,4)	
Tedaviye başlama yaşı (yıl)	Min-Mak (Medyan)	18-65 (27)	18-60 (26,5)	18-71 (27)	*0,935
	Ort±Ss	30,08±11,07	31,50±14,18	29,99±11,67	
Yatış süresi (gün)	Min-Mak (Medyan)	1-29 (4)	1-16 (7)	1-30 (4)	*0,667
	Ort±Ss	5,64±5,63	7,38±5,78	6,50±7,82	

*Pearson Chi-Square Test

°Oneway ANOVA Test

^bFisher's Exact Test

[§]Kruskall Wallis Test

[†]Fisher Freeman Halton Test

yarısı kadarının ortalama 4 kez poliklinik muayenesine geldiği görülmektedir. Bu rakamlar değerlendirildiğinde ortalama 3 ayda bir kontrol muayenelerine geldikleri söylenebilir. Bu ise tedavinin yeterliliği ve sürekliliği açısından tatmin edici bir sayı değildir. Ülkemizde ve dünyada tedavi sonrası kontrol başvurularına ait yeterli data bulunmamaktadır. Dünya ile karşılaştıracak olursak; Hollanda'da yapılan bir çalışmada uyuşturucu bağımlısı hastaların bir yıl içindeki takip sayılarının kliniğimiz verileri ile benzer olduğu, ayda bir kez genel pratisyen muayene yüzdesinin tüm hastaların %13 ünü oluşturduğu, son 12 ayda hastaların sadece %35 'inin psikiyatrist tarafından muayene edildiği (sağlık sisteminin çalışma farklılığı göz önüne alınmalıdır, bağımlılık hastaları ülkemizde psikiyatri uzmanı tarafından takip ve tedavi edilmektedir) görülmektedir (26). Hastaların kontrollerini aksatma nedenleri arasında bağımlılığı kendi çabaları ile iyileştirebilecekleri düşüncesi ve yatış sonrası sağladıkları kısa ayıklık sürelerini iyileşme olarak kabul etmeleri sayılabilir. Bu anlamda ülkemizde bağımlı hastaların (ve yakınlarının) bağımlılık konusundaki bilinç düzeylerinin yükseltilmesi tedavinin sürekliliği açısından bir avantajdır. Ayrıca motivasyon düşüklüğüne yol açan öz farkındalık düzeyinin düşük olması da takip sayılarını belirleyen bir faktör olabilir (27). Yatış sonrası ilk 3 aydaki relaps oranı bizim çalışmamızda %21 düzeyindeyken Norveç'te yapılan bir çalışmada %37 bulunmuştur (28). Brezilya'da yapılan başka bir çalışmada ise ergenlerin 1.ayda relaps oranları %65, 3. ayda relaps oranları ise %86 civarındadır (29). Ayaktan takip edilen hastaların izlendiği bir çalışmada ise iki yıl sonunda ayık kalma oranı %39 civarında bulunmuştur. (30). Ülkeler arasındaki bu farklar kullanılan maddenin cinsine göre, yatış sürelerine göre, hastanın motivasyonu, rehabilitasyon hizmetlerinin varlığı, sosyokültürel diğer değişkenlere göre çok fazla değişiklik gösterebilmektedir.

Yatışı terk oranlarına baktığımızda ise %74 (n=321) oranında yatışı terk (kendi isteği ile taburcu olma) gözlenmektedir. Tedaviyi terk ile ilgili yapılan çalışmalarda Savaşan ve arkadaşları %37,5 oranında tedaviyi terk bulmuşken Kayseri'de yapılan bir çalışmada ise %59,8 olarak bulunmuştur (6, 31). Kliniğimizdeki oranın yüksek olması sadece yatan hastalarla yapılan bir çalışma olmasından kaynaklanabilir. Çoğu hastamızın

kendi isteği ile tedaviye başvurması önemli bir faktör olsa da motive olmakla aynı anlamı taşımamaktadır. Birçok bağımlı hasta için tedavi kararı almak bile yeterince zordur. Bu nedenle bireylerin kliniğe kendi isteğiyle geldiklerinde bile motivasyonun hemen sağlanamama ihtimali vardır. Bu da tedaviyi terki kolaylaştıran bir faktör olabilir. Ayrıca ek psikiyatrik bulguların -özellikle anksiyete düzeylerinin yüksek olması-tedaviyi terki kolaylaştırıyor olabilir (32,33). Bu bilgiler ışığında tedaviyi terk ile ilgili yeni bilgilere ve engelleyici tedavi/rehabilitasyon modellerine ihtiyaç vardır denilebilir.

