

Pratisyen Hekimler Alkol Kullanım Sorunları Olan Hastaları Tanıyor ve Tedavi Ediyorlar Mı?

Dr. Yıldız AKVARDAR¹, Dr. Reyhan UÇKU², Dr. Belgin ÜNAL³, Dr. Türkan GÜNAY⁴,
Dr. Berna B. AKDEDE⁵, Dr. Gül ERGÖR⁶, Dr. Köksal ALPTEKİN⁷, Dr. Zeliha TUNCA⁸

Özet / Abstract

Amaç: Birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozuklukları konusunda bilgi, tutum ve davranış özelliklerinin belirlenmesidir.

Yöntem: Tanımlayıcı, kesitsel araştırmada 135 pratisyen hekime anket uygulanmıştır.

Bulgular: Alkol kullanım bozuklukları konusunda mezuniyet öncesi ve sonrası eğitim görme oranı düşüktür (sırasıyla %25.4 ve %11.7). Hekimler riskli alkol kullanımı düzeylerini, tarama testlerini, biyokimyasal belirteçleri bilmemektedir. Bilgi puanı ortalaması 6.67±1.70'dir. Hekimlerin çoğu, birinci basamak sağlık hizmetlerinde alkol kullanımının önemli bir sorun olmadığını (%57.0), hastalarının alkol sorunları ile uğraşmak için zamanlarının olmadığını (%74.1), aşırı alkol tüketiminin açık belirtilerini taşımayan riskli içicileri tanımanın zor olduğunu (%91.1), hastaların alkol kullanımına ilişkin önerileri yerine getirmeyip davranışlarını değiştirmediklerini (%85.2) ve doktorların alkole karşı hoşgörülü olduklarını düşünmektedir (%71.1). Hekimlerin yarısı, alkol tüketimi hakkında soru sormanın hastaları kızdıracağını ve hastalarla alkol kullanımı hakkında konuşmanın kendilerine zor geldiğini belirtmiştir. Tutum puanı ortalaması 4.44±2.15 bulunmuştur. Alkol kötüye kullanımı tanısının uygun olduğu hasta senaryosunda, çoğu hekim, hastaya alkol kullanımı ile ilgili sorular soracağını (%91.7), sorunlarının alkolle ilişkili olduğunu söyleyeceklerini (%90.2), alkol kullanımı ile ilgili bir uzmana/merkeze sevk edeceklerini (%58.5) belirtmişlerdir. Davranış puanı ortalaması 5.96±1.46'dır.

Sonuç: Ülkemizde pratisyen hekimler için, alkol kullanım sorununa müdahaledeki önemli rolleri nedeniyle, daha fazla destek ve eğitime gereksinim olduğu görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Alkol kullanım bozuklukları, birinci basamak sağlık hizmetleri, bilgi, tutum, davranış

SUMMARY: Do General Practitioners Diagnose and Treat Patients With Alcohol Use Problems?

Aim: To determine the primary health care working general practitioners' knowledge, attitude and behavior towards alcohol use disorders.

Method: In this descriptive and cross-sectional study 135 general practitioners (GPs) completed the questionnaire.

Results: Pre and post graduate education on alcohol use disorders is low (25.4 % and 11.7% respectively). Most of the GPs do not know the levels of risky alcohol use, screening tests, and biochemical markers. The mean knowledge score is 6.67±1.70. Most GPs think that alcohol use disorders are not an important issue in primary health care (57%), they do not have time to deal with patients' alcohol problems (74.1%), it is difficult to diagnose risky alcohol users without clear symptoms (91.1%), patients do not follow advice on alcohol use (85.2%), and physicians themselves are tolerant towards alcohol (71.1%). Half of the GPs reported that they find it difficult to talk about alcohol use with patients and think that patients may be angered by alcohol consumption questions. Mean attitude score is 4.44±2.15. Most of the GPs reported that they would ask questions about alcohol use to their patients (91.7%) and declare that the patients' problems were related to alcohol (90.2%). More than half of them reported that they would refer the patient to a specialist or an alcohol treatment center (58.5%). The mean behavior score is 5.96±1.46.

Conclusion: In our country it is clear that more education and support for GPs is needed due to their important role in intervention for alcohol use problems.

Key Words: Alcohol use disorders, primary health care, knowledge, attitude, behavior

Geliş Tarihi : 15.01.2009 - Kabul Tarihi : 01.09.2009

¹Prof., ²Doç., ³Prof., ⁴Prof., Psikiyatri AD., ⁵Prof., ⁶Doç., ⁷Doç., ⁸Prof. Halk Sağlığı AD., Dokuz Eylül Ü Tıp Fak., İzmir.
Dr. Yıldız Akvardar, e-posta: yildiz.akvardar@deu.edu.tr

GİRİŞ

Halk sağlığı açısından aşırı alkol tüketimi ile ilişkili küresel hastalık yükü önemli boyutlardadır (World Health Organization 2004). İçme sınırlarının ve aşırı alkol tüketimiyle ilişkili risklerin bilinmemesi alkolle ilişkili sorunların gelişiminde en önemli faktördür (Bendtsen ve Akerlind 1999). Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran hastalarda alkol tüketiminin taranması hastaların düşük riskli tüketim düzeyleri ve aşırı alkol kullanımının riskleri hakkında eğitmek için fırsat sağlar (Babor ve Higgins-Biddle 2000).

