

T.C. EGE ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ
ACİL TIP ANABİLİM DALI



ACİL SERVİSE BAŞVURAN MADDE BAĞIMLILIK VE KÖTÜYE KULLANIMI
ÖYKÜSÜ OLAN HASTALARDA KISA GÖRÜŞMENİN HASTALAR ÜZERİNE
ETKİSİ

Tıpta Uzmanlık Tezi

Dr. Alican YALÇINKAYA

Tez Danışmanı

Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Ali ALTUNCI

İzmir

2024

ÖNSÖZ

Bu tez, Ege Üniversitesi Tıp Fakültesi Acil Servisi'nde yürütülen "Acil Servise Başvuran Madde Bağımlılık ve Kötüye Kullanımı Öyküsü Olan Hastalarda Kısa Görüşmenin Hastalar Üzerine Etkisi" başlıklı çalışmanın bir ürünü olarak ortaya çıkmıştır. Bu çalışmanın her aşamasında yanımda olan, destek ve rehberlik sunan pek çok değerli insanın katkılarıyla bu noktaya ulaştım.

Öncelikle, tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Yusuf Ali Altuncı'ya verdiği uzmanlık eğitimi, tezime olan katkıları ve yardımları için sonsuz teşekkürlerimi sunarım. Uzmanlık sürecimde bana çok şey öğretti, yol gösterdi ve tezimin tüm aşamalarında bana yardımcı oldu. Her zaman bana zaman ayırarak bilgi ve tecrübesiyle yolumu aydınlattı. Kendisine minnettarlığımı ifade etmek isterim.

Tez sürecimde büyük yardımları dokunan bana yol gösteren Uzm. Dr. Şadiye Mıdık'a özel bir teşekkür borçluyum. Özellikle tez çalışmamız sırasında birbirimizi daha yakından tanıdık ve abla-kardeş gibi olduk. Tezin tüm aşamalarında bana sağladığı destek ve yardımlar olmasaydı, bu çalışma gerçekleşmezdi. Bilgisiyle bana tezimin dışında meslek hayatımda da çok şey öğrettiği ve yol gösterdiği için ayrıca teşekkür ederim. Hayatımda hep özel bir yeri olacaktır.

Tez konum üzerinde eğitim veren ve değerli katkılarda bulunan Doç. Dr. Umut Kırılı'ya da teşekkür ederim. Bu tez sayesinde kendisini tanıma şansı edindim ve katkılarından dolayı minnettarım.

Asistanlık eğitimimde bana rehberlik eden Prof. Dr. Güçlü Selahattin Kıyan, Prof. Dr. Murat Ersel, Doç. Dr. Funda Karbek Akarca, Doç. Dr. Enver Özçete, Doç. Dr. Meltem Songür Kodik, Doç. Dr. Sercan Yalçın ve Doç. Dr. İlhan Uz'a meslek hayatıma katkıları ve yol gösterdikleri için teşekkür ederim. Verdikleri bilgi ve deneyimler, mesleki gelişimimde büyük rol oynamıştır.

Asistanlık sürecimde, ilk günden son güne kadar mesleki gelişimimi en iyi bilen, bilgisiyle her zaman bana yardımcı olan ve yol gösteren Uzm. Dr. Özge Can'a içten teşekkürlerimi sunarım.

Çalışmam boyunca bana yardımcı olan tüm asistan arkadaşlarıma teşekkür ederim. Asistanlık sürem boyunca tanıdığım ve birlikte çalıştığım, her biri birbirinden değerli tüm asistan arkadaşlarıma minnettarım.

Eş kıdemim olan Dr. Ali Aydın, Dr. Onur Tav, Dr. Berk Aybek, Dr. Özge Kara, Dr. Reyhan Ceren Yeşil ve Dr. Berna Yerdelen'e içten teşekkürlerimi sunarım. Asistanlık süresince onları tanımaktan ve onlarla çalışmaktan çok mutlu oldum. Hayatıma kattıkları değerler için onlara minnettarım.

Aileme ise en büyük teşekkür borcumu sunarım. Sevgili babam Necati Yalçınkaya ve annem Hacer Yalçınkaya, hayatımda her zaman en büyük yeri tutmuş ve bugüne gelmemde en büyük katkıyı sağlamışlardır. Ablam Aslı Yalçınkaya, hayatımın her alanında bana en büyük desteği sağlamıştır. Yeğenim Yağızalp Azak'ın varlığı ise bana her daim mutluluk vermiştir. Onları çok seviyorum ve her birine minnettarım.

Son olarak, bu çalışmanın gerçekleştirilmesinde emeği geçen tüm hasta ve katılımcılara teşekkür ederim. Bu tez, onların katkıları olmadan tamamlanamazdı.

Tezimin, madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi süreçlerine ve acil servis başvurularına dair yeni bilgiler sunarak, bu alandaki çalışmalara katkıda bulunmasını umut ediyorum.

Saygılarımla,

Dr. Alican Yalçınkaya

2024 İzmir

İÇİNDEKİLER

Önsöz.....	
Özet.....	
Abstract.....	
Tablolar Dizini.....	
Kısaltma Listesi.....	
1. Giriş.....	
1.1. Araştırmanın Konusu ve Problemi.....	
1.2. Araştırmanın Hipotezleri.....	
1.3. Araştırmanın Varsayımları.....	
1.4. Tanımlar.....	
2. Genel Bilgiler.....	
2.1. Madde Bağımlılığı Tanımı.....	
2.2. Epidemiyolojisi.....	
2.3. Risk Faktörleri	
2.4. Kötüye kullanılan maddeler ve özellikleri.....	
2.5.Klinik seyir acil servis yönetimi ve tedavi yaklaşımlar.....	
2.6. Madde kötüye kullanımı olan hastaya görüşme prensipleri.....	
3. Gereç ve Yöntem.....	
3.1. Araştırmanın Tipi.....	
3.2. Araştırmanın Yeri ve Zamanı.....	
3.3. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi.....	
3.4. Araştırmaya Dahil Olma Kriterleri.....	
3.5. Araştırmanın Değişkenleri.....	
3.6. Veri Toplama Araçları.....	
3.7. Veri Toplama Süreci ve Yöntemi.....	
3.8. Veri Analizi.....	
4. Bulgular.....	
4.1. Demografik veriler.....	
4.2. Kısa görüşme istatistikleri.....	
4.3. Alt grup istatistikleri.....	

5.

Tartışma.....

6.

Kısıtlılıklar.....

7.

Sonuç

ve

öneriler.....

8. Kaynaklar.....

9. Ekler.....



ÖZET

Amaç: Çalışmamızdaki ana amaç madde bağımlılığı olan hastalar ile taburculuk öncesi acil serviste önceden hazırlanan plan dahilinde hedefe yönelik uygun bir görüşme yapılmasının; bağımlılık tedavisine uyumuna, izlenen süreçte bu hastaların poliklinik kontrolüne gidip gitmediği, tekrarlayan benzer acil servis başvurusu olup olmadığı üzerine etkisini tespit etmek amaçlanmıştır. Aynı zamanda madde kullanım bozukluğu mevcut olan hastaların demografik özellikleri, kullandıkları maddeler ve acil servise başvuru nedenleri ile ilgili veri sağlamak amaçlanmıştır.

Gereç ve yöntem: Prospektif randomize kontrollü araştırma olarak tasarlanmış olan bu çalışma, Ekim 2022 ve Nisan 2023 tarihleri arasında Ege Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'ne başvuru nedeninden bağımsız madde kullanım bozukluğu öyküsü veya tanısı olan 161 hasta ile yürütülmüştür. Verilerinin toplanmasında olgu rapor ve DUDİT (uyuşturucu kullanım bozukluğu tanımlama testi) kullanılmıştır.

Bulgular: Çalışmada, hastaların büyük bir kısmında orta-şiddetli bağımlılık ve birden fazla madde kullanımı gözlemlenmiştir. Madde kullanım bozukluğu, tekrarlayan bir seyir göstermekte ve acil servis yükünü artırmaktadır. Acil serviste yapılan kısa görüşmelerin, hastaları tedaviye yönlendirmede ve iyileşme sürecini hızlandırmada etkisiz olduğu belirlenmiştir. Kısa görüşmenin, 30 günlük acil servise ve bağımlılık polikliniğine tekrar başvurma oranlarını etkilemediği tespit edilmiştir.

Cinsiyet, iş durumu, başvuru şikâyeti, daha önce madde bağımlılığı krizi yaşama ve daha önce bağımlılık tedavisi alma gibi faktörlerin, tekrarlayan başvurular üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Özellikle kadın hastaların, erkek hastalara göre acil servise ve bağımlılık polikliniğine daha sık başvurduğu, işsiz veya geçici işlerde çalışan hastaların ise düzenli iş sahibi olanlara kıyasla bağımlılık polikliniğine başvurma oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Sonuç: Madde bağımlılığı ile başvuran hastalarda, acil serviste yapılan kısa müdahalelerin tekrarlayan başvuruları önlemede etkili olmadığı sonucuna varılmıştır. Bu nedenle, daha kapsamlı ve uzun süreli müdahale programlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Tedavi ve takip süreçlerinde, hastaların bireysel ve çevresel faktörlerinin dikkate alınarak, multidisipliner yaklaşımlar benimsenmelidir. Ayrıca, bağımlılık tedavisi alan hastaların nüksetme riski altında olduğu ve tekrarlayan başvurulara karşı dikkatli olunması gerektiği vurgulanmalıdır. Madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi ve bakım süreçlerinin iyileştirilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu alanda yapılacak ileri çalışmalar, madde bağımlılığı ile mücadelede etkili stratejiler geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.

Anahtar kelimeler: Madde Kullanım Bozukluğu, Acil Servis, Kısa Görüşme, Bağımlılık Tedavisi, Tekrarlayan Başvurular

ABSTRACT

Objective: The main objective of our study is to determine the effect of a targeted and appropriate interview, conducted as part of a pre-planned protocol before discharge in the emergency department, on the compliance with addiction treatment among patients with substance addiction, whether these patients attended follow-up appointments in the outpatient clinic, and if there were recurrent similar emergency department visits. Additionally, this study aims to provide data on the demographic characteristics, substances used, and reasons for emergency department visits of patients with substance use disorder.

Materials and Methods: This study was designed as a prospective randomized controlled trial and conducted with 161 patients who had a history or diagnosis of substance use disorder, independent of their reason for presenting to the emergency department, between October 2022 and April 2023 at the Ege University Hospital Emergency Department. Data collection involved case reports and the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT).

Results: The study found that the majority of patients exhibited moderate to severe addiction and multiple substance use. Substance use disorder demonstrated a recurring pattern, increasing the burden on the emergency department. It was determined that short interviews conducted in the emergency department were ineffective in directing patients towards treatment and accelerating the recovery process. The short interviews did not affect the rates of returning to the emergency department or addiction outpatient clinic within 30 days.

Factors such as gender, employment status, presenting complaint, previous substance-related crisis, and prior addiction treatment were found to influence recurrent visits. Specifically, female patients were found to visit the emergency department and addiction outpatient clinic more frequently than male patients. Unemployed or temporarily employed patients had higher rates of visiting the addiction outpatient clinic compared to those with regular employment.

Conclusion: Short interventions conducted in the emergency department for patients presenting with substance addiction were found to be ineffective in preventing recurrent visits. Therefore, there is a need for more comprehensive and long-term intervention programs. In treatment and follow-up processes, multidisciplinary approaches should be adopted, considering individual and environmental factors of the patients. Additionally, it is emphasized that patients who have received addiction treatment are at risk of relapse and should be monitored carefully for recurrent visits. Further research is needed to improve the treatment and care processes for patients with substance use disorder. Future studies in this field will contribute to the development of effective strategies in combating substance addiction.

Keywords: Substance Use Disorder, Emergency Department, Brief Intervention, Addiction Treatment, Recurrent Visits

TABLolar LİSTESİ

TABLO-1: Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri

TABLO- 2: Çalışmamıza katılan hastaların beyan ettikleri madde bağımlılığı süreleri (yıl) ve DUDİT ölçeği puanları ortalamaları

TABLO- 3: Çalışmaya katılan hastaların acil servise başvuru nedenleri

TABLO- 4: Çalışmamıza katılan hastaların daha önce benzer şekilde madde kullanımına bağlı acil servise başvurup/ başvurmama oranları

TABLO – 5: Çalışmamıza katılan hastaların daha önce herhangi bir bağımlılık tedavisi alıp almama oranları

TABLO -6: Çalışmaya katılan hastaların sigara / alkol kullanımlarına göre sayıları

TABLO- 7: Çalışmamıza katılan hastaların kullandıkları madde türlerine göre sayıları

TABLO- 8: Çalışmamıza katılan hastaların kaç sayıda farklı madde türü kullanımına göre sayılarını ve oranları

TABLO- 9: Çalışmamıza katılan hastaların başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise başvuru oranları

TABLO-10: Çalışmamıza katılan hastaların başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

TABLO -11: Cinsiyete göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise veya bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

TABLO -12: Eğitim durumlarına göre hastaların başvuru sonrası 30 gün içinde acil servise benzer nedenle başvurma ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

TABLO-13: Hastaların iş durumlarına göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise benzer nedenle başvurma ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

TABLO-14: Çalışmamıza katılan hastaların acil servise başvuru şikayetine göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise benzer nedenle başvurma ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

TABLO- 15: Daha önce maddeye bağlı benzer kriz ile acil servise başvuran hastaların başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise benzer nedenle başvurma ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

TABLO- 16: Daha önce bağımlılık tedavisi alan hastaların 30 gün içerisinde acil servise benzer nedenle başvurma ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

TABLO- 17: Çalışmamıza katılan hastaların kullandıkları madde çeşidi sayısına göre hastaların 30 gün içerisinde acil servise benzer nedenle başvurma ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

TABLO -18: Çalışmamıza katılan kadın hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

TABLO- 19: Çalışmamıza katılan erkek hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

TABLO- 20: Üniversite mezunu veya okuyan hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

TABLO- 21: Lise mezunu hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

TABLO- 22: Ortaokul mezunu hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

TABLO- 23: İlkokul mezunu hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

TABLO- 24: Geçici işi olan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde tekrar acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

TABLO- 25: Düzenli işi olan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde tekrar acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

TABLO- 26: Çalışmayan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde tekrar acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

TABLO- 27: Daha önce madde kullanımına bağlı acil servis başvurusu olmayan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servis ve bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

TABLO- 28: Daha önce madde kullanımına bağlı acil servis başvurusu olan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servis ve bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

TABLO- 29: Daha önce bağımlılık tedavisi almamış olan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servis ve bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

TABLO-30: Daha önce bağımlılık tedavisi almış olan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servis ve bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

KISALTMLAR LİSTESİ

EMCDDA: Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

DUDİT: Madde kullanım bozuklukları tarama testi

DSM 5: Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El kitabının Beşinci Baskısı

UNODC: Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suçlarla M¼cadele Dairesi

TUBİM: T¼rkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi

ABD: Amerika Birleşik Devletleri

CBD: Kannabidiol

THC: Tetrahidrokannabinol

SK: Sentetik kannabinoid

MDMA: 3,4-metilendioksimetamfetamin

AIDS: Edinilmiş Bağışıklık Eksikliği Sendromu

LSD: Lizerjik Asit Dietilamid

GKS: Glaskow Koma Skoru

EKG: Elektrokariyografi

İV: İntravenöz

İM: İntramuskuler

E¼TF: Ege Üniversitesi Tıp Fak¼ltesi

1. GİRİŞ

1.1 Araştırmanın konusu ve problemler

Madde kullanım bozukluğu dünyada ve ülkemizde kişilerin hayat kalitesine zarar veren, beden ve ruh sağlığını olumsuz etkileyen, kişinin sosyal ve aile yaşamını bozan bir halk sağlığı sorunudur. Genellikle yasadışı yollardan temin edilen maddelerin kullanımı veya reçete ile satılan bazı medikal ilaçların uygunsuz dozlarda kötüye kullanımı söz konusudur.

Kullanılan maddelerin çeşitlerine göre fizyolojik etkileri değişmekle birlikte; çoğu zaman kişiler bu maddeleri keyif verici, uyarıcı veya sakinleştirici etkileri nedeni ile kullanmaktadırlar. Kişiler bu maddeleri kullandıklarında vücuttaki çeşitli nörotransmitter maddelerin salınımını tetikler, bu nörotransmitter maddelerin özellikle beyin hücrelerindeki reseptörleri uyarması ile madde etkisi altına girmektedirler. Kişiler bu zamanlarda kendilerini daha iyi olarak hissederler, fakat zaman içinde kullanılan bu maddelere karşı tolerans gelişmektedir. Tolerans gelişmesine bağlı olarak kişiler kullandıkları madde dozlarını ve sürelerini arttırmaktadırlar. Bu durum kullandıkları maddeye bağlı olarak görülen fizyolojik ve psikolojik etkileri ve zararları daha şiddetli olarak ortaya çıkarmaktadır.

Kişiler bu maddeleri yüksek dozlarda kullandıklarında madde türüne göre değişen intoksikasyon klinik tabloları ortaya çıkmaktadır. Kullandıkları bu maddelerden uzak kalmaları halinde yine madde türüne göre değişen yoksunluk klinik tabloları ortaya çıkmaktadır. Her iki durumda bu kişilerin ölümüne dahi yol açabilecek ciddi sağlık sorunlarına yol açmaktadır.

Madde kullanımı sırasında veya sonraki zaman diliminde kullanılan madde türüne göre değişmekle beraber genellikle bellek, yönelim, duygudurum, yargılama, gerçeği değerlendirme gibi bilişsel yeteneklerde kalıcı veya geri döndürülebilir hasar oluşmaktadır. Bu bilişsel ve fizyolojik etkiler nedeniyle bağımlıların aile, iş, okul gibi sosyal hayatları zarar görmektedirler. Bazı durumlarda madde etkisi altında veya madde kullanma isteği nedeniyle bu kişiler adli suçlara karışmaktadırlar. Yine bazı madde kullanımlarına bağlı olarak kişilerde ajitasyon, saldırganlık, öfke, halüsinasyon, paranoid sanrılar görülebilmektedir. Bu durum kendisi ve çevresine şiddet uygulamasına yol açabilmektedir.

Madde kullanımının bozukluğu olan kişi öncelikle kendisinin beden ve ruh sağlığını bozar, sonrasında çevresi ile sosyal ilişkilerini kaybeder. Kendisi ve yakınındakilerin hayat kalitesini olumsuz etkilemektedir. Bu kişiler uygun medikal ve psikolojik yardım almadıkları takdirde kalıcı olabilecek bedensel veya psikolojik hastalık tablolarıyla ve sosyal yaşamlarının yok olmasıyla karşılaşabilmektedir.

Ülkemizde ve dünyada madde kullanım bozukluğu olan kişilerin madde kullanım sonrası ortaya çıkan istenmeyen etkiler veya karıştıkları adli olay ya da travmatik kazalar nedeniyle acil servise başvurumaktadırlar. Acil servislere gelen madde kullanımı olan hastaların acil servis hekimleri tarafından genellikle yoksunluk belirtileri, maddenin aşırı kullanımına bağlı intoksikasyon belirtileri, madde kullanımıyla bağlantılı olarak gelişen travmalar gibi nedenlerle acil servislere müracaat ettiklerini belirtmektedir (1)

Amerika Birleşik Devletleri'nde 2014 yılında Rhode Island, eyaletinde, opiat kullanımına bağlı aşırı doz ve ölümlerle sonuçlanan vakaların artması nedeniyle bir kampanya başlatılmıştır. Aşırı doz hastaların bakımını iyileştirmek için, kurum sosyal hizmet personelleri veya akran aracılı stratejiler ile acil servis tabanlı başlayan bu uygulamalar bağımlılık tedavisinin başlamasını 10 kat artırmıştır (2). Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) tarafından 2016 yılında yayınlanan raporda acil servis tabanlı kısa görüşmelerin madde kötüye kullanımı üzerindeki etkisi 10 ülkede yapılan 16 çalışma sonuçları değerlendirilmiş ve faydası olabileceğini belirtmiştir. Acil serviste madde bağımlılığı ile gelen hastalara yaklaşım ve bağımlılık tedavisine katılımını sağlamak ile ilgili önerilerde bulunulmuştur. (3)

Ülkemizde madde bağımlılığına yönelik acil servisleri içeren kişilere yönelik bireysel müdahale ile ilgili bir çalışma veya program yapılmamıştır. Sağlık Bakanlığı'nın 2018-2023 yıllarını kapsayan "Uyuşturucu ile Mücadele Ulusal Eylem Planı" dahilinde Sağlık Bakanlığı tarafından 2017-2019 yılı çeşitli dönemlerinde, acil servis çalışanlarına ulusal çapta uyuşturucu, bağımlılık ile tıbbi mücadele eğitimleri verilmiştir. Özellikle madde kullanım bozukluğu olan hastalar için acil durumlarda müdahalede bulunan acil sağlık personeline yönelik "Madde Kullanım Bozukluğunda Acil Yaklaşım" eğitimleri verilmiştir. Ayrıca 2019 yılında "Acil Servislerde Madde Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım Rehberi" hazırlanmıştır. Bu eğitimlerle madde bağımlılığı ile başvuran hastaların yönlendirilmesi için bilgilendirme ve farkındalık oluşturulmuş olsa da acil servislerde madde bağımlılığı konusunda çalışan sosyal hizmet uzmanı veya bağımlılık öyküsü olan hastaların yönlendirilmesi için standart bir protokol bulunmamaktadır.