Çalışmamızın homojen bir kontrol grubu ile kıyaslanmaması kısıtlılığımız olabilir. Ancak ortaya çıkan sonuçların; örneğin ebeveyn eğitim seviyesinin düşük olması, göç durumu, ekonomik yetersizlikler gibi risk faktörlerinin bağımlılık oluşumundaki olumsuz etkileri bilinen evrensel doğrular olduğu kabul edilmektedir.

Daha önceki bilgilerimiz ve çalışmamızın sonuçlarından da ortaya çıktığı üzere bağımlılık gelişen bireylerin genel özellikleri düşük eğitim düzeyi, düşük gelir seviyesi ve düşük ebeveyn eğitim düzeyine sahip olan, göç etmiş, erkek cinsiyet olarak sıralanabilir. Bursa Türkiye'nin nüfus açısından 4. büyük şehri olmasına rağmen ortaya çıkan sonuçlar halen bir Anadolu şehri özelliklerini taşıdığını göstermektedir.

Tüm bunlar göz önüne alındığında uyuşturucu ile mücadelede politikalar oluştururken bu faktörleri sağaltacak politikalar ve müdahaleler üretmek bağımlılık mücadelesindeki en büyük basamak olacaktır.

Yazışma Adresi: Uzm. Dr. Elif Aktan Mutlu, Bursa Devlet Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi Bursa, Türkiye aktanazer@hotmail.com