Kişinin madde etkisi altında olduğu genellikle kendi ifadesi veya yakınlarının belirtmeleriyle anlaşılmaktadır ve bu durum hastanın muayenesi, tıbbi öyküsü ve üzerinde bulunan ilaçlarla birlikte doğrulanabilmektedir. Madde almış olan veya etkisinde olduğu belirtilen/düşünülen olgunun acil servisteki müdahale süreci bittikten sonra bağımlılık tedavisi için yönlendirilmesi zorunluluğu yoktur. (1) Buna rağmen hastalar klinik durumları düzelmesi sonrasında taburcu olmadan önce genellikle acil servis hekimi tarafından bu konuda yardım alması gerektiği anlatılmaktadır. Psikiyatri polikliniği veya madde bırakma polikliniğine başvurmaları önerilmektedir. Fakat bununla ilgili standart bir bilgilendirme formu veya uygulama yoktur; acil servis işleyişi ve yoğunluğu gereği bu bilgilendirme yüzeysel kalabilmektedir. Bu hastalar madde kötüye kullanım – bağımlılık nedeni ile herhangi bir tedavi almadıkları takdirde benzer klinik tablolar ile tekrar hastaneye başvurmaları sıklıkla gördüğümüz bir durumdur.

Beaudoin ve arkadaşları tarafından 2022 yılında yapılan randomize kontrollü çalışmada, ölümcül opioid doz aşımı riski yüksek olan ve acil servise başvuran hastalarda hedeflenmiş bir davranışsal görüşmenin madde bağımlılığı tedavisine başlayıp başlamamadaki etkisi araştırılmıştır. (2) Hastalar iki gruba ayrılmıştır ve birinci gruba hastanenin sosyal hizmet uzmanlarıyla, ikinci gruba ise geçmişte madde bağımlılığı yaşamış ancak bağımlılık tedavisini tamamlayıp iyileşmiş bireylerle (kısa bir eğitim sürecinden sonra) görüşme gerçekleştirilmiştir. Hastalar taburcu olmadan önce 5-20 dakikalık bir görüşme düzenlenmiştir. Bu görüşmelerde, bağımlılıkla ilgili bilgiler verilerek, bağımlılık tedavisine başlamaları için önerilerde bulunulmuştur. Birinci gruptaki 325 hastadan 98'i, ikinci gruptaki 323 hastadan 103'ü otuz gün içerisinde bağımlılık tedavisine başlamışlar. İki grup arasında ise anlamlı fark bulunmamıştır. (2)

Bu çalışma göz önüne alındığında ülkemizde acil servise başvuran madde bağımlılığı bulunan hastalar ile yapılan standart bir bilgilendirme görüşmesi bulunmamaktadır. Literatür tarandığında Türkiye'de acil servise madde bağımlılık klinik tablosu ile gelen hastaların ne oranda bağımlılık tedavi merkezlerine başvurduğu ile ilgili bir çalışma bulunmamaktadır. Bu nedenle çalışmamızdaki ana amaç madde bağımlılığı olan hastalar ile taburculuk öncesi acil serviste önceden hazırlanan plan dahilinde hedefe yönelik uygun bir görüşme yapılmasının; bağımlılık tedavisine uyumuna, izlenen süreçte bu hastaların poliklinik kontrolüne gidip gitmediği, tekrarlayan benzer acil servis başvurusu olup olmadığı üzerine etkisini tespit etmek amaçlanmıştır. Aynı zamanda madde kullanım bozukluğu mevcut olan hastaların demografik

özellikleri, kullandıkları maddeler ve acil servise başvuru nedenleri ile ilgili veri sağlamak amaçlanmıştır.

1.2. Araştırmanın hipotezleri

H1 -Madde kötüye kullanım bozukluğu ile gelen hastalara taburculuk öncesi acil serviste önceden hazırlanan plan dahilinde hedefe yönelik uygun bir görüşme sağlanması hastaların madde bağımlılık polikliniklerine başvurusu arttırır, Bununla beraber bu hastalarda benzer klinik tablo ile acil servise başvuru sıklığı azalır.

1.3. Araştırmanın varsayımları

Araştırmada kullanılan olgu rapor formu ve DUDİT test formunun madde bağımlılık düzeyini tespit yeterli nitelikte olduğu varsayılmıştır.

Hastalar ile yapılan görüşmede hastalardan alınan bilgilerin doğru olduğu varsayılmıştır.

1.4. Tanımlar

Bağımlılık: Bağımlılık, fiziksel veya psikolojik yönden kişinin zararlı olduğunun farkında olmasına rağmen bir şeye karşı konulamaz şekilde istek duyması olarak tanımlanabilmektedir. Maddeye karşı olan bağımlılık maddenin kompulsif ve sıklıkla zararlı kullanımı ile karakterize karmaşık ve kronik bir tıbbi durumdur. Madde kontrol kaybı, maddeye karşı yoğun istek duyma ve madde kullanılmadığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkmasıyla belirgindir.

Fiziksel bağımlılık: bireyin vücudunun kullandığı belirli bir maddenin varlığına uyum sağladığı ve bu maddenin yokluğunda fiziksel yoksunluk semptomlarına yol açtığı bir durumdur.

Psikolojik bağımlılık olumsuz sonuçlara rağmen güçlü bir arzuya veya şiddetli arzuya yol açan bir davranış veya aktiviteye kompulsif olarak katılma durumudur. Fiziksel semptomlara yol açmaz.

İntoksikasyon: İntoksikasyon, bir maddenin kullanımı sonucu ortaya çıkan zehirlenme durumudur. Madde kullanımı sırasında veya hemen sonrasında merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerle meydana gelen, klinik açıdan belirgin ve uygunsuz davranışsal veya psikolojik değişiklikler intoksikasyon olarak tanımlanır.

Yoksunluk: Yoksunluk, aşırı ve uzun süreli madde kullanımının azaltılması veya tamamen bırakılması durumunda ortaya çıkan bir sendromdur. Hem psikolojik hem de fiziksel belirtiler

içerebilir. Yoksunluk belirtileri, kullanılan maddenin türüne bağlı olarak farklılık gösterebilir. Bu durumda, kişi yoksunluk belirtilerini hafifletmek amacıyla yeniden madde kullanma isteği duyabilir.

Tolerans: Tolerans, madde kullanım bozukluğu olan bireylerde gelişen bir durumdur. Farklı maddelere bağlı olarak değişiklik gösteren tolerans, kişinin aynı miktarda madde kullanmasına rağmen zamanla aynı etkiyi elde edememesi durumudur. Bu, bireyin madde miktarını ve kullanım süresini artırmasına yol açabilir. Tolerans, maddenin etkilerine karşı azalmış duyarlılığı ifade eder.

Öfori: Öfori, aşırı ve yoğun zevk veya heyecan hali olarak tanımlanan bir duygudurumdur.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Madde kullanım bozukluğunun tanımı

Amerikan Psikiyatri Birliği'nin Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El kitabının Beşinci Baskısında (DSM 5) bağımlılıkla ilişkili bozukluklar 'Madde İle İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları' başlığı altında incelenmektedir. Bu başlık altında; alkol, kafein, kannabis, hallüsinojenler, uçucular, opiyatlar, sedatifhipnotik ve anksiyolitikler, uyarıcılar, tütün ve diğer maddeler yer almaktadır. Madde kullanım bozuklukları, madde kötüye kullanımı ve bağımlılığını içermektedir. 11 tane tanı ölçütü bulunmaktadır.

Tanı ölçütleri:

1. İstendiğinden daha büyük ölçüde veya uzun süreli kullanım
2. Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek veya sonuç vermeyen çabalar
3. Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayırma
4. Madde kullanımı için çok büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme
5. Tekrar eden kullanım sonucu sorumluluklarını yerine getirememe (işte, okulda, evde)
6. Olumsuz etkilerine rağmen kullanıma devam etme (toplumsal ve kişiler arası sorunlar)
7. Kullanımdan dolayı günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması (iş, eğlence vb.)
8. Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi kullanmaya devam etme
9. Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme

10. Maddeye tolerans gelişmiş olması

11. Yoksunluk gelişmiş olması

En az iki tanı ölçütünün 12 aylık dönem içerisinde klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ve işlevsellikte düşmeye yol açması ile tanı konulmaktadır. Bu ölçütlerden 2-3 tanesinin karşılanması durumunda hafif, 4-5 tanesinin karşılanması durumunda orta, 6 ve daha fazlasının karşılanması durumunda ağır madde kullanım bozukluğundan söz edilir. Ayrıca hastalık süreci geliştikten sonra 3-12 ay süresince madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerini karşılanmama (madde isteği dışında) durumu erken remisyon, 12 aydan uzun süre madde kullanım bozukluğu tanı ölçütlerini karşılamama (madde isteği dışında) durumu kalıcı remisyon olarak adlandırılmaktadır. Bir düzelleme dönemi sonrasında tek tük madde kullanımının olmasına kayma (laps), kayma sonrası süregiden madde kullanma davranışı ile hastalık belirtilerinin tekrarlamasına ise nüks (relaps) denilmektedir”(4)

2.2. Epidemiyoloji

2002 yılında Işıklı, S. ve Irak tarafından 72 ilde gerçekleştirilen bir çalışmada, yaşam boyu en az bir kez madde kullandığını belirtenlerin oranı %1.3 olarak tespit edilmiştir. Erkeklerde madde kullanımını kadınlara göre daha yaygındır ve 15-24 yaş grubunda, 25 yaş üstü bireylere göre daha yüksek bulunmuştur (5).

Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suçlarla Mücadele Dairesi'nin (UNODC) 2021 yılında yayımladığı rapora göre, dünya genelinde 2018 yılında tahmini 269 milyon kişi bir önceki yıl en az bir kez yasadışı uyuşturucu madde kullanmıştır (6).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Seattle Sağlık Metrikleri ve Değerlendirme Enstitüsü tarafından yayımlanan 2019 tarihli küresel hastalık yükü çalışmasında, Türkiye'de 1990 yılında yaklaşık 381.200 kişi madde kullanım bozukluğuna sahipken, 2016 yılında bu sayı 664.906'ya yükselmiştir. Nüfusa oranladığımızda; 1990 yılında bu oran 0,0070 iken, 2016 yılında 0,0082'ye çıkmıştır (7).

Türkiye'deki madde kullanımını ile ilgili en güvenilir kaynak, “Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi” (TUBİM) tarafından her yıl hazırlanan ve Türkiye'deki madde kullanım bozukluğu ile ilgili güncel durumu yansıtan “Türkiye Uyuşturucu Raporu”dur. Her yıl Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (EMCDDA) tarafından yayımlanan yıllık “Avrupa Uyuşturucu Raporu”nda yer alan

“Türkiye Ülke Madde Raporu” esas alınarak hazırlanır. T.C. İçişleri Bakanlığı tarafından yayımlanan 2022 Türkiye Uyuşturucu raporunda, tanı kodlarına göre alkol ve nikotin kullanım bozuklukları çıkarıldığında, 2021 yılında sadece tedavi merkezlerine yapılan toplam ayaktan tedavi başvuru sayısı 247.390'dır. Bu başvuruların 100.837'si denetimli serbestlik kapsamında yönlendirilenlerdir. 2021 yılında yataklı tedavi merkezlerine yapılan başvuru sayısı ise 15.497'dir. Bu sayıdan mükerrer vakalar çıkarıldığında, toplam tekil kişi sayısı 12.954 olarak belirlenmiştir (8).

ABD'de her yıl yaklaşık 6 milyon kişi, ilaçların yanlış veya kötüye kullanımı ve yasadışı uyuşturucu kullanımı dahil olmak üzere madde kullanım sorunları nedeniyle acil servislere başvurmaktadır. Madde kullanımının yaklaşık %27'si ilaçların tıbbi amaçlar dışında kullanılmasını, %21'i yasadışı uyuşturucu kullanımını ve %14'ü de diğer ilaçlarla birlikte alkolün karışımını içermektedir. Madde kötüye kullanımı ile ilgili acil servis ziyaretlerinde bir artış gözlemlenmektedir; ilaçların kötüye kullanımı 2004'ten 2011'e kadar iki katından fazla artmış ve yasadışı uyuşturucu kullanımıyla ilgili ziyaretler 2009'dan 2011'e kadar %25 oranında artmıştır. Benzer şekilde, alkolle ilgili acil servis başvuruları 2006'dan 2011'e kadar %34 oranında artış göstermiştir. Madde kullanımına bağlı olarak düşmeler, yanıklar, motorlu taşıt kazaları gibi olaylar da hastaların acil servislere gelmesine neden olabilmektedir. Eroin ve reçeteli opioidlerin kötüye kullanımı ve aşırı doz ölümlerinin artan insidansı da literatürde geniş bir şekilde ele alınmıştır. Türkiye'ye özel olarak, acil servislere madde kullanımı ile ilgili istatistiklere rastlanmamıştır (1).

2.3. Risk faktörleri

Alkol ve uyuşturucu kullanımı da dahil olmak üzere madde kullanımı, bireysel sağlık, refah ve genel olarak toplum için önemli riskler oluşturmaktadır. Madde kullanımıyla ilişkili risk faktörlerini anlamak, bağımlılığın olumsuz sonuçlarını önlemek ve ele almak açısından çok önemlidir.

Bu risk faktörlerine maruz kalan herkesin madde kullanım bozukluğu geliştirmeyeceğini belirtmek önemli olsa da bunların varlığını kabul etmek bireylerin, ailelerin ve toplulukların bu riskleri azaltmak için proaktif adımlar atmasına yardımcı olmaktadır.

Genetik faktörler

Genetik, kişinin madde kullanım bozukluklarına karşı savunmasızlığında önemli bir rol oynamaktadır. Bazı bireyler, onları bağımlılığa daha yatkın hale getiren genetik özellikleri

miras alabilmektedir. Bu genetik yatkınlık, maddelerin metabolizması, beynin ödül sisteminin bağlantı şekli ve yoksunluk semptomlarına yatkınlık gibi faktörleri içerebilmektedir.

Aile öyküsü

Ailede madde kullanım bozuklukları öyküsü, bireyin benzer sorunlar geliştirme riskini artırabilmektedir. Madde kullanımının normalleştiği bir ortamda büyümek ya da aile bireylerinin bağımlılıkla mücadelesine tanık olmak kişinin madde bağımlılığına yatkınlığına katkı sağlayabilmektedir.

Çevresel faktörler

Bir kişinin büyüdüğü ortam, madde kullanım riski üzerinde önemli bir etkiye sahip olmaktadır. Uyuşturucuya veya alkole erişim, akran baskısı ve travmaya veya yüksek stresli ortamlara maruz kalma gibi faktörler kırılabilirliği artırabilmektedir. Ek olarak sosyoekonomik durum ve eğitim ve istihdam fırsatlarına erişim eksikliği de madde kullanımını riskine katkıda bulunmaktadır.

Erken Maruziyet

Ergenlik döneminde uyuşturucu veya alkolle erken denemeler bilinen bir risk faktörüdür. Erken kullanım aynı zamanda yaşamın ilerleyen dönemlerinde madde bağımlılığına da yol açabilmektedir.

Zihinsel sağlık sorunları

Depresyon, anksiyete veya travma sonrası stres bozukluğu gibi zihinsel sağlık sorunları olan bireylerin, semptomlarıyla başa çıkmanın bir yolu olarak maddelere yönelme riski daha yüksektir. Bu hem zihinsel sağlık durumunun hem de madde kullanım bozukluğunun tedavi gerektirdiği ikili bir tanyaya yol açabilmektedir.

Akran Baskısı ve Sosyal Ağlar

Akran baskısı ve sosyal ağların etkisi, bireyin madde kullanımında önemli bir rol oynamaktadır. Uyuşturucu veya alkol kullanan arkadaşlar veya meslektaşlarla ilişki kurmak, deneme ve sürekli kullanım olasılığını artırabilmektedir.

Baş Çıkma Becerilerinin Eksikliği

Sağlıklı başa çıkma mekanizmalarının eksikliği, bireylerin duygusal acıyı veya stresi uyuşturmak için maddelere yönelebilmesi nedeniyle madde kullanımına katkıda bulunabilmektedir. Etkili baş etme stratejileri geliştirmek bağımlılık riskini azaltabilmektedir.

Kullanılabilirlik ve Erişilebilirlik

Uyuşturucuya veya alkole erişim kolaylığı önemli bir risk faktörü olmaktadır. Maddelerin bulunabilirliği ve erişilebilirliği yüksek olan topluluklarda genellikle daha yüksek kullanım ve bağımlılık oranları vardır.

Heyecan Arayan Davranış

Bazı bireylerin heyecan arama davranışına yönelik doğal bir eğilimi vardır ve bu da uyuşturucu veya alkol denemelerine yol açabilmektedir. Bu kişilik özelliği madde kullanımı ve bağımlılık riskini artırabilmektedir.

Yasal ve Kültürel Faktörler

Maddelerin yasal statüsü ve kültürel kabulü bunların kullanımını etkileyebilmektedir. Bir uyuşturucunun yasal statüsü, onun kullanımıyla ilgili risk algısını etkileyebilmektedir. Kültürel değerler madde kullanımını yasaklayabilir veya normalleştirebilmektedir.

Madde kullanım bozuklukları sebep olan çok sayıda risk faktörü vardır. Bu risk faktörlerini anlamak bağımlılığın önlenmesi ve tedavisinde önemlidir. Bireyler ve topluluklar, madde kullanım riskini artıran genetik, çevresel, sosyal ve psikolojik faktörlerin farkına vararak bu riskleri azaltmak için adımlar atabilmekte ve ihtiyacı olanlara destek sağlayabilmektedir.

2.4. Kötüye kullanımı olan maddeler ve özellikleri

Uyuşturucu maddeler veya narkotikler, farmakolojik özelliklerinden dolayı merkezi sinir sistemini etkileyerek bireylerde hem psikolojik hem de fiziksel bağımlılığa yol açan maddelerdir.

Esrar (Marihuana, Ot)

Esrar en yaygın kullanılan eğlence amaçlı uyuşturuculardan biri olarak öne çıkmaktadır. Cannabis sativa bitkisinin dişi çiçekli üst kısımlarından salgılanan reçinede, doğada 30'un üzerinde kanabinoid bulunmaktadır. Özellikle delta-9-tetrahidrokannabinol (Δ 9-THC) ve kannabidiol (CBD) en güçlü psikoaktif maddelerdir. Tetrahidrokannabinolün (THC) Delta-9 izomeri, zehirlenmeden sorumlu birincil aktif maddedir. Esrar beynin kanabinoid

reseptörleriyle etkileşime girerek mezolimbik ödül sisteminde dopamin salınımında artışa yol açmaktadır (1).

Esrar, solunduktan sonra 10-30 dakika içinde etki yaratmakta ve yaklaşık 3 saat sürmektedir, ağızdan tüketildiğinde ise bu süre 5-12 saate kadar çıkabilmektedir (9). Yaygın yan etkiler arasında taşikardi, ağız kuruluğu, konjonktival kızarıklık ve iştah artışı yer almaktadır. Psikolojik etkiler; coşku, rahatlama ve potansiyel sosyal geri çekilmenin eşlik ettiği renk, ses ve zaman algısındaki değişiklikleri kapsamaktadır. Olumsuz sonuçlar, kullanım sonrası panik, korku ve şüphe, konsantrasyon ve koordinasyon kaybını içerebilmektedir. Akut kullanım paranoid sanrılarla karakterize psikotik bir duruma neden olabilmektedir (9), yüksek dozlar ise toksik hezeyanla sonuçlanabilmektedir. (10).

Tütün içenlerde olduğu gibi sürekli duman soluma, günlük öksürük, balgam, akciğer hastalığı riskinin artması ve akciğer enfeksiyonlarına karşı daha yüksek duyarlılık gibi solunum sorunlarına neden olabilmektedir (11). Uzun süreli esrar kullanımı, şiddetli mide bulantısı, kusma ve dehidrasyon ile karakterize edilen ve acil tıbbi müdahale gerektiren "Kannabinoid Hiperemezis Sendromu"na yol açabilmektedir (12).

Esrar intoksikasyonu durumunda şiddetli anksiyete belirtileri için benzodiazepinler, psikotik belirtilerin ortaya çıkması durumunda ise antipsikotik ilaçlar kullanılabilir. Özellikle evrensel olarak kabul edilmiş bir arındırma yaklaşımı yoktur ve nüksetmeyi önleyecek spesifik farmakolojik ajanlar eksiktir. Bunun yerine müdahaleler ağırlıklı olarak psikososyal tedavi modellerine dayanmaktadır. (9)

Esrar en sık kullanılan yasa dışı psikoaktif madde olmayı sürdürürken, çeşitli ülkelerde yasallaştırılmasına ilişkin tartışmalar devam etmektedir.

Sentetik Kannabinoidler (Bonzai, Jamaica)

$\Delta 9$ -THC'ye benzer psikoaktif özellikler (uyuşturucu, uyarıcı, halüsinojen, vb.) taşıyan sentetik kannabinoidler, laboratuvar ortamında çeşitli kimyasal maddelerle sentezlenen bileşiklerin genel adıdır. Sentetik kannabinoidler (SK), başlangıçta ağrı yönetimi ve kanser kemoterapisinin şiddetli bulantı gibi yan etkilerinin tedavisi amacıyla tıbbi kullanım için geliştirilmiştir. Ancak, zamanla bu bileşiklerin keyif verici etkileri keşfedilmiş ve uyuşturucu olarak kullanılmaya başlanmıştır. Şimdiye kadar 500'den fazla farklı kimyasal yapıda sentetik kannabinoid sentezlenmiştir ve bu sayı sürekli artmaktadır (13).

Sentetik kannabinoidlere (SK) bu isim verilmesinin sebebi, esrarda bulunan endojen kannabinoid reseptörlerine bağlanarak benzer etkiler yaratmalarındır. SK'lerin etkileri esrara benzese de, aralarında belirgin farklılıklar mevcuttur. Bu farklılıklar, sentetik ve bitkisel kannabinoidler arasındaki kimyasal yapı farklarından ya da bitkisel karışımlarda bulunan diğer maddelerin (örneğin kannabidiol) etkileşimlerinden kaynaklanabilir.

SK'ler katı veya yağ formunda bulunabilir, çözücülerle çözülerek bitki yapraklarına püskürtülür ve kurutulur. Kurutulmuş yapraklar, çeşitli bitkisel karışımlar veya çay adı altında paketlenip satılmaktadır. Bu paketlerdeki SK çeşit ve miktarları farklılık gösterebilir ve SK'lerin yanı sıra klinik olarak etkili olabilecek başka maddeler de bulunabilir. Bugüne kadar SK'ler arasında bitkisel ve sentetik birçok farklı madde tespit edilmiştir (14).

SK kullanımından sonra semptomlar saniyeler, dakikalar veya saatler içinde başlayabilir ve etkilerinin süresi değişiklik gösterebilir, ancak saatlerce sürebilir. Bazen etkiler 24 saate kadar uzayabilir. SK bileşiklerinin yapısı heterojen olduğundan, ortaya çıkan klinik etkiler karmaşık olabilir ve net olarak öngörülemezdir.

Akut dönemde en sık karşılaşılan etkiler arasında panik ataklar, anksiyete, paranoya ve solunum güçlükleri yer almaktadır. Ancak, bu korkutucu yan etkilere rağmen, SK'lerin etkileri genellikle cazip ve ödüllendirici olarak algılanmaktadır. SK'ler, sedasyondan uyarılmaya ve disforiden öforiye kadar geniş bir yelpazede istenmeyen etkilere neden olabilir. Merkezi sinir sistemi üzerindeki etkileri arasında duygudurum artışı, rahatlama, algı değişiklikleri, ajitasyon, anksiyete, irritabilite, sedasyon, konfüzyon, bilişsel fonksiyonlarda bozulma (hafıza problemleri ve uzamış tepki süresi), psikotik belirtiler (sanrılar, halüsinasyonlar) ve epileptik nöbetler bulunmaktadır. Dissosiyatif etkiler sonucu görsel, işitsel ve dokunsal halüsinasyonlar görülebilir. En önemli psikoaktif etkiler arasında halüsinasyonlar, ajitasyon, uyanıklık bozukluğu ve anterograd amnezi yer almaktadır (15).

Fiziksel etkiler olarak, taşikardi, aritmi, çarpıntı, göğüs ağrısı ve kardiyotoksisite sıklıkla görülmektedir. Bu durum, kalbin oksijen arzını bozarak miyokardiyal iskemi ve miyokard enfarktüsüne neden olabilir. Ayrıca, SK'ler kusma ve bulantıya neden olabileceği gibi iştah artışına da yol açabilir.

Bildirilen diğer klinik etkiler arasında hipertermi, pupil genişlemesi, ağız kuruluğu, miyokloniler, asidoz ve kan şekeri düzeyinde hafif artış bulunmaktadır. Laboratuvar sonuçlarında hipokalemi ve artmış kreatin fosfokinaz seviyeleri tespit edilebilmektedir (1).

Amfetaminler

Amfetamin, fenetilamin sınıfından olan bir psikostimulan maddedir ve dopamin ile norepinefrine benzer bir yapıya sahiptir. Tıbbi kullanımları arasında dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve obezite tedavisi bulunmaktadır (16). Ancak, tıbbi kullanımlarının dışında, merkezi sinir sistemindeki psikostimulan etkileri nedeniyle yaygın olarak kötüye kullanılmaktadır. Aynı zamanda amfetamin grubu ilaçlar, sporda performans artırıcı doping maddesi olarak da kullanılmaktadır.

Amfetaminler ağızdan hızlı bir şekilde emilmektedir (alındıktan sonra bir saat içinde). Ayrıca intravenöz veya inhalasyon yoluyla da kullanılabilirler. Bu maddeler, presinaptik

uçlardan katekolaminlerin, özellikle dopaminin salınımına yol açarak primer etkilerini göstermektedirler.

Akut dönemde, öfori veya duygusal kısıtlılık, kişiler arası ilişkilerde aşırı duyarlılık, anksiyete, gerginlik veya öfke, tekrarlayan davranışlar ve yargılama bozuklukları görülebilir. Ayrıca, taşikardi veya bradikardi, kan basıncında artış veya düşüş, vücut ısısında artış, terleme, titreme, bulantı, kusma, kilo kaybı, hareketlilikte artış veya azalma, konfüzyon ve koma gibi belirtiler de ortaya çıkabilir. Özellikle yüksek dozlarda alındığında, saldırganlık ve şiddet eğilimi ile birlikte yoğun anksiyete ve paranoyak düşünceler sıkça görülebilir (17).

Kronik dönemde, uzun süreli metamfetamin kullanımı dış problemlerine ("met ağzı") ve cilt yaralarına yol açan yoğun kaşıntıya neden olabilir. Yoksunluk belirtileri arasında ağır depresyon, yorgunluk, canlı ve hoş olmayan rüyalar, uyku düzensizlikleri (uykusuzluk veya aşırı uyuma), iştah artışı, hareketlilikte artış veya azalma ve yoğun madde isteği bulunmaktadır. Amfetaminlerin zehirlenmesinde spesifik bir tedavi protokolü bulunmamakta olup, tedavi semptomlara yönelik yapılmaktadır (1).

MDMA ya da yaygın olarak bilinen adıyla Ekstazi, amfetamin benzeri ve orta derecede halüsinojenik özelliklere sahip sentetik bir maddedir. Hem halüsinojen hem de uyarıcı özelliklere sahip olan, yeniden yapılandırılmış bir amfetamin türevidir. Ağız yoluyla alınan kapsül veya tablet formlarında bulunur ve etkileri genellikle 4-6 saat içinde başlar. Genellikle enerji artışı, uyanıklık ve öfori sağlamak amacıyla kullanılmaktadır (17).

Akut dönemde, ajitasyon, taşikardi, bulanık görme, saldırganlık, titreme, hipertansiyon, iştah azalması, terleme, genişlemiş pupiller ve trismus (çiğneme kaslarının kasılması) gibi belirtiler yaygındır. Bazı durumlarda, ısı düzenleme merkezini etkileyerek hipertermiye neden olabilir

ve antidiüretik hormonun uygunsuz salınımı sonucu hiponatremi gelişebilir. Ayrıca, beyin ödemi, epileptik nöbetler, yaygın damar içi pıhtılaşma, rabdomiyoliz, fulminan karaciğer yetmezliği ve böbrek yetmezliği gibi yaşamı tehdit eden diğer etkiler de görülebilir (1).

Kronik dönemde, kullanımın bırakılmasının ardından iki yıl kadar sürebilen uyku ve duygudurum bozuklukları, anksiyete, artmış dürtüsellik, hafıza problemleri ve dikkat eksikliği gibi belirtiler ortaya çıkabilir.

Kokain

Kokain, Erytroxylon coca bitkisinin yapraklarından elde edilen ve merkezi sinir sistemini doğrudan uyaran bir maddedir. Bu bitkiden izole edilen kokain (benzometilekgonin) veya sentetik kokain, sinir liflerinde impulsların iletimini ve dağıtımını bloke eder. Güney Amerika yerlileri tarih boyunca koka bitkisinin yapraklarını çiğneyerek kullanmış, 1860 yılında ise Albert Niemann kokaini izole edip isimlendirmiştir. Kokain; burun yoluyla çekme, enfiye olarak veya intravenöz (IV) yolla kullanılabilir (18).

Akut dönemde düşük dozlar, davranışları etkileyebilir ve sinir sistemi, kalp, solunum ve sindirim sistemine etki eder. Huzursuzluk, kaygı veya panik, rahatsız edici etkiler arasında yer alır. Genişlemiş göz bebekleri, mide bulantısı, ağız kuruluğu, titreme ve kas seğirmeleri, vücut ısısında, kalp hızında, kan basıncında ve solunum hızında artış gibi fiziksel belirtiler öne çıkar. Paranoid psikoz, bazı durumlarda kuşku, korku, düşünce uçuşmaları, büyüklük sanrıları ve şiddet davranışı ile karakterize olabilir. Yüksek dozlarda ise epileptik nöbetler, felç, beyin damarlarında tıkanma, kalp krizi ve solunum depresyonu gelişebilir, koma ve ölüm riski bulunmaktadır (17).

Kronik kullanımda, burun yoluyla kullanım burun dokusunda hasara yol açabilir; sigara olarak kullanım akciğer hasarına neden olabilir ve nadir durumlarda intravenöz kullanım, doz aşımı ve cinsel yolla bulaşan hastalıkların riskini artırabilir. Öforiden şiddetli depresyona kadar değişen duygudurum dalgalanmaları, panik atakları, paranoid düşünceler, şiddet davranışı, intihar düşünceleri, bilişsel yetersizlik, uyku bozuklukları, yeme bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, böbrek problemleri ve işitsel-görsel halüsinasyonlar kronik kullanımda görülebilir (17).

Yoksunluk belirtileri üç döneme ayrılabilir. İlk dönemde endişe, depresyon, iştahsızlık ve yoğun kokain isteği; ikinci dönemde, bir ila on hafta süren düşük anksiyete ve isteğin

azalması; üçüncü ve son dönemde ise çeşitli uyaranlarla tetiklenen aşırme dönemleri devam edebilir.

Kokain zehirlenmesinde spesifik bir tedavi protokolü bulunmamakta olup, tedavi semptomlara yönelik yapılmaktadır.

Opiyatlar

Opiyat veya opioid, doğal veya kimyasal sentez yoluyla elde edilen, narkotik etki gösteren maddeleri tanımlamaktadır. Narkotik kelimesi "uykuya sebep olma, uyku getirici" anlamına gelmektedir. Opiyum, papaver somniferum bitkisinden elde edilen bir doğal opiyat kaynağıdır. Afyon, bu bitkiden çıkarılan özün uygun koşullarda kurutulmasıyla elde edilmektedir (18).

Dünya genelinde, kimyasal yapıları birbirinden farklı 20'den fazla opioid klinik olarak kullanılmaktadır. Gelişmiş ülkelerde, kötüye kullanım ve bağımlılıkla en sık ilişkilendirilen opioid madde genellikle eroindir. Diğer opioid bağımlılıkları genellikle tıbbi tedavi sürecinde bağımlılık geliştirenler, sağlık profesyonellerinin kolaylıkla erişebildiği kişiler ve bu ilaçları tıbbi sağlayıcılardan ve tedavi programlarından temin eden kişilerde görülmektedir.

Opioidlerin beyinde Mü, Kappa, Sigma ve Delta opioid reseptörleri üzerinde etkili olduğu ve bu reseptörlere bağlı olarak madde kullanımının çeşitli klinik bulgulara yol açtığı belirtilmektedir. Mü reseptörleri analjezi, öfori ve solunum depresyonundan sorumludur. Kappa reseptörleri, sedasyon, uyku ve diürez (idrar çıkışı) etkileri göstermektedir. Sigma reseptörleri, huzursuzluk, disfori ve halüsinasyonlara neden olabilmektedir. Delta reseptörleri ise analjezi ve kardiyak etkilerden sorumludur. Opioidler, hızlı bağımlılık ve tolerans geliştirdiğinden, fiziksel bağımlılık kısa sürede ortaya çıkmaktadır (17).

Morfin, bilinen en eski depresanlardan biridir. Afyondan elde edilerek kristalize edilen ve kodeinden ayrıştırılan morfin, anksiyolitik, sedatif, analjezik, antispazmodik, antihistaminik ve antitusif etkilere sahiptir.

Morfinin akut etkileri arasında belirgin solunum depresyonu bulunur ve bu etki doğrudan beyindeki solunum merkezleriyle ilişkilidir. Ayrıca, kusma ve bulantı, pupillerde küçülme (miyozis) ve hipotansiyon gibi etkiler de gözlenir.

Kronik dönemde, morfin ve benzeri narkotiklere bağımlılık gelişir ve bu durum belirgin tolerans, güçlü psikolojik bağımlılık ve erken başlayan fiziksel bağımlılıkla karakterizedir. Öfori ve sedasyon gibi etkiler zamanla azalır. Kalp ve damar sorunları ortaya çıkabilir ve bu

durum bazen ölümcül olabilir. Yoksunluk belirtileri arasında gözyaşı, terleme, huzursuz uyuma ve uykuya dalma, tremor, midriyazis, taşikardi, kan basıncında artış, kilo kaybı ve kardiyovasküler çöküş yer alır. Morfinin yoksunluk belirtileri genellikle 7-10 gün içinde geçer (18).

Eroin, morfinden çok daha güçlü yarı sentetik bir opioid türevidir. Akut dönemde kullanımı, hızlı bir zevk alma ya da öfori hissi ile karakterizedir. Ancak, bu aşamada mide bulantısı, kusma, ağız kuruluğu, cildin kızarması ve sıcak basması, kol ve bacaklarda ağırlaşma hissi, şiddetli kaşıntı, dikkat ve bellekte bozulma gibi bir dizi istenmeyen etki ortaya çıkabilir.

İleri derecede intoksikasyon durumunda göz bebekleri "toplu iğne" şeklinde miyotik hale gelebilir. Ayrıca, merkezi sinir sistemi depresyonu, solunum depresyonu ve solunumun durması gibi ciddi etkilerle birlikte ölüm riski artar. Kan basıncında artış da görülebilir.

Kronik eroin kullanımıyla birlikte ortaya çıkan belirtiler arasında kabızlık, terleme, uykusuzluk, azalmış cinsel istek, idrar yapamama, karaciğer ve safra yollarında tıkanıklık ve ağrı yer alır. Bakımsızlık ve yetersiz beslenme sonucu pnömoni ve tüberküloz gibi sağlık sorunları eroin kullanımına bağlı yaygın sorunlardır. Ayrıca, burun yoluyla kullanım burun septumunda delinmelere neden olabilir. Eroini damar yoluyla kullananlarda ise, özellikle enjektör paylaşımı durumlarında, AIDS ve hepatit gibi bulaşıcı enfeksiyonların yayılması gibi ciddi sağlık sorunları ortaya çıkabilir.

Eroin yoksunluk belirtileri arasında huzursuzluk, bulantı, kusma, kas ağrıları, göz yaşarması veya burun akıntısı, göz bebeklerinin büyümesi, tüylerin diken diken olması veya terleme, ishal, esneme, ateş ve uykusuzluk yer alır. Bu belirtiler genellikle son kullanımdan 6-24 saat sonra ortaya çıkar. Akut yoksunluk belirtileri genellikle 1-3 gün içinde en yüksek düzeye ulaşır ve 5-7 gün içinde yavaşça azalır. Daha düşük düzeydeki yoksunluk belirtileri ise aylarca sürebilir ve bu belirtiler arasında anksiyete, sıkıntı, haz alamama (anhedoni), uykusuzluk ve madde kullanma isteği bulunur.

Opiyat intoksikasyonunda, naloksan kullanımı yaygındır. Naloksan, 0.4-2 mg intravenöz olarak uygulanır, ancak kısa etkili olduğu için doz tekrarı gerekebilmektedir.

Lizerjik Asit Dietilamid (LSD)

LSD, ergot alkaloidlerinin sentetik bir türevidir ve serotonin (5-hidroksitriptamin) fonksiyonunu inhibe ederek etki gösterir. Bu nedenle, LSD'nin etkileri serotonin antagonizması ile ortaya çıkar. Otonom sinir sistemi üzerindeki etkileri diğer psikoaktif

maddelere göre daha azdır. LSD kullanımını kalp atış hızında ve kan basıncında hafif bir artışa ve pupil genişlemesine neden olabilir.

Akut dönemde, illüzyonlar ve halüsinasyonlar ortaya çıkar. Nesnelerin algılanmasında değişiklikler ve kişilik kaybı görülebilir. Duyusal algılarda artış, farklı tonlarda renklerin görülmesi ve müzik duyulması gibi deneyimler yaşanabilir. Kullanıcılar aşırı rahatlama veya tam tersi huzursuzluk gibi zıt duygular yaşayabilirler. Zaman ve mekan algısında değişiklikler, mantık bozuklukları ortaya çıkabilir.

Kronik dönemde, LSD'ye karşı tolerans kısa sürede gelişebilir. Algılarda donuklaşma, apati, depresyon, oryantasyon kaybı ve hafıza, akıl ve zekâ fonksiyonlarında bozulma sendromu görülebilir. Bu sendrom organik beyin hasarına dayanır ve "Korsakoff psikozu" tablosuna benzer.

LSD'nin etkileri genellikle kullanıcıların algısal deneyimlerinde belirgin değişikliklere neden olur ve bu etkiler kişiden kişiye farklılık gösterebilir. Ayrıca, LSD'nin uzun vadeli kronik kullanımının etkileri üzerine daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

Uçucu maddeler

Uçucu maddeler, genellikle toluen, n-hekzan, metil butil keton, trikloretilen, trikloreten, diklorometan, benzin ve bütan gibi uçucu hidrokarbonları içeren kimyasallardır. Bu maddeler, ticari olarak dört farklı formda satılmaktadır: yapıştırıcılar, sprej boyalar, saç sprejleri, kızartma tavası sprejleri ve tıraş kremi aerosollerinde itici olarak kullanılanlar, incelticiler (tinerler) ve sıvı yakıtlar.

Bu uçucu maddeler oda sıcaklığında genellikle gaz haline geçerler ve ağızdan çekilerek veya burundan solunarak kan dolaşımına girerler. Kolay erişilebilir, yasal ve ucuz maddelerdir.

Uçucu çözücülerin ve yakıtların bilinç kaybı yaratmayan dozlarda solunması, alkol sarhoşluğuna benzer bir mutluluk ve rahatlama durumu oluşturabilir. Bu maddelerin inhalasyonu, merkezi sinir sistemini olumsuz etkileyerek çeşitli belirtilere neden olur. İnhalasyon sonrasında kısa sürede öfori ortaya çıkar, motor beceride bozulma ve konuşmada güçlük gibi etkiler gözlenir. Birey, odaklanma zorluğu gibi belirtiler yaşayabilir.

Daha ileri aşamalarda, halüsinasyonlar ve sorumsuz, antisosyal davranışlar görülebilir. Bu durum, hem bireyin fiziksel sağlığını hem de toplumsal ilişkilerini olumsuz etkileyebilir.

Kronik maruziyet durumunda daha ciddi sağlık sorunları ortaya çıkabilir. Yorgunluk, depresyon, huzursuzluk ve iştah kaybının yanı sıra dūřuk kan basıncı, el yazısının bozulması, solunum ve deri yolunda tahriş, kemik iliğinde baskılanma, serebral dem, aplastik anemi, karaciğer toksisitesi ve idrarda kan görülmesi gibi ciddi durumlar gelişebilir. Bu nedenle, uçucu maddelere maruziyetin sınırlandırılması ve kullanımının önlenmesi önemlidir. Ayrıca, kronik zehirlenme belirtileri fark edildiğinde acil tıbbi yardım almak gereklidir.