KAYNAKLAR

1. United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2017 (ISBN: 978-92-1-148291-1, eISBN: 978-92-1-060623-3, United Nations publication, Sales No. E.17.XI.6).
2. <http://www.narkotik.pol.tr>. Türkiye uyuşturucu raporu 2017.
3. Bursa Valiliği resmi internet sitesi. bursa.gov.tr. Erişim tarihi; 30.10.2018.
4. <http://www.narkotik.pol.tr> Ulusal Uyuşturucu ile mücadele eylem planı 2016-2018.
5. Bursa Devlet Hastanesi istatistik birimi verileri.
6. Karaağaç H, Usta ZE, Usta A, Yarmalı MG, Gödekmerdan A. Kayseri Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Sosyo-demografik Özelliklerinin Retrospektif Analizi. *Dusunen Adam: Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* 2017;3: 251-257.
7. Bulut M, Savaş HA, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M. Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2006; 7:65-70.
8. Connor JP, Haber PS, Hall WD. Alcohol use disorders. *The Lancet* 2016; 387:988-998.
9. Başay Ö, Yüncü Z, Başay Kabukçu B, Öztürk Ö, Aydın C. Alkol-madde kullanım bozuklukları olan ergenlerin kişilik özellikleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2016; 17.2: 127.
10. Koca B, Oğuzöncül AF. İnönü Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu öğrencilerinin sigara, alkol, madde kullanımı, madde kullanımına etki eden etmenler ve aileden aldıkları sosyal desteğin etkisi. *Kocaeli Tıp Dergisi* 2015; 4.2, 4-13.
11. Paus T. Mapping brain maturation and cognitive development during adolescence. *Trends Cogn Sci* 2005; 9:70.
12. Avcı D, Tarı Selçuk K, Doğan S. Çıkraklık Eğitimine Devam Eden Ergenlerde Madde Kullanım Sıklığı, Öfke Düzeyi-Öfke İfade Tarzı ve Bağımlılık Şiddeti İlişkisi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*. 2017; 8.1.
13. Akfert KS, Çakıcı E, Çakıcı M. Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2009; 10:40-47.
14. Avşar G, Koç F, Aslan G. Madde Bağımlısı Hastalarda Sosyal Destek ve Benlik Saygısı. *Acıbadem Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi* 2016;7: 44-49.
15. Biçer BK, Özcebe H. Adolesanların riskli sağlık davranışlarını önlemek için üç yönlü bakış açısını anlamak: aile, okul ve aile hekimi. *TAF Prev Med Bull* 2016;15:478-484.
16. Jalilian F, Karami Matin B, Ahmadpanah M, Atae M, Ahmadi Jouybari T, Eslami AA, Mirzaei Alavijeh M. Socio-demographic characteristics associated with cigarettes smoking, drug abuse and alcohol drinking among male medical university students in Iran. *Journal of research in health sciences* 2015; 15: 42-46.
17. Pape H, Norström T, Rossow I. Adolescent drinking—a touch of social class? *Addiction* 2017;112:792-800.
18. Sakoman S, Kuzman M, Raboteg-Šarić Z. Risk Factors and Characteristics of Alcohol-Drinking Habits Among High School Students. *Društvena istraživanja: časopis za opća društvena pitanja* 1999; 8(2-3 (40-41)), 373-396.
19. Kaylı DŞ, Altıntoprak AE, Çelikay H, Babür Korkmaz Y, Kabakçı D. The relationship between migration and substance use on individuals who are routed to the substance abuse treatment due to probation act. *Anatolian Journal of Psychiatry* 2016;17:376-384.
20. Akıncı B, Nergiz A, Gedik E. Uyum süreci üzerine bir değerlendirme: Göç ve toplumsal kabul. *Göç Araştırmaları Dergisi* 2015;1.2 58-83
21. Bilici R, Uğurlu GK, Tufan E, Güven T, Uğurlu M. Bir Bağımlılık Merkezinde Yatarak Tedavi Gören Hastaların Sosyodemografik Özellikleri. *Fırat Tıp Dergisi* 2012;17:223-227.
22. Sajjadi H, Shushtari ZJ, Mahboubi S, Rafiey H, Salimi Y. Effect of socio-economic status, family smoking and mental health through social network on the substance use potential in adolescents: a mediation analysis. *Public health* 2018;157:14-19.
23. World Health Organization, & World Health Organization. Management of Substance Abuse Unit. Global status report on alcohol and health, 2014. World Health Organization.
24. Şener MM, Küçükşen K. Madde bağımlısı bireylerin rehabilitasyonunda sivil toplum kuruluşlarının rolü. *Journal of Human Sciences* 2017;14:486-495.
25. Demirel ÖF, Balcıoğlu İ. Alkol ve Madde Bağımlılığında Ceza Sorumluluğu ve Fiil Ehliyeti. *New Yeni Symposium* 2015; 53:27-33.
26. Havinga P, Velden C, Gee A, Poel A. Differences in sociodemographic, drug use and health characteristics between never, former and current injecting, problematic hard-drug users in the Netherlands. *Harm reduction journal* 2014;11:6.
27. Castine BR, Albein-Urios N, Lozano-Rojas O, Martinez-Gonzalez J M, Hohwy J, Verdejo-Garcia A. Self-awareness deficits associated with lower treatment motivation in cocaine addiction. *The American journal of drug and alcohol abuse* 2018;5:1-7.
28. Andersson HW, Wenaas M, Nordfjærn T. Relapse after inpatient substance use treatment: A prospective cohort study among users of illicit substances. *Addictive behaviors* 2019;90: 222-228
29. Lopes-Rosa R, Kessler FP, Pianca TG, Guimarães L, Ferronato P, Pagnussat, E, Moura H, Pechansky F, von Diemen, L. Predictors of early relapse among adolescent crack users. *Journal of addictive diseases* 2017;36:136-143
30. Steffen DV, Steffen L, Steffen, S. Sociomedical outcome after outpatient withdrawal treatment: Results of a model project of integrated care. *Der Nervenarzt* 2015;86:1383-1392.
31. Savaşan A, Engin E, Ayakdaşı D. Bir Amatem Kliniğinden Taburcu Olan Bağımlı Hastaların Yaşam Tarzı Değişiklikleri ve Nüks Durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi-Journal of Psychiatric Nursing* 2013;4:75-79.
32. Çakmak D, Evren C. Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *İstanbul: Özgül Matbaacılık* 2006, 33-62.
33. Andersson HW, Steinsbekk A, Walderhaug E, Otterholt E, Nordfjærn T. Predictors of Dropout From Inpatient Substance Use Treatment: A Prospective Cohort Study. *Substance abuse: research and treatment* 2018; 12, 1178221818760551.