Pregabalin

Pregabalin, gamma-aminobütirik asit analogu olan yeni nesil bir antiepileptik ilaçtır. Mekanizması tam olarak anlaşılmamış olsa da, glutamat, noradrenalin ve P maddesi gibi nörotransmitterlerin salınımını azaltarak etkili olduğu dūřnlmektedir. Ülkemizde, özellikle periferik nöropatik ağrı, yaygın anksiyete bozukluğu, fibromiyalji ve parsiyel epilepsi gibi durumların ek tedavisi olarak onaylanmıştır.

Pregabalin, normalde analjezik ve antiepileptik amaçlarla kullanılan bir ilaç olmasına rağmen, yüksek dozlarda alındığında forik etkiler göstererek kötüye kullanım potansiyeli taşımaktadır. Yüksek dozda kullanıldığında, bireyde iyilik hali, enerji artışı, azalmış uyku ihtiyacı, dūřuk kaygı düzeyi, artmış zgven gibi etkiler ortaya çıkabilmektedir. Bu forik etkiler, ilacın kötüye kullanımına neden olmaktadır.

Pregabalin'in kötüye kullanımının önlenmesi ve kontrol altına alınması için uygun tedbirler alınmalıdır. Bu kapsamda, ilacın tıbbi amaçlar dışında kullanımının izlenmesi ve bu yönde bilinçlendirme çalışmalarının yapılması önemlidir. Ayrıca, ilacın reçete edilme ve satış süreçlerinin dikkatle yönetilmesi gerekmektedir.

2.5 Klinik seyir acil servis yönetimi ve tedavi yaklaşımları

Kiřinin madde etkisi altında olduğu, çođu zaman kendisi veya yakınları tarafından belirtilmesi ile beraber hastanın muayenesi, tıbbi öyküsü, üzerinde bulunan ilaç madde, 112 tarafından verilen görgü tanıklarının beyanı ile doğrulanmaktadır. Aynı zamanda bilinç bozukluğu veya toksidrom tablosu ile acil servise başvuran anamnez vermeyen ya da anamnezi doğruluğu konusunda şüphe durumlarında madde kullanımı olasılığu dūřnlmelidir.

Hastanın ncelikli olarak hemodinamik durumu değerlendirilmelidir. ABC yaklaşımı olan havayolu, solunum ve dolaşım kontrolu sağlanmalıdır. Havayolu aıklığu sağlanmalı, solunum fonksiyonları sağlanmalı ve damar yolu açılmalıdır. Mnitrize edilip kardiyak hemodinamisi değerlendirilmelidir. (kalp hızı ve ritmi, saturasyon, kan basıncı)

Klinik stabilizasyon sonrası hastanın hızlıca geliş nörolojik muayenesi yapılmalı GKS skoru hesaplanmalı, göz pupil muayenesi yapılmalıdır. Cildi kıyafetleri çıkarılarak incelenmeli iğne veya iz işaretlerine dikkat edilmeli, travmatik yaralanması olup olmadığı incelenmelidir

Eş zamanlı alttı yatabilecek metabolik nedenler için kan şekeri ve kan gazı tetkiki görülmelidir. Arteriyel kan gazı hastanın hastanın respiratuar durumu değerlendirmek açısından önemlidir, ayrıca bazı maddelerin metabolik asidoz yol açması nedeniyle önemlidir.

Kardiyak ritim 6 derivasyonlu EKG ile kontrol edilmelidir. Kardiyak aritmi dışında spesifik maddeler ve tedavi için hastanın QRS ve QTC intervallerinde değişim olup olmadığına bakılmalıdır.

Labratuvar incelemesi olarak tam kan sayımı, biyokimya tetkikleri, akciğer grafisi istenmelidir.

Eğer madde ağız yoluyla alındıysa ve hastanın kontraendike bir durumu yoksa dekontaminasyon için gastrik lavaj ve aktif kömür ilk saatlerinde yararlı olabilir.

Madde kullanımı şüphesi durumunda toksikolojik inceleme testi istenmelidir. En sık kullanılan idrarda madde analiz testidir. Gerekli örnekler hastadan uygun şekilde alınmalıdır. Bu durumlarda kişinin adli bir suçta karışmış olabileceği veya kişinin kendi isteği dışında yasadışı madde ilaç ile maruziyeti olabileceğinden mutlaka adli bildirim yapılmalıdır.

Madde kullanımı nedeni ile başvuran hastalar genellikle üç klinik tablo izlenir. Madde kullanımına bağlı entoksikasyon, yoksunluk reaksiyonu yada madde kullanıma bağlı ruhsal ve bilişsel değişiklikler görülür.

Entoksikasyon tablosu kullanılan madde veya maddelerin türüne göre değişkenlik gösterir. Madde entoksikasyonunda kullanılan madde biliniyor veya toksidrom tablosu yüksek olasılıkla belirli bir madde kullanımı işaret ediyor ise antidot tedavisi için değerlendirilmelidir. Fakat çoğu zaman kullanılan bu yasadışı maddelerin spesifik antidotu bulunmamaktadır. Bu yüzden tedavi daha çok hastanın kliniğine göre semptomatik tedavi protokollerini içermektedir.

Saldırgan ve ajite olmuş olan hastalar sedatize edilmelidir. Psiktimulan ve halisünojen madde alımına bağlı ajitasyonda benzodiazepinler tercih edilir. Hasta sakinleşene kadar 10 dk da bir 1-2 mg İV Lorezepam ve 1-4 saatte tekrar dozları ile 5 -10 mg İV Diazepam verilebilir. Yine maddeye bağlı psikoz ve ajitasyonda 2-5 mg İM Haloperidol 30 dakikada bir tekrarlanabilir, fakat hastada QT uzaması varsa kullanılmamalıdır.

Hastanın uzun süredir kullandığı bir maddeyi aniden bırakması yada kullanamaması durumunda yoksunluk belirtileri ortaya çıkar. Yine kullanılan madde türüne göre oluşan klinik tablo değişkenlik gösterir. Yoksunluk tablosunda semptomatik tedavi yaklaşımı dışında kullanılan maddenin etkilediği reseptör agonistlerinin düşük dozlarda verilmesi ile yerine koyma tedavisi uygulanabilir.

Madde kullanıma bağlı görülen bilişsel, ruhsal, algısal değişiklikler maddenin vücüttaki eliminasyonu ile gerileme gösterir. Bu da kullanılan maddenin yarıömrü ile ilişkilidir.

Sonuç olarak, hastanın madde kullanımına bağlı klinik tablosu kullanılan madde veya maddelerin etkilerine bağlı olarak değişebilir. Bu klinik durumun yönetimi yakın vital bulgularının takibi, destek tedavisi ve eşlik eden diğer tıbbi durumların tedavisini içerir.

İntihar yönelimi olan hastalar psikiyatriye konsülte edilmelidir. Belli bir gözlem süresi sonunda düzelmeyen bilinç durumu, semptomimetiklere bağlı olabilecek gecikmiş/geç komplikasyon olasılığı hastaneye yatış ve ek ilaç tedavisi gerektirebilir. İntoksikasyon veya yoksunluk tablosu durumu hayati risk içeriyorsa yoğun bakım takibi gerekebilir.

Gerekli tedaviler ve izlem sonrası maddeye bağlı fizyolojik ve psikolojik etkileri sona erdiğinde hasta bilişsel ve ruhsal durumu düzeldiğinde bir aile üyesi veya güvenilir bir arkadaşının sorumluluğunda taburcu edilmesi idealdir. (19)

2.6. Madde kötüye kullanımı olan hasta ile görüşme prensipleri (16)

Madde bağımlılığını yönetmek için çeşitli psikososyal tedavi yöntemleri mevcuttur. Araştırmamızda da acil servisin dinamik yapısına uyum sağlamak amacıyla hastalarla 5-10 dakika ile sınırlı, kısa, yarı yapılandırılmış görüşmeler gerçekleştirildi.

Kısa müdahaleler, kısa olmaları, maliyet etkinlikleri, uzun vadeli tedaviler için bekleme sürelerinin azaltılması, eğitim kolaylığı ve genel sağlık hizmetleri ve rutin uygulamalarda uygulanabilirlikleri ile karakterize edilir. Bu yaklaşım, sorunun ilk incelemesini, ardından maddeyle ilgili sorunlarla mücadele eden bireylerde değişimi teşvik etme motivasyonunu içerir ve esas olarak değişim için motivasyonu teşvik etmeyi amaçlamaktadır.

Kısa müdahalelerin hedefleri, bireyin madde kullanımının sonuçlarına ilişkin farkındalığını arttırmayı, değişim olasılığına olan inancını geliştirmeyi, kişinin kendi kendine yardım mekanizmalarını değişime ulaşmak için kullanmasını ve kendi dönüşümü için sorumluluk duygusunu teşvik etmeyi kapsamaktadır.

Etkili kısa müdahaleler için bütünleyici bir çerçeve, Geri Bildirim, Sorumluluk, Tavsiye, Seçenekler Menüsü, Empati ve Öz Yeterliliği kapsayan FRAMES modelidir. Kısa müdahaleler, bu altı yöntemi çerçevesinde birleştiren yapılandırılmış bir süreci içermektedir.

Konu ile tanışma

İlk aşama, terapist ile danışan arasında dostane bir ilişkinin geliştirilmesini içermektedir. Terapist seansların amacını ana hatlarıyla belirtir ve devam etmek için danışanın iznini ister. Ayrıca danışanın müdahalenin ardındaki mantığı kavramasına yardımcı olunmaya çalışılmaktadır.

Tarama ve değerlendirme

"Tarama aşaması" olarak da adlandırılan bu aşama, belirlenen sorunla ilgili bilgilerin toplanması etrafında dönmektedir. Elde edilen bilgilere dayanarak odak noktasını hassaslaştırmak için tek sorulardan birkaç saati kapsayan uzun değerlendirmelere kadar çeşitli yöntemler kullanılmaktadır.

Kısa müdahalenin değerlendirme aşamasında, madde kullanımının sıklığı, miktarı ve sonuçlarının yanı sıra bireyin sağlık durumu ve madde kullanımına ilişkin davranışlarına ilişkin veriler toplanmaktadır. Eş zamanlı olarak terapist, danışanın değişime hazır olup olmadığını ve potansiyel direncini tespit etmek için danışanın tutum ve davranışlarını araştırmaktadır.

Geribildirim

Tarama aşamasının ardından danışan hakkında toplanan bilgiler sentezlenerek kapsamlı bir değerlendirme yapılmaktadır. Bu değerlendirmenin sonuçları daha sonra etkileşimli bir diyalogda tartışılır ve burada terapist konuşmanın tam kontrolünü bırakmaktadır. Bu bilgi alışverişi sırasında kısa geri bildirim sağlanır ve danışanın tepkileri alınır. Terapist tarafından verilen geri bildirim, tek bir kelimedenden, bir saat veya daha uzun süren uzun bir tartışmaya kadar değişebilmektedir.

Değerlendirme ve geri bildirim süreci, değerlendirme sırasında elde edilen, madde ve alkol kullanımının sıklığı ve miktarı gibi ayrıntıların yanı sıra ilgili sorunların tartışılmasını içermektedir. Bu aşamada kısa müdahale tekniklerinin kullanılması, değişim sürecinde önemli bir faktör olan bireyin farkındalığının artırılmasında etkili olmaktadır. -

Değişim üzerine konuşmak ve hedefleri belirlemek

Değişim hakkındaki konuşmalar, değiştirilmesi planlanan belirli davranışlara ilişkin tartışmaları kapsamaktadır. Bu yaklaşım, değişim sürecinin her aşamasında uygulanabilmektedir; bu tartışmaların niteliği, müşterinin ulaştığı değişim düzeyine göre değişmektedir. Tipik olarak terapist bir eylem planı önermekte ve sonrasında danışan ile tam olarak ne yapmak istediği hakkında anlaşmaya varılmaktadır.

Özetleme ve kapanış

Bu son aşamada, karşılıklı olarak anlaşmaya varılan değişikliklerin bir özeti sunulmaktadır. Fikir birliğine varılamadığı durumlarda danışanın seans sırasında gerçekleştirdiği olumlu eylemler vurgulanmakta ve onaylanmaktadır. Takip tartışmaları daha sonraki yüz yüze toplantılar, telefon görüşmeleri veya e-postalar yoluyla yapılabilmektedir. Kapanış aşamasının temel amacı, danışanın etkileşimin başarılı olduğuna ve karşılıklı olarak üzerinde anlaşıldığına dair güven duygusu bırakarak bir sonraki toplantıyı organize etmektir.

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1. Araştırmanın tipi

Araştırma prospektif randomize kontrollü bir çalışma olarak planlanmıştır.

3.2. Araştırmanın yeri

Ege Üniversitesi Hastanesi Acil Servis biriminde 24.11.2022 – 24.05.2023 tarihleri arasında yürütülmüştür.

3.3. Araştırmanın evreni ve örnekleme

Araştırma Ege Üniversitesi Acil Servis birimine başvuran madde kullanım bozukluğu mevcut olan hastalar ile tek merkezli olarak yürütülmüştür.

Araştırmamızda örneklem büyüklüğü GPower 3.1 programından %5 hata payı %95 güç %95 güven aralığı ile müdahale ve kontrol grupları arasında beklenen farkın %7 olarak alındığında alınması gereken hasta ihtiyaç duyulan toplam katılımcı sayısı 152 olarak hesaplanmıştır (her grup için 76 katılımcı). Bırakma oranı hesaplanarak toplam 170 (her grup için 85 katılımcı) örnek büyüklüğü belirlenmiştir.

3.4. Araştırmaya dahil olma kriterleri

Araştırmaya dahil olma kriterleri

- Madde kötüye kullanımı ve bağımlılığına bağlı klinik tablo nedeni ile ege üniversitesi acil servisine başvuran izlemde buna bağlı herhangi semptomu olmayan,

madde etkisinden çıkmış, sedasyon veya tespit altında olmayan taburculuğu planlanan hastalar.

- 18 yaş üstü hastalar
- Araştırmaya katılmayı gönüllü olarak kabul edenler

Araştırmadan dışlanma kriterleri

- Onam formu vermeyen hastalar
- Tedavi reddi veren ve hastaneyi izinsiz terk eden hastalar
- Hükümlü hastalar
- 18 yaş altı hastalar

3.5. Değişkenler

Bağımlı Değişkenler: Yaş, cinsiyet, eğitim durumu, çalışma durumu, daha önce bağımlılık tedavisi alıp almaması, kullanılan maddenin özelliği, sigara, alkol, madde kullanımına başlama süresi,

Bağımsız Değişkenler: Acil servise yeniden başvurup başvurmadığı ve bağımlılık polikliniğine başvurup başvurmadığı

3.6. Veri toplama araçları

Araştırma verilerinin toplanmasında *olgu rapor formu ve DUDİT formu* kullanılmıştır. Veriler olgu rapor formuna hastalar ile görüşülerek doldurulmuştur.

1- Olgu rapor formu

Hastanın yaşı, eğitim durumu, iş durumu, kaç yıldır madde kullanımını olduğu, hangi maddeleri kullandığı, daha önce benzer yakınması olup olmadığı ve daha önce madde bağımlılık tedavisi alıp almadığı gibi soruları içeren hasta ile ilgili demografik sağlamak amacıyla tarafımızca oluşturulmuştur.

2- DUDİT (Madde kullanım bozuklukları tarama testi) formu

Bu ölçek, madde kullanımının son bir yıl içindeki sıklığını, madde ile ilişkili sorunları ve madde bağımlılığı semptomlarını değerlendirmek üzere 11 sorudan oluşmaktadır. İlk

incelenen çalışmalardan birinde, ölçeğin Cronbach alfa katsayısı 0,93 olarak bulunmuştur. Daha sonraki araştırmalar da ölçeğin geçerlilik ve güvenilirlik seviyelerinin yüksek olduğunu doğrulamaktadır. Ölçeğin kullanım avantajları arasında kısa sürede uygulanabilme, yanıt seçeneklerinin ikiden fazla ve sürekli olması bulunmaktadır. Kadınlar için 2 puan ve üzeri ile erkekler için 6 puan ve üzeri, problemlili kullanımı; 25 puan ve üzeri ise yüksek riskli kullanımı ifade etmektedir.

3.7. Veri toplama süreci ve yönetimi

Çalışmamız prospektif ve randomize kontrollü çalışma olarak planlandı. EÜTF Etik Kurulu tarafından 22-11.1T/13 karar no ile 24.11.2022 tarihinde onaylandı. Onayı alındıktan sonra 6 ay sresinde EÜTF acil servis birimine başvuran madde kullanım bozukluğu ile başvuran seçilme kriterlerine uygun hastalar alındı.

Çalışmaya başlamadan önce acil tıp asistanlarından oluşan araştırma ekibi oluşturuldu. 10 kişilik araştırma ekibine kısa görüşmenin nasıl yapılması gerektiği ve görüşme sırasında nelere dikkat edilmesi gerektiğiyle ilgili Bağımlılık alanında uzman psikiyatri hekimi tarafından bir eğitim verildi.

Araştırma ekibinin acil serviste olduğu günlerde; acil serviste izleminde madde etkisi ortadan kalkan sorumlu hekimi tarafından medikal tedavisi tamamlanan sedasyon etkisinde olmayan taburculuğu planlanan ve çalışmaya katılmaya gönüllü hastalar çalışmaya alındı. Seçilme kriterlerine göre uygun olan hastalara çalışma hakkında bilgi verilip onamları alındıktan sonra olgu formu dolduruldu. Ayrıca bu hastaların DUDİT (madde kullanım bozukluğu belirleme leği) puanı hesaplamak için 11 sorudan oluşan test uygulandı.

Bu hastalar başvuru sıralarına göre 1,2,3,4 şeklinde aritmetik olarak numaralandırıldı. Bu hastalar arasından tek sayı olanlara acil servisteki sorumlu hekimi tarafından bilgi/öneri verilmesi standart taburculuk yaklaşımı uygulandı. Çift sayıda olan hastalar ise acil servisteki sorumlu hekimi tarafından standart taburculuk yaklaşımı haricinde araştırma ekibimiz tarafından psikiyatri uzmanı ile hazırladığımız yarı yapılandırılmış kısa görüşme formu üzerinden yaklaşık 5-10 dakika sürmesi planlanan kısa görüşme gerçekleştirildi. Hastalar ile görüşmeler acil serviste, izole bir odada araştırma ekibindeki hekim ve hasta ile yüz yüze gerçekleştirildi. Eğer acil servis koşulları gereği izole oda bulunamıyor ise diğer hastalardan uygun mesafede en az gürültüde bir alanda yüz yüze gerçekleştirildi. Görüşme sırasında hastanın madde kullanım derecesi değerlendirildi. Madde kullanımının neden olabileceği akut ve kronik tıbbi etkiler hakkında bilgi verildi. Sosyal yaşantısında karşılaşabileceği sorunlar

bahsedildi. Madde kullanımını bırakmak için başvurabileceği yardım kuruluşları hakkında bilgi verildi. Bu görüşmenin süresi, 5 ile 10 dakika arasında olması planlandı.

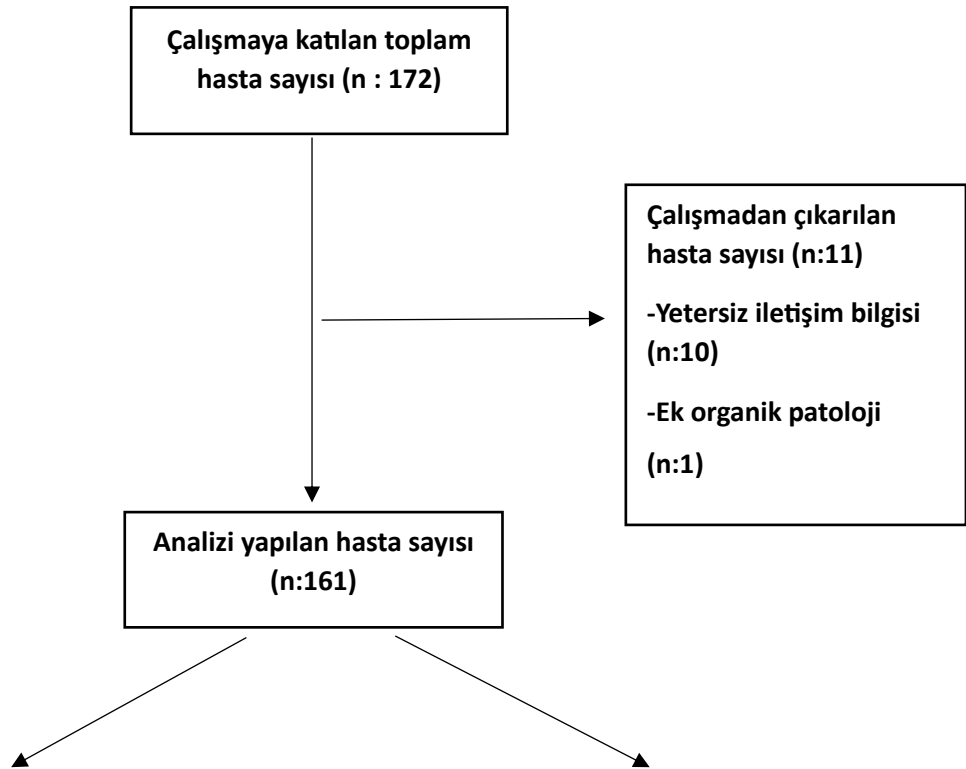
Her iki gruptaki hastalar acil servisten taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde herhangi bir bağımlılık polikliniğine başvuru yapıp yapmadığı, acil servise benzer klinik durum ile tekrar başvurup başvurmadığı kontrol edildi ve karşılaştırıldı. Bu geri bildirim bilgileri hastane elektronik sisteminden veya hastalar ile yapılan telefon görüşmesi ile elde edildi.

3.8. Verilerin analizi

Veri analizi için SPSS 26.0 kullanıldı. $p < 0.05$ değeri istatistiksel olarak anlamlı kabul edilmiştir. Demografik veriler için tanımlayıcı istatistikler uygulandı. Değişkenlerin normal dağılıma uygunluğu görsel (histogram ve olasılık grafikleri) ve analitik yöntemler (Kolmogorov- Smirnov/Shapiro-Wilk testleri) kullanılarak incelendi. Normal dağılım göstermeyen değişkenler arasında Mann Whitney U testi kullanıldı, normal dağılım gösteren değişkenler student t testi ile analiz edildi. Hastaların kategorik verileri ki-kare testi ile analiz edildi. Tanımlayıcı analizler normal dağılan değişkenler için ortalama ve standart sapmalar kullanılarak verilmiştir. Tanımlayıcı analizler normal dağılmayan değişkenler için ortanca ve çeyrekler arası aralık kullanılarak (ordinal değişkenler için frekans tabloları kullanılarak) verilmiştir. Hastaların bağımlılık tedavisine başlamasını etkileyen faktörler lojistik regresyon analizi ile değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

Acil serviste madde kullanım bozukluğu olan hastalar ile yaptığımız çalışmamıza 172 hasta alındı. Bu hastalardan 10 kişi yetersiz iletişim bilgisi nedeniyle, 1 kişi hastaneye ek organik patoloji nedeniyle çalışmadan çıkarıldı. Çalışmamız 161 kişi üzerinden değerlendirildi.



**Kısa görüşme yapılan
hasta (n:78)**

**Kısa görüşme
yapılmayan hasta
(n:83)**

Çalışmamıza toplamda 161 hasta alındı. Hastaların başvuru sıralarına göre randomizasyon yapılarak başvuru sırası tek ve çift olmak üzere hastalar iki gruba ayrıldı. Tek sayılı başvuru sırası olan birinci grupta 78 sayıda hasta çalışmamıza alındı ve bu hasta grubu ile araştırma ekibimiz tarafından kısa görüşme gerçekleştirildi. Çift sayılı başvuru sırası olan ikinci grupta 83 hasta çalışmamıza alındı ve bu hasta grubu sadece sorumlu hekimi tarafından değerlendirildi; ek bir uygulama yapılmadı.

4.1. Demografik Veriler

Çalışmamıza katılan hastaların cinsiyet dağılımına bakıldığında 120'si (%74,5) erkek, 41'i (%25,5) kadın hastalardan oluştuğu görüldü. 120 erkek hastanın %50 si ile görüşme yapılırken %50'si ile görüşme yapılmadığı görüldü. Toplam 41 kadın hastanın yüzde %43,9'u ile görüşme yapılırken, %56,1'i ile görüşme yapılmadığı görüldü. Cinsiyetlerine göre hastalar ile yapılan görüşmeler istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, görüşme yapılan ve yapılmayan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (Kikare, p: 0,500) (Tablo 1).

Çalışmamıza katılan hastaların yaş ortalaması $28,63 \pm 7,84$ yıl olarak hesaplandı. Bunlar arasında görüşme yapılan hastaların yaş ortalamasının $28,38 \pm 7,89$ yıl olduğu, görüşme yapılamayan hastaların yaş ortalamasının $28,87 \pm 7,84$ yıl olduğu görüldü. Yaşa göre görüşme yapılan ve yapılmayan grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. (Mann-whitney, p: 0,605) (Tablo 1)

Çalışmamıza katılan hastaların eğitim durumları karşılaştırıldığında 21'i (% 13) ilkokul mezunu, 45'i (%28) ortaokul mezunu, 71'i (%44,1) lise mezunu, 24'ü (%14,9) üniversite mezunu olduğu ya da hala üniversitede eğitim aldığı görüldü. İlkokul mezunu olan 21 hastanın %47,6'sı ile görüşme yapılırken, %56,1'i ile görüşme yapılmadığı görüldü. Ortaokul mezunu olan 45 hastanın %46,7si ile görüşme yapılırken, %53,3'ü ile görüşme yapılmadığı görüldü. Lise mezunu olan 71 hastanın %50,7'si ile görüşme yapılırken, %49,3'ü ile görüşme yapılmadığı görüldü. Üniversite mezunu ya da halen üniversite eğitimi alan 24 hastanın

%45,8'i ile görüşme yapılırken, %54,2'si ile görüşme yapılmadığı görüldü. Eğitim durumlarına göre hastalar ile yapılan görüşmeler istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, görüşme yapılan ve yapılmayan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. (Kikare, p:0,965) (Tablo 1)

Çalışmamıza katılan hastaların iş/çalışma durumuna bakıldığında 54 (%33,5) hastanın çalışmadığı, 52 (%32,3) hastanın geçici işi olduğu, 46 (%28,6) hastanın düzenli işi olduğu, 9 (%5,6) hastanın öğrenci olup aktif eğitimine devam ettiği görüldü. Çalışmayan 54 hastanın %51,9'ü ile görüşme yapılırken, %48,1'i ile görüşme yapılmadığı görüldü. Geçici işi mevcut olan 52 hastanın %48,1'i ile görüşme yapılırken, %51,9'ü ile görüşme yapılmadığı görüldü. Düzenli işi mevcut olan 46 hastanın %45,7'si ile görüşme yapılırken, %54,3'ü ile görüşme yapılmadığı görüldü. Öğrenci olup eğitim hayatına devam eden 9 hastanın %44,4'ü ile görüşme yapılırken, % 55,6'sı ile görüşme yapılmadığı görüldü. İş durumlarına göre hastalar ile yapılan görüşmeler istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, görüşme yapılan ve yapılmayan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. (Kikare, p:0929) (Tablo 1)

TABLO-1: Çalışmaya katılan hastaların sosyo-demografik özellikleri

Çalışmamıza katılan hastaların madde bağımlılığı süresi ortalaması $7,50 \pm 5,20$ yıl olduğu görüldü. Madde bağımlılığı süresi ortalamasının görüşme yapılan hastalarda $7,81 \pm 5,36$ yıl, görüşme yapılmayan hastalarda $7,20 \pm 5,07$ yıl olduğu görüldü. Madde bağımlılık sürelerine göre görüşme yapılan ve yapılmayan grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark

		Toplam (n:161)		Görüşme yapılan (n:78)		Görüşme yapılmayan (n:83)		P
		n	%	n	%	n	%	
Cinsiyet	Erkek	120	74,5	60	76,9	60	72,3	0,500
	Kadın	41	25,5	18	21,1	23	27,7	
	Toplam	161	100	78	100	83	100	
Eğitim durumu	İlkokul	21	13	10	12,8	11	13,3	0,965
	Ortaokul	45	28	21	26,9	24	28,9	
	Lise	71	44,1	36	46,2	35	42,2	
	Üniversite	24	14,9	11	14,1	13	15,7	
	Toplam	161	100	78	100	83	100	
İş durumu	Çalışmıyor	54	33,5	28	35,9	26	31,3	0,929
	Geçici iş mevcut	52	32,3	25	32,1	27	32,5	
	Düzenli iş mevcut	46	28,6	21	26,9	25	30,1	
	Öğrenci	9	5,6	4	5,1	5	6	
	Toplam	161	100	78	100	83	100	
Yaş		28,63 +- 7,84		28,38 +- 7,89		28,87 +- 7,84		0,605

görülmedi. (Mann-whitney, p: 0,566) (Tablo2)

Çalışmamıza katılan hastaların doldurduğu DUDİT ölçeği puanlarının ortalaması $15,63 \pm 5,51$ olduğu görüldü. DUDİT ölçeği puanlarının ortalaması görüşme yapılan hastalarda $16,28 \pm 6,29$ olduğu, görüşmeye yapılmayan hastalarda $15,02 \pm 4,62$ olduğu görüldü. DUDİT puanlarına göre görüşme yapılan ve yapılmayan grup karşılaştırıldığında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmeydi. (Mann-whitney, p: 0,212) (Tablo2)

TABLO- 2: Çalışmamıza katılan hastaların beyan ettikleri madde bağımlılığı süreleri (yıl) ve DUDİT ölçeği puanları ortalamaları

	Toplam	Görüşme yapılan	Görüşme	P
--	--------	-----------------	---------	---

			yapılmayan	
Madde bağımlılığı süresi (YIL)	7,50 ± 5,20	7,81 ± 5,36	7,20 ± 5,07	0,566
DUDİT puanı	15,63 ± 5,51	16,28 ± 6,29	15,02 ± 4,62	0,212

Çalışmamıza katılan 161 hastadan 43'ü (%26,2 ajitasyon/saldırganlık, 40'ı (%24,8) psikoz, 36'sı (%22,4) travma, 27'si (%16,8) suicidal düşünce/girişim, 8'i (%5) nöbet/senkop, 7'si (%4,3) diğer sebepler (madde kullanımından bağımsız) nedeniyle acil servise başvurdukları görüldü. Ajitasyon/saldırganlık nedeniyle başvuran 43 hastanın %48,8'i ile görüşme yapılırken, %51,2'i ile görüşme yapılmadığı görüldü. Psikoz nedeniyle başvuran 40 hastanın %57,5'i ile görüşme yapılırken, %42,5'i ile görüşme yapılmadığı görüldü. Suicidal düşünce/girişim nedeniyle başvuran 27 hastanın %47,2'si ile görüşme yapılırken, %52,8'i ile görüşme yapılmadığı görüldü. Nöbet/senkop nedeniyle başvuran 8 hastanın %37,5'i ile görüşme yapılırken, %62,5'i le görüşme yapılmadığı görüldü. Diğer nedenlerle başvuran 7 hastanın %57,1' ile görüşme yapılırken, %42,9'ü ile görüşme yapılmadığı görüldü. Başvuru sebeplerine göre hastalar ile yapılan görüşmeler istatistiksel olarak karşılaştırıldığında görüşme yapılan ve yapılmayanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı. (Kikare, p:0648) (Tablo 3)

TABLO – 3: Çalışmaya katılan hastaların acil servise başvuru nedenleri

	Toplam		Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	n	%	
Ajitasyon/Saldırganlık	43	26,2	22	28,2	21	25,3	0,648

Psikoz	40	24,8	23	29,2	17	20,5
Travma	36	22,4	17	21,8	19	22,9
Suisidal girişim/düşünce	27	16,8	10	12,8	17	20,5
Nöbet/Senkop	8	5	3	3,8	5	6
Diğer	7	4,3	3	3,8	4	4,8
Toplam	161	100	78	100	83	100

Çalışmamızdaki hastaların 63'ü (%39.1) daha önce de madde kullanımı nedeniyle benzer şekilde acil servise başvurduğunu belirtti, 98'i (%60,9) daha önce madde kullanımı nedeniyle acil servise başvurmadığını belirtti. Benzer şekilde daha önce acil servise başvurduğunu beyan eden 63 hastanın %47,6'sı ile görüşme yapılırken, %52,6'sı ile görüşme yapılmadığı görüldü. Daha önce benzer şekilde acil servise başvurmadığını belirten 98 hastanın %49' ü ile görüşme yapılırken, %51'i ile görüşme yapılmadığı görüldü. Çalışmamıza katılan hastaların daha önce benzer şekilde madde kullanımına bağlı acil servise başvurup/ başvurumama oranları göre hastalar ile yapılan görüşmeler istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, görüşme yapılan ve yapılmayan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (Kikare, p:0,866)

TABLO – 4: Çalışmamıza katılan hastaların daha önce benzer şekilde madde kullanımına bağlı acil servise başvurup/ başvurumama oranları

Daha önce benzer sebeple acil servis başvurmuş mu?	Toplam		Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	n	%	
Evet	63	31,1	30	38,5	33	39,8	0,866
Hayır	98	60,9	48	61,5	50	60,2	
Toplam	161	100	78	100	83	100	

Çalışmamızdaki hastaların 78 (%48,4)'i daha önce bağımlılık tedavisi aldığını belirtti. Çalışmamızdaki hastaların 83 (%51,6)'ü daha önce herhangi bir bağımlılık tedavisi almadığı belirtti. Daha önce bağımlılık tedavisi aldığını belirten hastaların %46,2'si ile görüşme

yapılırken, %50,6'sı ile görüşme yapılmadığı görüldü. Daha önce bağımlılık tedavisi almamış olan hastaların %50,6'sı ile görüşme yapılırken, %49,4'ü ile görüşme yapılmadığı görüldü. Çalışmamıza katılan hastaların daha önce herhangi bir bağımlılık tedavisi alıp almama oranlarına göre hastalar ile yapılan görüşmeler istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, görüşme yapılan ve yapılmayan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (Kikare, p:0,866) (Tablo- 5)

TABLO – 5: Çalışmamıza katılan hastaların daha önce herhangi bir bağımlılık tedavisi alıp almama oranları

Daha önce madde bağımlılık tedavisi almış mı?	Toplam (n:161)		Görüşme yapılan (n:78)		Görüşme yapılmayan (n:83)		P
	N	%	n	%	n	%	
Evet	78	48,4	36	46,2	42	50,6	0,572
Hayır	83	51,6	42	53,8	41	49,4	
Toplam	161	100	78	100	83	100	

Çalışmamızdaki hastaların 156 (%96,9)'sında sigara kullanımı olduğu görüldü. Çalışmamızdaki hastaların 156 (%96,9)'sında alkol kullanımı olduğunu görüldü. Sigara ve alkolden her ikisini de kullanamayan hasta yoktu.

TABLO -6: Çalışmaya katılan hastaların sigara / alkol kullanımlarına göre sayıları

	Alkol		Sigara	
	n	%	n	%
Kullanan	156	96,9	156	96,9
Kullanmayan	5	3,1	5	3,1
Toplam	161	100	161	100

Çalışmamızdaki hastaların 114 (%70,8)'ü esrar, 100 (%62,1)'ü pregabalin, 68 (%42,2) metamfetamin, 22 (%13,7)'si kokain, 18 (%11,2)'i ekstazi, 17 (%10,6)'si benzodiazepin, 2 (%1,2)'si eroin, 2 (%1,2)'si LSD, 2 (%1,2)'si diğer tür madde, 1 (%0,6)'i solvent kullanımı olduğunu belirtti.

TABLO- 7: Çalışmamıza katılan hastaların kullandıkları madde türlerine göre sayıları

Kullanılan madde türü		Kullanan	Kullanmayan
Esrar	n	114	47
	%	70,8	29,2
Pregabalin	n	100	61
	%	62,1	37,9
Methamfetamin	n	68	93
	%	42,2	57,8
Kokain	n	22	139
	%	13,7	86,3
Ekstazi	n	18	143
	%	11,2	88,8
Benzodiazepin	n	17	144
	%	10,6	89,4
Bonzai	n	7	154
	%	4,3	95,7
Eroin	n	2	159
	%	1,2	98,8
LSD	n	2	159
	%	1,2	98,8
Diğer	n	2	159
	%	1,2	98,8
Solvent	n	1	160
	%	0,6	99,4

Çalışmamızdaki hastaların 45'i (%28) bir tür madde kullanımı, 58'i (%36) iki tür madde kullanım, 45'i (%28) üç tür madde kullanımı, 13'ü (%8,1) üçten fazla türde madde kullanımı olduğunu belirtti. Bir tür madde kullanımı bulunan hastaların 20'si (%44,4) ile görüşme yapılırken, 25'i (%55,5) ile görüşme yapılmadığı görüldü. İki tür madde kullanımı olan hastaların 30'u (%51,7) ile görüşme yapılırken, 28'i (%48,3) ile görüşme yapılmadığı

görüldü. Üç tür madde kullanımı olan hastaların 20'si (%44,4) ile görüşme yapılırken, 25'i (%55,5) ile görüşme yapılmadığı görüldü. Üçten daha fazla türde madde kullanımı olan hastaların 8'i (%61,5) ile görüşme yapılırken, 5'i (%38,5) ile görüşme yapılmadığı görüldü. Çalışmamıza katılan hastaların kaç sayıda farklı madde türü kullanımına göre hastalar ile yapılan görüşmeler istatistiksel olarak karşılaştırıldığında, görüşme yapılan ve yapılmayan hasta grupları arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (kikare, p: 0,633) (Tablo-8)

TABLO- 8: Çalışmamıza katılan hastaların kaç sayıda farklı madde türü kullanımına göre sayılarını ve oranları

Farklı madde kullanım sayısı	Toplam (n:161)		Görüşme yapılan (n:78)		Görüşme yapılmayan (n:83)		P
	n	%	n	%	n	%	
Sadece 1 madde	45	28	20	25,6	25	30,1	0,633
2 madde	58	36	30	38,5	28	33,7	
3 madde	45	28	20	25,6	25	30,1	
3'den daha fazla	13	8,1	8	10,3	5	6	
Toplam	161	100	161	100	161	100	

4.2. Kısa görüşme istatistikleri

Çalışmamıza katılan hastaların başvuru sonrası 30 günlük acil servise başvurma oranı görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar arasında istatistiksel olarak karşılaştırıldı ve anlamlı fark bulunmadı (Kikare, p:0,547). (Tablo-9)

Görüşme yapılan hastaların %82,1'nin başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise başvurmadığı, %17,9'unun 30 gün içerisinde acil servise başvurduğu görüldü. Görüşme yapılmayan hastaların %85,5'inin başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise başvurmadığı, hastaların %14,5'inin 30 gün içerisinde acil servise başvurduğu görüldü. (Tablo-9)

TABLO- 9 Çalışmamıza katılan hastaların başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise başvuru oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer sebeple acil servis başvurusu	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	14	17,9	12	14,5	0,547
Yok	64	82,1	71	85,5	
Toplam	78	100	83	100	

Çalışmamıza katılan hastaların başvuru sonrası 30 günlük bağımlılık polikliniğine başvurma oranı görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar ile istatistiksel olarak karşılaştırıldı ve anlamlı fark bulunmadı. (Kikare, p: 0,970). Görüşme yapılan hastaların %44,9'u 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvuru yaparken bu oranın görüşme yapılmayan grupta ise benzer şekilde %44,6 olduğu görüldü. (Tablo-10)

TABLO-10: Çalışmamıza katılan hastaların başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvuru	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	35	44,9	37	44,6	0,970
Yok	43	55,1	46	55,4	
Toplam	78	100	83	100	

Çalışmamıza katılan hastaların cinsiyetlere göre başvuru sonrası 30 gün içinde acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları istatistiksel olarak karşılaştırıldı. Başvuru sonrası 30 gün içinde acil servise benzer sebeple tekrar başvuran hastalarda cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (Kikare, p: 0,097). (Tablo-11)

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvuran hastalar karşılaştırıldığında istatistiksel olarak kadın hastaların daha fazla başvuru yaptığı görüldü ve bu durum istatistiksel olarak anlamlı bulundu. (Kikare, p: 0,039). Kadın hastaların %58,5'i 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvurduğu, erkek hastalarda bu oranın %40 olduğu görüldü. (Tablo-11)

TABLO -11: Cinsiyete göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise veya bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer nedenle acil servise başvuru	Erkek		Kadın		p
	n	%	n	%	
VAR	16	13,3	10	24,4	0,097
YOK	104	86,7	31	75,6	
Toplam	120	100	41	100	
30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvuru	Erkek		Kadın		p
	n	%	n	%	
VAR	48	40	24	58,5	0,039
YOK	72	60	17	41,5	
Toplam	120	100	41	100	

Çalışmamıza katılan hastaların eğitim durumlarına göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer nedenle acil servise başvurma oranları karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (Kikare, p: 0,061). (Tablo-12)

Çalışmamıza katılan hastaların eğitim durumlarına göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvurma oranları karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi. (Kikare, p: 0,195). (Tablo-12)

TABLO -12: Eğitim durumlarına göre hastaların başvuru sonrası 30 gün içinde acil servise benzer nedenle başvurma ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvuru	İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu öğrencisi		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Var	7	33,3	9	20	7	9,9	3	12,5	0,061
Yok	14	66,7	36	80	64	90,1	21	87,5	
Toplam	21	100	45	100	71	100	24	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu	İlkokul mezunu		Ortaokul mezunu		Lise mezunu		Üniversite mezunu/ öğrencisi		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Var	10	47,6	16	35,6	31	43,7	15	62,5	0,195
Yok	11	52,4	29	64,4	40	56,3	9	37,5	
Toplam	21	100	45	100	71	100	24	100	

Çalışmamıza katılan hastaların iş durumları göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer nedenle acil servise başvurma oranları karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmadı (Kikare, p:0,456). (Tablo-13)

Çalışmamıza katılan hastaların iş durumları göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvurma oranları karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark olduğu görüldü. (Kikare, p: 0,014). Başvuru sonrası 30 gün içerisinde poliklinik başvurusu olan hastalar karşılaştırıldığında çalışmayan ve geçici işi mevcut hastalar gruplarındaki poliklinik başvuru oranlarının daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü. (Tablo-13)

TABLO-13: Hastaların iş durumlarına göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise benzer nedenle başvurma ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvuru	Çalışmıyor		Düzensiz iş mevcut		Düzenli iş mevcut		Öğrenci		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Var	12	22,2	8	15,4	5	10,9	1	11,1	0,456
Yok	42	77,8	44	84,6	41	89,1	8	88,9	
Toplam	54	100	52	100	46	100	9	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu	Çalışmıyor		Düzensiz iş mevcut		Düzenli iş mevcut		Öğrenci		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Var	30	55,6	27	51,9	12	26,1	3	33,3	0,014
Yok	24	44,4	25	48,1	34	73,9	6	69,7	
Toplam	54	100	52	100	46	100	9	100	

Çalışmamıza katılan hastaların başvuru şikayetlerine göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise benzer şikâyet ile başvuru oranları karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (kikare, p: 0,090). (Tablo-14)

Çalışmamıza katılan hastaların başvuru şikayetlerine göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvuru oranları karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark görüldü (Kikare, p: 0,001) Bu oranın psikoz ile başvuran hastalarda %70 ile en yüksek olduğu görülürken, travma ile başvuranlarda %22,2 ile en düşük olduğu görüldü. (Tablo-14)

TABLO-14: Çalışmamıza katılan hastaların acil servise başvuru şikâyetine göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise benzer nedenle başvurma ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvuru	Ajitasyon / Saldırganlık		Psikoz		Travma		Suisdal düşünce girişim		Nöbet Senkop		Diğer		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Var	6	14	8	20	2	5,6	7	25,9	3	37,5	0	0	0,090
Yok	37	86	32	80	34	94,4	20	74,1	5	62,5	7	100	
Toplam	43	100	40	100	36	100	27	100	8	100	7	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu	Ajitasyon / Saldırganlık		Psikoz		Travma		Suisdal düşünce girişim		Nöbet Senkop		Diğer		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Var	15	34,9	28	70	8	22,2	14	51,9	4	50	3	42,9	0,001
Yok	28	65,1	12	30	28	77,8	13	48,1	4	50	4	57,1	
Toplam	43	100	40	100	36	100	27	100	8	100	7	100	

Çalışmamıza katılan hastaların daha önce de maddeye bağlı kriz ile acil servise başvurmuş olup olmadığına göre 30 gün içerisinde acil servise benzer nedenle başvurma oranları karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (Kikare, p: 0,003). (Tablo-15)

Çalışmamıza katılan hastaların daha önce de maddeye bağlı kriz ile acil servise başvurmuş olup olmadığına göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvurma oranları karşılaştırılmıştır ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (Kikare, p: 0,001). (Tablo-15)

TABLO- 15: Daha önce maddeye bağlı benzer kriz ile acil servise başvuran hastaların başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise benzer nedenle başvurma ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvuru	Daha önce benzer şikâyet / kriz ile acil servise başvurmuş olma				p
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Var	17	27	9	9,2	0,003
Yok	46	73	89	90,8	
Toplam	63	100	98	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu	Daha önce benzer şikâyet / kriz ile acil servise başvurmuş olma				p
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Var	43	68,3	29	29,6	0,001
Yok	20	31,7	69	70,4	
Toplam	63	100	98	100	

Çalışmamıza katılan hastaların daha önce bağımlılık tedavisi alıp almama durumuna göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise benzer şikâyet ile başvuru oranları karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (Kikare, p:0,547). (Tablo-16)

Çalışmamıza katılan hastaların daha önce bağımlılık tedavisi alıp almama durumuna göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvurma oranları karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı olduğu görüldü (Kikare, p: 0,001). (Tablo-16)

TABLO- 16: Daha önce bağımlılık tedavisi alan hastaların 30 gün içerisinde acil servise benzer nedenle başvurma ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvuru	Daha önce bağımlılık tedavisi almış olma				p
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Var	14	17,9	12	14,5	0,547
Yok	64	82,1	71	85,5	
Toplam	78	100	83	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu	Daha önce bağımlılık tedavisi almış olma				p
	Evet		Hayır		
	n	%	n	%	
Var	57	73,1	15	18,1	0,001
Yok	21	26,9	68	81,9	
Toplam	78	100	98	100	

Çalışmamıza katılan hastaların kullandıkları madde çeşidi sayısına göre hastaların başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise benzer nedenle başvurma oranları karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (Kikare, p: 0,240). (Tablo-17)

Çalışmamıza katılan hastaların kullandıkları madde çeşidi sayısına göre hastaların başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvurma oranları karşılaştırıldı ve istatistiksel olarak anlamlı fark görülmedi (Kikare, p:0,106). (Tablo-17)

TABLO- 17: Çalışmamıza katılan hastaların kullandıkları madde çeşidi sayısına göre hastaların 30 gün içerisinde acil servise benzer nedenle başvurma ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvuru	Sadece 1 madde kullanan		2 madde kullanan		3 madde kullanan		3ten daha fazla madde kullanan		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Var	4	8,9	13	22,4	8	17,8	1	7,7	0,240
Yok	41	91,1	48	77,6	37	82,2	12	92,3	
Toplam	45	100	58	100	45	100	13	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu	Sadece 1 madde kullanan		2 madde kullanan		3 madde kullanan		3ten daha fazla madde kullanan		P
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Var	19	42,2	20	34,5	26	57,8	7	57,8	0,106
Yok	26	57,8	38	65,5	19	42,2	6	46,2	
Toplam	45	100	58	100	45	100	13	100	

4.3. Alt gruplar istatistikleri

Çalışmamıza katılan kadın hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştırıldığında, 30 gün içerisinde tekrar acil servise başvuru oranları arasında anlamlı fark görülmedi. (Kikare, p: 0,775) (Tablo-18)

Çalışmamıza katılan kadın hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştırıldığında, 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvuru oranları arasında anlamlı fark görülmedi. (Kikare, p:0,326) (Tablo-18)

TABLO -18: Çalışmamıza katılan kadın hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvurusu olan kadın hasta	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		p
	n	%	n	%	
Var	4	22,2	6	26,1	0,775
Yok	14	77,8	17	73,9	
Toplam	18	100	23	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu olan kadın hasta	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		p
	n	%	n	%	
Var	9	50	15	65,2	0,326
Yok	9	50	8	34,8	
Toplam	18	100	23	100	

Çalışmamıza katılan erkek hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştırıldığında, 30 gün içerisinde tekrar acil servise başvuru oranları arasında anlamlı fark görülmedi. (Kikare, p: 0,283) (Tablo-19)

Çalışmamıza katılan erkek hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştırıldığında, 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvuru oranları arasında anlamlı fark görülmedi. (Kikare, p:0,326) (Tablo-19)

TABLO- 19: Çalışmamıza katılan erkek hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvurusu olan erkek hasta	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	10	16,7	6	10	0,283
Yok	50	83,3	54	90	
Toplam	60	100	60	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu olan erkek hasta	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	26	50	22	65,2	0,326
Yok	34	50	38	34,8	
Toplam	60	100	60	100	

Çalışmamıza katılan hastaların eğitim durumlarına göre görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştırıldı. Üniversite mezunu veya okuyan hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştığında, 30 gün içerisinde tekrar acil servise başvuru oranları arasında anlamlı fark görülmedi. (Kikare, p: 0,089) (Tablo-20)

Üniversite mezunu veya okuyan hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştığında, 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvuru oranları arasında anlamlı fark görülmedi. (Kikare, p: 0,916) (Tablo-20)

TABLO- 20: Üniversite mezunu veya öğrenci hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvurusu olan üniversite mezunu veya öğrenci hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	0	0	3	23,1	0,089
Yok	11	100	10	76,9	
Toplam	11	100	13	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu olan üniversite mezunu veya öğrenci hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	7	63,6	8	61,2	0,916
Yok	4	36,4	5	38,5	
Toplam	11	100	13	100	

Lise mezunu hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştığında, 30 gün içerisinde tekrar acil servise başvuru oranları arasında anlamlı fark görülmedi. (Kikare, p: 0,720) (Tablo-21)

Lise mezunu hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştığında, 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvuru oranları arasında anlamlı fark görülmedi. (Kikare, p: 0,893) (Tablo-21)

TABLO- 21: Lise mezunu hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvurusu olan lise mezunu hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		p
	n	%	n	%	
Var	4	11,1	3	8,6	0,720
Yok	32	88,9	32	91,4	
Toplam	36	100	35	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu olan lise mezunu hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		p
	n	%	n	%	
Var	16	44,4	15	42,9	0,893
Yok	20	55,6	20	57,1	
Toplam	36	100	35	100	

Ortaokul mezunu hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştığında, 30 gün içerisinde tekrar acil servise başvuru oranları arasında anlamlı fark görülmedi. (Kikare, p: 0,550) (Tablo-22)

Ortaokul mezunu hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştığında, 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvuru oranları arasında anlamlı fark görülmedi. (Kikare, p: 0,739) (Tablo-22)

İlkokul mezunu hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştığında, 30 gün içerisinde tekrar acil servise başvuru oranları arasında anlamlı fark görülmedi. (Kikare, p: 0,122) (Tablo-23)

İlkokul mezunu hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştığında, 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvuru oranları arasında anlamlı fark görülmedi. (Kikare, p: 0,505) (Tablo-23)

TABLO- 22: Ortaokul mezunu hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvurusu olan ortaokul mezunu hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	5	23,8	4	16,7	0,550
Yok	16	76,2	20	83,3	
Toplam	21	100	24	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu olan ortaokul mezunu hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	8	38,1	8	33,3	0,739
Yok	13	61,9	16	66,7	
Toplam	21	100	24	100	

TABLO- 23: İlkokul mezunu hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvurma oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvurusu olan ilkokul mezunu hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	5	50	2	18,2	0,122
Yok	5	50	9	81,8	
Toplam	10	100	11	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu olan ilkokul mezunu hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	4	40	6	54,5	0,505
Yok	6	60	5	45,5	
Toplam	10	100	11	100	

Çalışmamıza katılan hastalar iş durumlarına göre ayrılarak görüşme yapılan ve yapılmayan grupları karşılaştırdık. Geçici işi olan hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştırıldığında 30 gün içinde tekrar acil servise başvuru oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. (Kikare, p: 0,515) (Tablo-24)

Geçici işi olan hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştırıldığında 30 gün içinde bağımlılık polikliniğine başvuru oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. (Kikare, p: 0,586) (Tablo-24)

TABLO- 24: Geçici işi olan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde tekrar acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvurusu olan geçici işi olan hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	3	12	5	18,5	0,515
Yok	22	88	22	81,5	
Toplam	25	100	27	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu olan geçici işi olan hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	12	48	15	55,6	0,586
Yok	13	52	12	44,4	
Toplam	25	100	11	100	

Düzenli işi olan hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştırıldığında 30 gün içinde tekrar acil servise başvuru oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. (Kikare, p: 0,495) (Tablo-25)

Düzenli işi olan hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştırıldığında 30 gün içinde bağımlılık polikliniğine başvuru oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. (Kikare, p: 0,089) (Tablo-25)

TABLO- 25: Düzenli işi olan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde tekrar acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvurusu olan düzenli işi olan hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	3	14,3	2	8	0,495
Yok	18	85,7	23	92	
Toplam	21	100	25	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu olan düzenli işi olan hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	8	38,1	4	16	0,089
Yok	13	61,9	21	84	
Toplam	21	100	25	100	

Çalışmayan hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştırıldığında 30 gün içinde tekrar acil servise başvuru oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. (Kikare, p: 0,610) (Tablo-26)

Çalışmayan hastalar içerisinde görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar karşılaştırıldığında 30 gün içinde bağımlılık polikliniğine başvuru oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. (Kikare, p: 0,161) (Tablo-26)

TABLO- 26: Çalışmayan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların 30 gün içerisinde tekrar acil servise ve bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvurusu olan çalışmayan hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	7	25	5	19,2	0,610
Yok	21	75	21	80,8	
Toplam	28	100	26	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu olan çalışmayan olan hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	13	46,1	17	65,4	0,161
Yok	15	53,6	9	34,6	
Toplam	28	100	26	100	

Daha önce madde kullanımına bağlı acil servise başvurusu olmayan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupları karşılaştırdık. Başvuru sonrası 30 gün içerisinde tekrar acil servise başvurma oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. (Kikare, p: 0,265) (Tablo-27)

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvurma oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. (Kikare, p: 0,725) (Tablo-27)

TABLO- 27: Daha önce madde kullanımına bağlı acil servis başvurusu olmayan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servis ve bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvurusu olan daha önce benzer şikâyet ile acil servise başvurmeyen hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	6	12,5	3	6	0,265
Yok	42	87,5	47	94	
Toplam	48	100	50	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu olan daha önce benzer şikâyet ile acil servise başvurmeyen hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	15	31,3	14	28	0,725
Yok	33	68,8	36	72	
Toplam	48	100	50	100	

Daha önce madde kullanımına bağlı acil servise başvurusu olan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupları karşılaştırdık. Başvuru sonrası 30 gün içerisinde tekrar acil servise başvurma oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. (Kikare, p: 0,957) (Tablo-28)

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvurma oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. (Kikare, p: 0,796) (Tablo-28)

TABLO- 28: Daha önce madde kullanımına bağlı acil servis başvurusu olan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servis ve bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvurusu olan ve daha önce benzer şikâyet ile acil servise başvuran hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	8	26,7	9	27,3	0,957
Yok	22	73,3	24	72,7	
Toplam	30	100	33	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu olan ve daha önce benzer şikâyet ile acil servise başvuran hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	20	66,7	23	69,7	0,796
Yok	10	33,3	10	30,3	
Toplam	30	100	33	100	

Daha önce bağımlılık tedavisi almamış olan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupları karşılaştırdık. Başvuru sonrası 30 gün içerisinde tekrar acil servise başvurma oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. (Kikare, p: 0,562) (Tablo-29)

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvurma oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. (Kikare, p: 0,421) (Tablo-29)

Daha önce bağımlılık tedavisi almış olan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupları karşılaştırdık. Başvuru sonrası 30 gün içerisinde tekrar acil servise başvurma oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. (Kikare, p: 0,750) (Tablo-30)

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvurma oranları arasında anlamlı fark saptanmadı. (Kikare, p: 0,875) (Tablo-30)

TABLO- 29: Daha önce bağımlılık tedavisi almamış olan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servis ve bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvurusu olan daha önce bağımlılık tedavisi almamış hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	7	16,7	5	12,2	0,562
Yok	35	83,3	36	87,8	
Toplam	42	100	41	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu olan daha önce bağımlılık tedavisi almamış hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	9	21,4	6	14,6	0,421
Yok	33	78,6	35	85,4	
Toplam	42	100	41	100	

TABLO-30: Daha önce bağımlılık tedavisi almış olan hastalar içinde görüşme yapılan ve yapılmayan grupların başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servis ve bağımlılık polikliniğine başvuru oranları

Başvuru sonrası 30 gün içerisinde benzer şikâyet ile acil servise başvurusu olan daha önce bağımlılık tedavisi alan hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	7	19,4	7	16,7	0,750
Yok	29	80,6	35	83,3	
Toplam	36	100	42	100	
Başvuru sonrası 30 gün içerisinde bağımlılık poliklinik başvurusu olan daha önce bağımlılık tedavisi alan hastalar	Görüşme yapılan		Görüşme yapılmayan		P
	n	%	n	%	
Var	26	72,2	31	73,8	0,875
Yok	10	27,8	11	26,2	
Toplam	36	100	42	100	

5. TARTIŞMA

Acil servislere başvuran hasta grupları arasında madde kullanım bozukluğu ile başvuran hastalar sıklıkla ve ayrıca bu hasta grubunun başvurduğu tek tıbbi birim acil servisler olabilmektedir. Bu nedenle ülkemizde birlikte dünyada da artan madde kullanım bozukluğu olan bireylerin bağımlılık tedavisine yönelik olarak acil servislerde yapılandırılmış uygulamalar başlamıştır.

2022 yılında Beaudoin ve arkadaşları tarafından yapılan "Ölümcül Opioid Aşırı Dozu Riski Yüksek Olan Acil Servis Hastalarına Akran Liderliğinde Davranışsal Müdahalenin Etkisi" adlı çalışmada, hastaların %68,2'si erkek, %31,8'i ise kadındı (2). Ayrıca, 2016 yılında Huynh ve diğerleri tarafından yapılan "Madde Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin Acil Servise Başvuru Sıklığını Etkileyen Faktörler" adlı çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan hastaların %61,8'i erkek, %38,2'si ise kadın olarak bildirilmiştir (20). Literatürde ve çalışmamızdaki oranlara baktığımızda, acil servise başvuran madde kullanım bozukluğu olan hastalar arasında erkeklerin oranının kadınlardan daha fazla olduğunu görmekteyiz.

Bu durum, erkeklerin madde kullanım riskinin sosyal ve çevresel faktörlere bağlı olarak daha yüksek olmasına bağlanabilir. Erkeklerin madde kullanımına daha fazla maruz kalması, toplumdaki cinsiyet rolleri, stres faktörleri ve madde kullanımının erkekler arasında daha fazla kabul görmesi gibi nedenlerle açıklanabilir.

Hastalarımızın ortalama yaşı $28,63 \pm 7,84$ yıl, medyan yaşı ise 27 yıldır. En genç hasta 18 yaşında, en yaşlı hasta ise 52 yaşındadır. Bu bulgu, madde kullanım bozukluğunun her yaşta insanı etkileyebilecek bir problem olduğunu göstermekle beraber, genellikle genç erişkinlerde daha yaygın olduğunu ortaya koymaktadır. Beaudoin ve arkadaşlarının çalışmasında yaş ortalaması 36,9 yıl (2), Huynh ve arkadaşlarının çalışmasında ise 39,82 yıl olarak tespit edilmiştir (20). Literatürdeki ve çalışmamızdaki veriler karşılaştırıldığında, madde kötüye kullanımının daha düşük yaş gruplarında yaygın olduğu görülmektedir.

Bu durum, bölgemizdeki genç ve genç erişkinlerin madde kullanım riskine karşı korunmasına yönelik daha kapsamlı çalışmalar yapılması gerektiğini düşündürmektedir. Genç yaş gruplarının madde kullanımına daha yatkın olması, sosyal, çevresel ve ekonomik faktörlerin bu yaş grubunda daha belirgin etkiler yaratabileceğini göstermektedir. Bu nedenle, önleyici ve eğitim programlarının genç erişkinler üzerinde yoğunlaştırılması önem arz etmektedir.

Madde kullanım bozukluğunun her eğitim seviyesinde görülebileceği, ancak daha düşük eğitim düzeyinin önemli bir risk faktörü oluşturabileceği gözlemlenmiştir. Nasırzadeh ve

arkadaşlarının yaptığı çalışmada, uyuşturucu kullananların %39'unun okuma-yazma bilmediği veya ilköğretim mezunu olduğu, %6'sının ise daha yüksek eğitime sahip olduğu bulunmuştur (21). Bu veriler, eğitim seviyesinin madde kullanımı üzerindeki etkisini göstermektedir.

Literatür ve çalışmamızdaki veriler karşılaştırıldığında, madde kullanım bozukluğu olan hastaların çoğunlukla daha düşük eğitim düzeyine sahip olduğu anlaşılmaktadır. Düşük eğitim seviyesinin, bireylerin madde kullanma riskini artıran önemli bir faktör olduğu ortaya konulmuştur. Eğitim eksikliği, bireylerin yaşam kalitesini düşürerek, sınırlı iş imkanlarına ve düşük sosyoekonomik duruma yol açmaktadır. Bu durum, bireylerin umutsuzluk ve stres düzeylerini artırarak madde kullanımına eğilimli hale getirebilir.

Daha düşük eğitim seviyesindeki bireylerin madde kullanımına daha yatkın olmasının sebepleri arasında, eğitim eksikliğinin getirdiği sınırlı iş imkanları, düşük sosyoekonomik durum ve madde bağımlılığı konusunda bilinç eksikliği sayılabilir. Eğitim düzeyi düşük bireyler, genellikle sağlık hizmetlerine erişimde zorluk yaşamakta ve madde bağımlılığı ile mücadelede yeterli desteği alamamaktadırlar. Ayrıca, bu bireyler arasında madde kullanımının olumsuz etkileri konusunda farkındalık eksikliği yaygındır.

Beaudoin ve arkadaşları tarafından yapılan çalışmada, katılımcıların %27,9'unun çalışmakta olduğu görülmüştür (20). 2020 yılında Ateş ve Tuncay tarafından Bursa ilinde madde bağımlılığı olan hastalarda yapılan çalışmada ise, katılımcıların %35'inin çalışmakta olduğu belirlenmiştir (22).

Literatür ve çalışmamızdaki veriler karşılaştırıldığında, madde kullanım bozukluğunun iş hayatını olumsuz etkileyebileceği ortaya çıkmaktadır. İşsizlik oranının yüksek olması ve geçici işlerde çalışanların fazlalığı, madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin iş hayatında istikrarsızlık yaşadıklarını göstermektedir. Bu durum, işsizlik ve geçici işlerin madde kullanım bozukluğu ile ilişkili olabileceğini düşündürmektedir.

Madde bağımlılığı, bireylerin iş performansını ve istihdam sürekliliğini olumsuz yönde etkileyebilir, bu da ekonomik sıkıntılar ve sosyal izolasyon gibi ek sorunlara yol açabilir. Bu nedenle, madde bağımlılığı ile mücadelede istihdam destek programlarının geliştirilmesi ve uygulanması büyük önem taşımaktadır.

Çalışmamızda yer alan hastaların madde bağımlılığı süresi ortalama $7,50 \pm 5,20$ yıldır. Bu bulgu, madde kullanım bozukluğunun genellikle kronik bir seyir izlediğini göstermektedir.

Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin uzun süreli bağımlılık yaşaması, tedavi ve rehabilitasyon süreçlerinin önemini vurgulamaktadır.

Hastaların DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) bağımlılık ölçeği puanlarının ortalaması $15,63 \pm 5,51$ 'dir. Bu puan, katılımcıların büyük çoğunluğunun "orta" veya "ağır" düzeyde bağımlılık yaşadığını göstermektedir. DUDIT puanlarının yüksekliği, madde kullanım bozukluğunun ciddiyetini ve bireylerin bağımlılık seviyesinin belirlenmesinde bu tür ölçeklerin önemini ortaya koymaktadır.

Hastalar çeşitli klinik tablolar ile hastaneye başvurmuşlardır ve bu tablolar arasında psikoz, ajitasyon/saldırganlık ve travma dikkat çekmektedir. Curran ve arkadaşlarının 2003 yılında yaptığı çalışmada, psikiyatrik bir bozukluk nedeniyle acil servise başvuran hastalarda madde kullanımı eş tanısının acil servis başvurularını önemli ölçüde arttırdığı bulunmuştur (23). Fleury ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise hastaların %73'ünün psikiyatrik hastalığa sahip olduğu görülmüştür (24). Literatür ile karşılaştırıldığında, çalışmamızdaki bulgular, madde kullanım bozukluğunun çeşitli psikiyatrik ve tıbbi sorunlara yol açabileceğini göstermektedir.

Özellikle ajitasyon/saldırganlık, psikoz ve intihar düşünceleri/girişimleri gibi ciddi semptomlar, madde kullanımının bireylerin ruh sağlığını ne derece olumsuz etkileyebileceğini vurgulamaktadır. Ayrıca, travma ve nöbet/senkop gibi tıbbi sorunların da madde kullanım bozukluğuyla ilişkili olduğu görülmektedir.

Bu veriler, madde kullanım bozukluğu olan hastaların acil servislere başvurularının ardındaki nedenlerin geniş bir yelpazeye yayıldığını ve bu durumun hem psikiyatrik hem de fiziksel sağlık sorunları açısından ele alınması gerektiğini ortaya koymaktadır. Dolayısıyla, bu tür hastaların tedavi ve bakım süreçlerinde kapsamlı ve multidisipliner yaklaşımlar benimsenmelidir.

Zhang ve arkadaşları tarafından 2021 yılında yapılan çalışmada, madde kullanım bozukluğuna sahip acil servis hastalarının 72 saat içinde acil servise tekrar gelme olasılığının daha yüksek olduğu görülmüştür (25). Fleury ve arkadaşlarının 2022 yılında Kanada'nın Quebec eyaletinde yaptığı bir çalışmada ise, 17.819 madde kullanımı bulunan hastanın %18'inin 1 yıl içerisinde acil servise sık sık (3'den daha fazla) başvurduğu belirlenmiştir (24). Literatür ile karşılaştırıldığında, çalışmamızdaki bu bulgu, madde kullanım bozukluğu olan hastalarda tekrarlayan acil servis başvurularının yaygın olduğunu göstermektedir.

Bu durum, madde bağımlılığının kronik ve tekrarlayıcı doğasını ortaya koymaktadır. Tekrarlayan başvurular, hastaların bağımlılık nedeniyle sürekli tıbbi yardım aradıklarını ve bu süreçte yeterli ve sürekli bakım ve destek almaları gerektiğini göstermektedir. Ayrıca, bu veriler, acil servislerin madde bağımlılığı tedavisinde kritik bir rol oynadığını ve bu hastaların acil servislerde tedavi ve takip süreçlerinin iyileştirilmesi gerektiğini vurgulamaktadır. Tekrarlayan başvuruların önlenmesi için erken müdahale ve uzun vadeli destek programlarının önemine dikkat çekmektedir.

Armoon ve arkadaşları tarafından 2021 yılında madde kullanım bozukluğu olan 22.484 kişiyle yapılan çalışmada, bu kişilerin son 1 yıl içerisinde %72,1'inin herhangi bir bağımlılık merkezine başvurmadığı görülmüştür (26). Bu bulgu, madde kullanım bozukluğu olan hastaların önemli bir kısmının tedaviye erişiminde sorunlar yaşadığını göstermektedir. Çalışmamızdaki hastalarla literatürü karşılaştırdığımızda, bağımlılık tedavisi alan hasta oranının daha fazla olduğu görülmüştür. Bu farkın, ülkelerin sağlık sistemleri, çalışmaya alınan hasta popülasyonu ve sayısı, hasta grubunun sosyo-kültürel özellikleri ve toplumsal farklılıklar gibi faktörlerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Tüm hastaların madde kullanımı ile sigara ve alkol kullanım oranının yüksek olduğu görülmüştür. Madde kullanımı ile yüksek oranda alkol ve sigara kullanımı öngörülebilir bir sonuç olarak değerlendirilmektedir.

Armoon ve arkadaşları tarafından 2021 yılında madde kullanım bozukluğu olan 22.484 kişiyle yapılan çalışmada çoklu madde kullanımı oranının %46,26 olduğu görülmüştür (2). Fleury ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada ise, hastaların %64'ünün çoklu madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara sahip olduğu belirlenmiştir (24). Literatür ile çalışmamız kıyaslandığında, bu bulgu madde kullanım bozukluğunun geniş bir yelpazede çeşitli maddeleri içerebileceğini göstermektedir. Çalışmamızdaki hastaların da büyük çoğunluğu birden fazla türde madde kullanım bozukluğuna sahiptir; bu da çoklu madde kullanımının yaygınlığını ve önemini vurgulamaktadır.

Literatürde bağımlılık tedavisine yönelik olarak acil servis odaklı uygulamalara bakıldığında Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin 2016 yılında yayınladığı derlemede beş sistematik derleme ve 16 randomize kontrollü çalışmanın sonuçları tartışılmıştır. Bu çalışmaların çoğu alkolle ilişkili vakaları veya alkol ve uyuşturucu kullanımı vakalarını odaklamış olsa da dört çalışma özellikle madde kullanımını hedef almıştır (3). Mevcut derlemede kısa müdahalelerin tipik olarak motivasyonel görüşme tarzındaki işbirlikçi

konuşma stilini kullandığını ve adından da anlaşılacağı üzere, sadece kısa bir süre, 5 ile 30 dakika arasında sürdüğü vurgulanarak bu uygulamanın; doktorlar, hemşireler ve diğer sağlık çalışanları dahil olmak üzere çeşitli profesyoneller tarafından sunulabileceği ve acil servis ortamında yapılan birçok kısa müdahale çalışması, bu bağlamın, aksi takdirde hiçbir değerlendirme, yönlendirme veya müdahale almayabilecek madde kullanımı sorunları olan insanlarla iletişim kurmak için önemli bir ‘fırsat penceresi’ sunduğunu vurgulanmıştır. Amerika Birleşik Devletleri’nde ise özellikle artan opioid kullanımı ve buna bağlı ölümlerin de artması nedeniyle bağımlılık tedavisinde acil servis odaklı uygulamaların son 10 yıl içinde gittikçe artan bir eğilim gösterdiği görülmektedir (2). Yapılan çalışmalara bakıldığında ise daha önce bağımlılık tedavisi almış ve “akran öncülüğünde müdahaleler” (per-led interventions) in sosyal çalışmacı tarafından yönetilen müdahaleler ile karşılaştırıldığı görülmektedir.

Ülkemizde madde kullanım bozukluğu ile acil servise başvuran hastalarda rutin olarak, bağımlılık tedavisine yönlendirmek amaçlı yapılandırılmış bir uygulama bulunmamaktadır. Hastanın eğer eşlik eden psikiyatrik hastalığı varsa psikiyatri konsültasyonu istenebilmekte ancak ülkemizde çoğu hastanede gece nöbet şartlarında psikiyatri hekimi bulunmamaktadır. Çalışmamız bu anlamda madde kullanım bozukluğu olan hastaların acil serviste kısa bir görüşme yapılarak bağımlılık tedavisi yönlendirmesinde etkisini inceleyen ülkemizde yapılan ilk çalışmadır.

Literatürde acil serviste yapılan kısa görüşmelerin etkisi incelendiğinde Tait ve arkadaşlarının 2005 yılında yaptığı çalışmada, müdahale grubunun katılım oranı düşük olmasına (yüzde 25) rağmen, standart bakım grubundaki katılımcılara göre önemli ölçüde daha fazla bağımlılık tedavi kurumuna gitmişlerdir. Ayrıca, müdahale grubunda madde ile ilişkili acil servis başvurularının oranı daha düşük bulunmuştur. Ayrıca hastalar 12 ay izlenmiş ve gruba bakılmaksızın, madde kullanım düzeylerinde azalma bildirilmiştir ve hem standart bakım grubu hem de müdahale grubu psikolojik iyilik hali açısından iyileşme göstermiştir (29).

Woolard ve arkadaşlarının 2013 yılında alkol ve esrar kullanımına yönelik acil serviste yapılan kısa müdahale görüşmesinin sonuçları incelendiğinde müdahale grubunda 12 ay sonunda madde kullanımı ve alkol kullanım oranlarının standart grubuna göre azaldığı belirtilmiştir (30).

Bizim çalışmamızda acil serviste hastalar ile yaptığımız kısa görüşmenin, 30 gün içinde acil servise tekrar başvurma oranlarını etkilemediği gözlemlenmiştir. Ayrıca görüşme yapılan ve yapılmayan hasta grupları arasında 30 gün içinde acil servise tekrar başvurma oranlarında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürden farklı olarak bulunan bu

bulgunun nedenlerini incelemek için öncelikle çalışma yöntemimiz ve hasta özellikleri detayları incelenmiştir.

Beaudoin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, tüm katılımcıların %31'inin acil servis ziyaretinden sonraki 30 gün içinde bir madde kullanım bozukluğu tedavi programına kaydolduğu görülmüştür. Sosyal hizmetler uzmanı ve akran müdahalesi yapılan gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (20).

Erik S. Anderson ve arkadaşları tarafından 2022 yılında yapılan başka bir çalışmada, 1.328 hasta değerlendirilmiştir. Bu hastaların 119'u (%9,0) toplum sağlığı çalışanı müdahalesi almış; toplum sağlığı çalışanı müdahalesi grubundaki hastaların %50,4'ü ve toplum sağlığı çalışanı müdahalesi almayan hastaların %15,9'u acil servisten taburcu olduktan sonraki 30 gün içinde bağımlılık tedavisi için başvuruda bulunmuştur (27).

Çalışmamızda görüşme yapılan ve yapılmayan tüm hasta grubuna baktığımızda 30 gün içinde bağımlılık polikliniğine başvurma oranının %44.5 olduğu görülmektedir. Çalışmamızdaki görüşme yapılan ve yapılmayan hastalar arasında benzer bağımlılık polikliniği başvuru oranları mevcuttur.

Beaudoin ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, tedavi geçmişi olan bireylerin tedaviye başlama olasılığının, tedavi geçmişi olmayanlara göre iki kat daha fazla olduğu gözlemlenmiştir (20). Çalışmamıza katılanların %48,4'ünün daha önce bağımlılık tedavisi almış olmaları nedeniyle, görüşmeden bağımsız olarak daha fazla bağımlılık polikliniği başvurusu olması bu çelişkiyi açıklayabilir.

Bunun için bir alt grup olarak sadece daha önce herhangi bir madde bağımlılığı tedavisi almamış hastalar üzerinden yapılan değerlendirmede; görüşme yapılan grubun %21,4'ü, görüşme yapılmayan grubun %14,6'sı 30 gün içerisinde bağımlılık polikliniğine başvurmuştur. Oransal olarak görüşme yapılan grup daha fazla poliklinik başvurusu yapmış olmasına rağmen, istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır (Ki-kare, p: 0,42).

Literatürdeki çalışmalar incelendiğinde, toplum sağlığı çalışanlarının birincil görevinin, bu hastalar ile görüşmek, bağımlılık polikliniği randevusu oluşturmak ve gerektiğinde bağımlılık için medikal tedavi başlatmak olduğu görülmektedir (27). Bu durumun, çalışmamız ile kıyaslandığında, görüşme yapılan ve yapılmayan gruplar arasındaki çelişkili farklarda etkili olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızda tüm araştırma ekibimiz acil tıp hekimlerinden oluşmakta olup; görüşme yapan kişilerin bu alanda sertifikalı sosyal çalışmacı veya akran

rehberliğinde görüşmenin ülkemizdeki etkisini değerlendirmek için farklı çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Görüşmeden bağımsız olarak hastalarımızın daha yüksek oranda bağımlılık polikliniklerine başvuruda bulunmasının çeşitli sebepleri olabilir. Ülkelerin sağlık sistemi ve hizmetlerine erişimdeki farklılıklar, bağımlılıkla ilgili toplumsal duyarlılık ve farkındalık seviyeleri gibi faktörler bu durumu etkileyebilir. Ayrıca, bu sonuçlardaki tutarsızlık, çalışmalardaki katılımcı sayısı ve özellikleri, her iki grup arasındaki sosyoekonomik farklılıklar ve ülkelerin sağlık sistemlerindeki değişkenlik gibi faktörlere de bağlı olabilir. Dolayısıyla, daha geniş kapsamlı ve detaylı çalışmalara ihtiyaç duyulmaktadır.

Kadın hastaların, erkek hastalara göre 30 gün içinde acil servise daha sık tekrar başvurma eğiliminde olduğunu gözlemledik. Bu cinsiyetler arasındaki fark, istatistiksel olarak anlamlı olmasa da (Ki-kare, p: 0,097), kadın hastaların erkeklere oranla acil servise tekrar başvurma sıklığının daha fazla olduğu anlaşılmaktadır.

Kadın hastaların, erkek hastalara göre 30 gün içinde bağımlılık polikliniğine başvurma oranı daha yüksek ve istatistiksel olarak anlamlı saptandı.

Bu sonuçlar, kadın hastaların acil servise ve bağımlılık polikliniğine daha sık başvurmalarının birkaç nedeni olabileceğini göstermektedir. Kadınların genellikle sağlık hizmetlerine daha duyarlı olduğu düşünülebilir. Bu nedenle, belirli bir sağlık sorunuyla karşılaştıklarında erkeklere kıyasla daha çabuk ve sık sağlık kuruluşlarına başvurma eğiliminde olabilirler.

Ayrıca, kadınların genellikle sosyal destek ağlarına daha fazla bağlı olduğu, toplumsal konumları nedeniyle sağlık sorunlarıyla başa çıkmak için daha fazla yardım aldığı ve aradığı düşünülebilir. Bu nedenle, bağımlılık gibi ciddi bir sorunla karşılaştıklarında tedaviye erişim konusunda daha aktif olabilirler.

Bununla birlikte, kadınların fizyolojik ve biyolojik özellikleri de bu farklılığı etkileyebilir; bağımlılık semptomlarına daha hassas olmalarına neden olabilir ve bu da tedaviye daha fazla yönelmelerine yol açabilir.

Eğitim durumu ile 30 gün içinde acil servise veya bağımlılık polikliniğine tekrar başvurma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır (Ki-kare, p: 0,061; Ki-kare, p: 0,195). Bu bulgu, eğitim seviyesinin acil servise veya bağımlılık tedavisine başvurmayı doğrudan etkilemediğini düşündürmektedir.

Hastaların iş durumlarına göre başvuru sonrası 30 gün içerisinde acil servise benzer nedenle başvurma oranları karşılaştırıldığında anlamlı fark bulunmamıştır (Ki-kare, p: 0,456). Ancak, işsiz veya geçici işe sahip hastaların, düzenli işi olan veya öğrencilere kıyasla 30 gün içinde bağımlılık polikliniğine başvurma oranı daha yüksek bulunmuş ve bu fark istatistiksel olarak anlamlıdır (Ki-kare, p: 0,014).

İşsiz veya geçici işlerde çalışan hastaların bağımlılık polikliniğine başvurma oranlarının daha yüksek bulunması, bu gruptaki hastaların bağımlılık tedavisi arayışında daha aktif olabileceğini göstermektedir. İşsizlik veya geçici iş durumunun getirdiği belirsizlik ve maddi zorluklar, bu hastaları bağımlılık polikliniğine başvurma konusunda daha istekli veya zorunlu hale getirebilir.

Düzenli işi olan veya öğrenci olan hastaların bağımlılık polikliniğine başvurma oranlarının daha düşük olması, bu gruptaki hastaların sosyal ve ekonomik olarak daha stabil olmaları nedeniyle bağımlılık tedavisi arayışında daha az aktif olabileceklerini düşündürülebilir.

Bu bulgular, iş durumunun bağımlılık tedavisi arayışında önemli bir faktör olduğunu ve işsiz veya geçici iş sahibi hastaların daha fazla desteğe ihtiyaç duyduğunu göstermektedir. Bu nedenle, bağımlılık tedavi programlarında bu gruplara yönelik özel stratejiler geliştirilmesi önem arz etmektedir.

Hastaların başvuru şikayetleri ile 30 gün içinde acil servise tekrar başvurma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmamıştır (Ki-kare, p: 0,090). Bu bulgu, başvuru şikayetinin acil servise tekrar başvurma riskini doğrudan etkilemediğini düşündürmektedir. Ancak, hastaların başvuru şikayetleri ile 30 gün içinde bağımlılık polikliniğine başvurma arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Ki-kare, p: 0,001). Psikoz ile başvuran hastaların 30 gün içinde bağımlılık polikliniğine başvurma oranı en yüksek iken, travma ile başvuran hastalarda bu oran en düşük olarak belirlenmiştir.

Degenhardt ve Hall tarafından 2001 yılında yapılan çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan hastalarda psikozun normal popülasyona göre daha yaygın olduğu görülmüştür (28). Başvuru şikayetinin acil servise tekrar başvurma üzerinde anlamlı bir etkisi olmasa da psikoz ile başvuran hastaların bağımlılık tedavisine daha fazla ihtiyaç duyduğunu gösteren bulgular elde edilmiştir.

Daha önce maddeye bağlı kriz nedeniyle acil servise başvurmuş olan hastaların, başvurmamış hastalara göre 30 gün içinde acil servise tekrar başvurma oranının daha yüksek olduğu

gözlemlenmiştir (Ki-kare, p: 0,003). Bu bulgu, daha önce madde bağımlılığı krizi yaşayan hastaların acil servise tekrar başvurma riskinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Ayrıca, daha önce maddeye bağlı kriz ile acil servise başvurmuş olan hastaların, başvurmamış hastalara göre 30 gün içinde bağımlılık polikliniğine başvurma oranı da daha yüksektir (Ki-kare, p: 0,001). Bu bulgu, madde bağımlılığı krizi yaşayan hastaların tedaviye daha fazla ihtiyaç duyduğunu ve desteğe daha açık olduğunu göstermektedir.

Elde edilen bulgular, daha önce madde bağımlılığı krizi yaşayan hastaların acil servise tekrar başvurma ve bağımlılık tedavisine başvurma riskinin daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır. Bu hastaların daha yoğun takip ve tedaviye ihtiyaç duyduğu açıktır.

Daha önce bağımlılık tedavisi almış olan hastalar ile almamış hastalar arasında 30 gün içinde acil servise tekrar başvurma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunamamıştır (Ki-kare, p: 0,547). Bu bulgu, daha önce bağımlılık tedavisi almanın acil servise tekrar başvurma riskini etkilemediğini düşündürmektedir.

Ancak, daha önce bağımlılık tedavisi almış olan hastaların, almamış hastalara göre 30 gün içinde bağımlılık polikliniğine başvurma oranı daha yüksektir (Ki-kare, p: 0,001). Bu bulgu, tedavi görmüş hastaların nüksetme riski altında olduğunu ve tekrarlayan başvurulara karşı dikkatli olunması gerektiğini göstermektedir. Aynı zamanda, daha önce bağımlılık tedavisi almış olan hastaların tekrarlayan poliklinik başvurulara daha yatkın olduğunu ortaya koymaktadır. Bu durum, tedavinin sürekliliğinin ve hastaların takip ve desteğinin önemini vurgulamaktadır.

6. KISITLILIKLAR

Bu çalışma, yalnızca Ege Üniversitesi Hastanesi Acil Servisi'nde yürütülmüştür. Bu nedenle, elde edilen sonuçlar sadece bu örneklem grubu için geçerlidir ve genel popülasyona genellenemez. Çalışmanın tek bir merkezde yapılmış olması, bulguların farklı bölgelerdeki hastanelerle karşılaştırılabilirliğini sınırlamaktadır.

Bazı hastalar kullandıkları maddeyi 'toz, kristal, hap' gibi sokak jargonu ile tanımlamışlardır. Bu durum, kullanılan maddeyi doğru bir şekilde kategorize etmede güçlükler yaratmış ve elde edilen verilerin doğruluğunu etkileyebilmiştir. Ayrıca, hastaların beyanlarına dayanan verilerde yanlışlık riski bulunmaktadır, çünkü bazı hastalar kullandıkları maddeleri tam olarak belirtmemiş veya yanlış beyan etmiş olabilirler.

Çalışma kapsamında kullanılan anket ve ölçekler, hastaların kendini ifade etme becerilerine ve doğru bilgi verme istekliliğine bağlı olarak değişkenlik gösterebilir. Özellikle madde kullanım bozukluğu olan bireylerde, sosyal kabul görme isteği veya damgalanma korkusu nedeniyle bilgi saklama eğilimi bulunabilir.

Verilerin toplanması sürecinde yalnızca belirli bir zaman diliminde yapılan başvurular incelenmiştir. Bu durum, mevsimsel veya dönemsel değişikliklerin etkilerini değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. Ayrıca, çalışmanın kesitsel bir tasarıma sahip olması, neden-sonuç ilişkilerini belirlemeyi zorlaştırmaktadır.

Çalışmamızda bağımlılık polikliniğine başvuran hastalar başvuru üzerinden değerlendirilmiş olup, hastaların “denetimli serbestlik” bağımlılık programı kapsamında başvuruları ayrıştırılmamıştır. Bu durum bağımlılık poliklinik başvuru sayısını etkilemiş olabilir.

Son olarak, bağımlılık tedavisi ve destek hizmetlerine erişimdeki bireysel ve çevresel faktörler de çalışmanın sonuçlarını etkileyebilir. Örneğin, sosyoekonomik durum, aile desteği, mevcut sağlık hizmetlerine erişim gibi değişkenler, hastaların tedaviye uyumlarını ve acil servise başvurma sıklıklarını etkileyen önemli faktörlerdir.

7. SONUÇ VE ÖNERİLER

Acil servise başvuran madde kullanım bozukluğu olan hastalar genellikle genç erişkin erkeklerden oluşmaktadır. En sık kullanılan maddeler arasında esrar, pregabalin ve metamfetamin yer almaktadır. Hastaların büyük bir kısmında orta-şiddetli bağımlılık ve birden fazla madde kullanımı görülmektedir. Madde kullanım bozukluğu, tekrarlayan bir seyir göstermekte ve acil servis yükünü artırmaktadır.

Acil serviste yapılan kısa görüşmelerin, hastaları tedaviye yönlendirmede ve iyileşme sürecini hızlandırmada etkisiz olabileceği gözlemlenmiştir. Çalışmamızda, acil serviste yapılan kısa görüşmenin 30 günlük acil servise ve bağımlılık polikliniğine tekrar başvurma oranlarını etkilemediği belirlenmiştir.

Cinsiyet, iş durumu, başvuru şikâyeti, daha önce madde bağımlılığı krizi yaşama ve daha önce bağımlılık tedavisi alma gibi faktörlerin, tekrarlayan başvurular üzerinde etkili olduğu görülmüştür. Özellikle kadın hastaların, erkek hastalara göre acil servise ve bağımlılık polikliniğine daha sık başvurduğu tespit edilmiştir. İşsiz veya geçici işlerde çalışan hastaların, düzenli iş sahibi olanlara kıyasla bağımlılık polikliniğine başvurma oranlarının daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Madde bağımlılığı ile başvuran hastalarda, acil serviste yapılan kısa müdahalelerin tekrarlayan başvuruları önlemede etkili olmayabileceği sonucuna varılmıştır. Bu nedenle, daha kapsamlı ve uzun süreli müdahale programlarına ihtiyaç duyulmaktadır. Tedavi ve takip süreçlerinde, hastaların bireysel ve çevresel faktörlerinin dikkate alınarak, multidisipliner yaklaşımlar benimsenmelidir. Ayrıca, bağımlılık tedavisi alan hastaların nüksetme riski altında olduğu ve tekrarlayan başvurulara karşı dikkatli olunması gerektiği vurgulanmalıdır.

Sonuç olarak, madde kullanım bozukluğu olan hastaların tedavi ve bakım süreçlerinin iyileştirilmesi için daha fazla araştırmaya ihtiyaç duyulmaktadır. Bu alanda yapılacak ileri çalışmalar, madde bağımlılığı ile mücadelede etkili stratejiler geliştirilmesine katkı sağlayacaktır.



8. KAYNAKLAR

1. T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. (2020). ACİL SERVİSLERDE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARINA YAKLAŞIM REHBERİ. Ankara
2. Beaudoin FL, Jacka BP, Li Y, Samuels EA, Hallowell BD, Peachey AM, Newman RA, Daly MM, Langdon KJ, Marshall BDL. Effect of a Peer-Led Behavioral Intervention for Emergency Department Patients at High Risk of Fatal Opioid Overdose: A Randomized Clinical Trial. JAMA Netw Open. 2022 Aug 1;5(8):e2225582. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2022.25582. PMID: 35943744; PMCID: PMC9364125.
3. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. (2016). Emergency department-based brief interventions for individuals with substance-related problems: a review of effectiveness. EMCDDA Papers. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
4. American Psychiatric Association. (2013). Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma Elkitabı Beşinci Baskı (DSM 5). Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından, çev. Köroğlu E. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
5. Işıklı, S., & Irak, M. (2002). Türkiye’de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Türk Psikologlar Derneği.
6. United Nations Office on Drugs and Crime. (2021). World Drug Report 2021. <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>
7. Global Burden of Disease Collaborative Network. (2019). Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results. Seattle, United States: Institute for Health Metrics and Evaluation.
8. <https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/Turkiye-Uyusturucu-Raporu-2022.pdf>
9. Castle D, Murray R. (2004). Marijuana, Madness. Cambridge University Pres. Londra.
10. Brick J EC. Drugs, The Brain, and Behavior. The Pharmacology of Abuse and Dependence. New York: The Haworth Medical Press; 1998. 33-54, 119-131 s
11. Polen MR, Sidney S, Tekawa IS, Sadler M, Friedman GD. Health Care Use by Frequent Marijuana Smokers Who Do Not Smoke Tobacco. West J Med
12. Galli, J. A., Sawaya, R. A., & Friedenber, F. K. (2011). Cannabinoid hyperemesis syndrome. Current Drug Abuse Reviews,4(4), 241–249
13. Weinstein, A. M., Rosca, P., Fattore, L., & London, E. D. (2017). Synthetic cathinone and cannabinoid designer drugs pose a major risk for public health. Frontiers in Psychiatry, 8, 156. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00156>
14. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). Thematic Paper – Understanding the ‘Spice’ Phenomenon. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities (2009).

15. Penders TM, Gestring RE, Vilensky DA. Excited delirium following use of synthetic cathinones (bath salts). *Gen Hosp Psychiatry* (2012) 34(6):647–50. doi:10.1016/j.genhosppsy.2012.06.005
16. Ögel K. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. Yeniden Yayınları. İstanbul, 2010
17. Kumor K, Sherer M, Muntander C, Jaffe JH HR. Pharmacological Aspects of Cocaine Rush. İçinde: In:Problems of Drug Dependence Haris LS (ed), NIDA Research Monograph No:90. Washington, DC: US Government Printing86 Office; 1988.
18. Stahl SM. Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications. Third Edit. New York: Cambridge University Press; 2008. 1-1132 s
19. Rosen Acil Tıp Kavramlar ve Klinik Uygulama (2019) Yeditepe Üniversitesi Yayınevi
20. Huynh C, Ferland F, Blanchette-Martin N, Ménard JM, Fleury MJ. Factors Influencing the Frequency of Emergency Department Utilization by Individuals with Substance Use Disorders. *Psychiatr Q.* 2016 Dec;87(4):713-728. doi: 10.1007/s11126-016-9422-6. PMID: 26875101.
21. Nasirzadeh, Mostafa; Eslami, Ahmad Ali; Sharifirad, Gholamreza; Hasanzadeh, Akbar1. The mental health and substance abuse among youths aged 18 to 29: A comparative study. *Journal of Education and Health Promotion* 2(1):p 34, | DOI: 10.4103/2277-9531.115822
22. Ateş, K., & Tuncay, T. (2020). MADDE BAĞIMLILIĞI MERKEZİNE BAŞVURANLARIN AİLE VE SOSYO-DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER AÇISINDAN İNCELENMESİ BURSA GADEM ÖRNEĞİ. *Tıbbi Sosyal Hizmet Dergisi*(16), 62-81. <https://doi.org/10.46218/tshd.796668>
23. Curran GM, Sullivan G, Williams K, Han X, Collins K, Keys J, Kotrla KJ. Emergency department use of persons with comorbid psychiatric and substance abuse disorders. *Ann Emerg Med.* 2003 May;41(5):659-67. doi: 10.1067/mem.2003.154. PMID: 12712033.
24. Fleury MJ, Cao Z, Grenier G, Huynh C. Predictors of Frequent Emergency Department Use and Hospitalization among Patients with Substance-Related Disorders Recruited in Addiction Treatment Centers. *Int J Environ Res Public Health.* 2022 May 28;19(11):6607. doi: 10.3390/ijerph19116607. PMID: 35682194; PMCID: PMC9180458.
25. Zhang X, Wang N, Hou F, Ali Y, Dora-Laskey A, Dahlem CH, McCabe SE. Emergency Department Visits by Patients with Substance Use Disorder in the United States. *West J Emerg Med.* 2021 Aug 19;22(5):1076-1085. doi: 10.5811/westjem.2021.3.50839. PMID: 34546883; PMCID: PMC8463055.
26. Armoon B, Grenier G, Cao Z, Huynh C, Fleury MJ. Frequencies of emergency department use and hospitalization comparing patients with different types of substance or polysubstance-related disorders. *Subst Abuse Treat Prev Policy.* 2021 Dec 18;16(1):89. doi: 10.1186/s13011-021-00421-7. PMID: 34922562; PMCID: PMC8684146.

27. Anderson ES, Rusoja E, Luftig J, Ullal M, Shardha R, Schwimmer H, Friedman A, Hailozian C, Herring AA. Effectiveness of Substance Use Navigation for Emergency Department Patients With Substance Use Disorders: An Implementation Study. *Ann Emerg Med.* 2023 Mar;81(3):297-308. doi: 10.1016/j.annemergmed.2022.09.025. Epub 2022 Nov 17. PMID: 36402631.
28. Degenhardt L, Hall W. The association between psychosis and problematical drug use among Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychol Med.* 2001 May;31(4):659-68. doi: 10.1017/s0033291701003865. PMID: 11352368.
29. Tait, R., Hulse, G., Robertson, S. and Sprivulis, P. (2005), 'Emergency department-based intervention with adolescent substance users: 12-month outcomes', *Drug and Alcohol Dependency* 79(3),pp. 359–363.
30. Woolard, R., Baird, J., Longabaugh, R. et al. (2013), 'Project Reduce: reducing alcohol and marijuana misuse: effects of a brief intervention in the emergency department', *Addictive Behaviors* 38,pp. 1732–1739.



9. EKLER

OLGU RAPOR FORMU

Olgu Numarası:

Başvuru Tarihi:

Yaş:

Cinsiyet:

Eğitim Durumu:

Çalışma Durumu:

Acil Servis Başvuru Nedeni:

Acil Servis Tanısı:

Madde bağımlılığı süresi:

Madde bağımlılığı tedavisi alıp almadığı:

Bağımlılık tedavisi aldıysa zamanı ve yeri:

Daha önce maddeye bağlı kriz yaşadı mı:

Aldığı maksimum madde miktarı:

DUDİT puanı:

Bağımlılık tedavisi için 191 numaralı hattı biliyor musunuz?

Kullanılan Madde Tipi:

Yapıldıysa idrar madde analizi sonucu:

Eşlik eden Sigara kullanımı:

Alkol Kullanımı:

Hastaya Bilgilendirme Yapıldı: Evet

Hayır


30 gün içinde acil servis başvurusu:

30 gün içinde bağımlılık polikliniği başvurusu:

Dosya no

DUDIT Drug Use Disorders Identification Test

Burada maddeler hakkında birkaç soru vardır. Lütfen mümkün olduğunca doğru ve dürüst bir şekilde sizin için hangi cevabın doğru olduğunu belirterek cevaplayın.

	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kadın	Yaş	<input type="text"/>			
1. Alkol dışındaki diğer maddeleri ne sıklıkta kullanıyorsunuz? (Arka taraftaki madde listesine bakın.)	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda bir ya da daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Ayda 2 ila 4 kez <input type="checkbox"/>	Haftada 2 ila 3 kez <input type="checkbox"/>	Haftada 4 ya da daha sık <input type="checkbox"/>	
2. Bir çeşitten fazla maddeyi aynı anda kullanıyor musunuz?	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda bir ya da daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Ayda 2 ila 4 kez <input type="checkbox"/>	Haftada 2 ila 3 kez <input type="checkbox"/>	Haftada 4 ya da daha sık <input type="checkbox"/>	
3. Madde kullandığınız zaman tipik bir günde kaç defa madde alıyorsunuz?		0 <input type="checkbox"/>	1-2 <input type="checkbox"/>	3-4 <input type="checkbox"/>	5-6 <input type="checkbox"/>	7 veya daha fazla <input type="checkbox"/>
4. Maddeden ne sıklıkta aşırı derecede etkileniyorsunuz?	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda birden daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Her ay <input type="checkbox"/>	Her hafta <input type="checkbox"/>	Hergün veya hemen hemen hergün <input type="checkbox"/>	
5. Geçen yıl süresince, maddeye karşı duyduğunuz isteğin, karşı koyamayacak kadar kuvvetli olduğunu hissettiniz mi?	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda birden daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Her ay <input type="checkbox"/>	Her hafta <input type="checkbox"/>	Hergün veya hemen hemen hergün <input type="checkbox"/>	
6. Geçen yıl süresince, maddeleri kullanmaya başladığınızda almayı durduramadığınız oldu mu?	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda birden daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Her ay <input type="checkbox"/>	Her hafta <input type="checkbox"/>	Hergün veya hemen hemen hergün <input type="checkbox"/>	
7. Geçen yıl süresince, ne sıklıkta madde alıp daha sonra yapmanız gereken bir şeyi ihmal ettiniz?	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda birden daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Her ay <input type="checkbox"/>	Her hafta <input type="checkbox"/>	Hergün veya hemen hemen hergün <input type="checkbox"/>	
8. Geçen yıl süresince, aşırı derecede madde kullandığınız bir günden sonraki sabah madde almaya ne sıklıkta ihtiyacınız oldu?	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda birden daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Her ay <input type="checkbox"/>	Her hafta <input type="checkbox"/>	Hergün veya hemen hemen hergün <input type="checkbox"/>	
9. Geçen yıl süresince madde kullandığınız için ne sıklıkta suçluluk duygularınız oldu ya da vicdan azabı çektiniz?	Asla <input type="checkbox"/>	Ayda birden daha az sıklıkta <input type="checkbox"/>	Her ay <input type="checkbox"/>	Her hafta <input type="checkbox"/>	Hergün veya hemen hemen hergün <input type="checkbox"/>	
10. Madde kullandığınız için siz ya da bir başkası zarar gördü mü (ruhsal ya da fiziksel olarak)?	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet, fakat geçen yıl içinde değil <input type="checkbox"/>	Evet, geçen yıl içinde <input type="checkbox"/>			
11. Bir akraba ya da arkadaş, bir doktor ya da hemşire, ya da herhangi birinin madde kullanımınız konusunda endişelendiği ya da madde kullanmayı durdurmanız gerektiğini söylediği oldu mu?	Hayır <input type="checkbox"/>	Evet, fakat geçen yıl içinde değil <input type="checkbox"/>	Evet, geçen yıl içinde <input type="checkbox"/>			

Maddelerin listesini görmek için sayfayı çevirin. 

MADDELERİN LİSTESİ

(Dikkat! Alkol değil!)

Esrar	Amfetaminler	Kokain	Opiatlar	Halusinojenler	Uçucular/İnhalantlar	Diğerleri
Marijuana	Khat	Taş (Crack)	Koreks	Ecstasy (MDMA)	Tiner	GHB (Gama
Kannabis	Concerta®	Freebase	Eroin	LSD (Liserjik asit)	Soğutucu sprej	Hidroksi Bütürat)
Joint	Ritalin®		Opium	Meskalin (Kaktüs)	(Trikloretilen)	Anabolik steroidler
Kubar	(Metilfenidat)		Haşhaş	PCP (Melek tozu)	Benzin/petrol	Gülme gazı
Ot	Dekstroamfetamin		Afyon sakızı	(Fensiklidin)	Gaz	(Halotan)
Haşış	Metamfetamin		Morfin	Psilosibin (Sihirli)	Bally	Amil nitrat
Bonzai	Captagon®		Kodein	Mantar	LPG (Çakmak gazı)	(Poppers)
	(Fenitilin)			Ketamin		Antikolinerjikler
	Dexedrine®			Ketalar®		Akineton (Biperiden)
	Modiodal®			DMT		Maraş Otu
	(Modafinil)			(Dimetiltriptamin)		Boru Otu (Güzel
						Avrat Otu)

HAPLAR – İLAÇLAR

Haplar madde olarak sayılır

- fazla aldığınızda ya da doktorun sizin için reçete ettiğinden daha sık aldığınızda
- hapları eğlenmek, iyi hissetmek, "kafayı bulmak" istediğiniz ya da sizde nasıl bir etki yapacaklarını merak ettiğiniz için aldığınızda
- akraba ya da arkadaştan aldığınız haplar
- "kara borsa"dan ya da çalınmış haplar satın aldığınızda

UYKU HAPLARI/SEDATİFLER

Alprazolam	Klordiazepoksid
Xanax®	Klorazepat Dipotasyum
Diazepam	Fenobarbital
Diazem®	Luminal®
Nervium®	Difenhidramin
Zopiklon	Hidroksizin
Imovane®	Atarax®
Meprobamate	Flunitrazepam
Danitrin®	Rohypnol® (Roş)
Zopiklon	
Klonazepam	
Rivotril®	
Lorazepam	
Ativan®	

AĞRI KESİCİLER

Buprenorfin	Jurnista®
Suboxone®	Petidin
Temgesic®	Aldolan®
Fentanil	Profenid
Durogesic®	Benzidamin
Actiq®	Tantum®
Kodein	
Dekstrometorfan	
Tramadol	
Contramal®	
Parasetamol	
Hidromorfon	

Haplar eğer doktor tarafından reçete edildiye ve reçetelendirilen dozda kullandıysanız madde olarak SAYILMAZ.