Birinci basamak sağlık hizmetlerinde kısa müdahale ile ilişkili birçok kontrollü çalışmada aşırı düzeyde alkol tüketiminin %20 oranında azaldığı gösterilmiştir (Kaner ve ark. 1999). Kısa müdahale motivasyonel danışmanlık ve alkol konusunda eğitimi içeren 5-20 dakikalık seanslardan oluşur. Alkolle ilişkili zararın önlenmesi ve azaltılmasında, alkol sorunu olan hastalara yaklaşımda (management) birinci basamak sağlık hizmetlerinin rolü giderek daha fazla vurgulanmaktadır (Babor ve Higgins-Biddle 2000; Anderson P ve ark. 2003). Uluslararası çalışmaları kapsayan altı sistematik gözden geçirme ve meta analiz çalışmaları alkol kullanım sorunlarında kısa müdahalenin birinci basamak sağlık hizmetlerinde kullanımını desteklemektedir (Hyman 2006). Pratisyen hekimlerin birinci basamak sağlık hizmetleri sunumu sırasında alkol kullanım sorunlarını irdelemeye istekli olmadıkları ve kısa müdahale uygulamalarının eksik kaldığı görülmektedir (Anderson ve ark. 2004). Bu isteksizlik ve eksikliğin temel nedenleri arasında zamansızlık, eğitim yetersizliği, hastaların alkolle ilişkili soruları olumsuz karşılayacağı korkusu, danışmanlık yapmada yetersizlik algısı, “alkolikler”in müdahalelere yanıt vermediği inancı yer almaktadır.

Bu araştırma, birinci basamak sağlık hizmetlerinde çalışan pratisyen hekimlerin riskli alkol kullanımı, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı konusunda bilgi düzeylerini, tutumlarını ve davranışlarını saptamak amacıyla planlanmıştır.

GEREÇ ve YÖNTEM

Konak Sağlık Grup Başkanlığı Bölgesi’ndeki 52 birinci basamak sağlık kurumunda hizmet veren 226 pratisyen hekimden örnek seçilmeyip tüm gruba ulaşılması amaçlanmıştır. Hekimler “Alkol Kullanım Bozukluklarına Yaklaşım” başlıklı eğitim semineri için Konak Sağlık Grup Başkanlığı eğitim saatine davet edilmiştir. İş düzenini aksatmamak ve tüm pratisyen hekimlerin katılımını sağlamak üzere iki gün sabah ve öğleden sonra eğitimler düzenlenmiştir. Seminere gelen 135 hekime

eğitim öncesinde alkol kullanım sorunlarına yaklaşım konusunda bilgi, tutum ve davranışı belirlemek üzere oluşturulan anket uygulanmıştır (ulaşma oranı %59.7). Dünya Sağlık Örgütü’nün Birinci Basamak Sağlık Hizmetlerinde Alkolle İlişkili Sorunların Tanınması ve Tedavisi Çalışması Faz III Aşama 1’de (Anderson ve ark. 2003) kullanılan anket formundan yararlanılarak hazırlanan anket formuyla veri toplanmıştır. Anket formunun işlerliği araştırma bölgesi dışında çalışan 10 pratisyen hekimle ön uygulama yapılarak incelenmiştir. Hekimlere çalışma ve anket ile ilgili açıklama yapılmış, gönüllülük vurgulanmıştır.

Anket formu açık ve kapalı uçlu 55 soru içeren beş bölümden oluşturulmuştur: Genel bilgiler (demografik özellikler, hekimlerin sigara ve alkol kullanma özellikleri, mesleki özellikleri ve uygulamaları; 13 soru); kadın ve erkekte düşük riskli alkol içme düzeyleri, tarama ölçekleri, biyokimyasal belirteçler ve olgunun değerlendirilmesi ile ilgili bilgi soruları (14 soru); alkol sorununa müdahale konusunda tutumla ilgili önermeler (10 soru); alkol kullanım sorunu olan hastalara yaklaşımla ilgili davranışı belirlemeye yönelik olgunun değerlendirilmesi ve uygulamalar (10 soru); alkol kullanım sorununu tanıma ve tedavi etmede kendine güven duygusu ve müdahalede bulunmayı kolaylaştıracak etkenler (8 soru). Bilgi, tutum ve davranış sorularının yanıtları ‘doğru ve yanlış (1-0 puan)’ olarak kodlanıp toplanarak bileşik skorlar (bilgi, tutum, davranış puanları) elde edilmiştir.

Alkol kullanım bozuklukları hakkında bilgi düzeyi değişkenleri

Erkek ve kadının bir haftada düşük riskli içebileceği alkol miktarı: “Sağlıklı erişkin bir erkek ya da kadının haftada ne kadarın üzerinde alkol tüketirse alkol kullanımını azaltması önerilir?” sorusuna yanıtların gram alkol/hafta ya da standart içki/hafta olarak yazılması istenmiştir. Erkekler için 14 standart içki, kadınlar için 7 standart içki üzerindeki yanıtlar doğru olarak kabul edilmiştir.

Erkek ve kadının bir oturuşta düşük riskli içebileceği maksimum alkol miktarı: “Sağlıklı bir erkeğin ya da kadının bir oturuşta tükettiği alkol miktarı ne kadarın üzerinde ise alkol kullanımını azaltması önerilir?” sorusuna yanıtların gram alkol ya da standart içki olarak yazılması istenmiştir. Erkekler için 4 standart içki, kadınlar için 3 standart içki üzerindeki yanıtlar doğru olarak kabul edilmiştir.

Tarama testleri: Riskli alkol kullanımını belirlemek için bilinen tarama ölçeklerinin yazılması istenmiştir. En çok kullanılan CAGE, AUDIT, MATT gibi tarama test-

TABLO 1. Pratisyen Hekimlerin Olgu Senaryosuna İlişkin Bilgi Sorularını Bilme Oranları.

Olgu: alt solunum yolu enfeksiyonu + 36 standart içki/hafta + karaciğer yağlanması	%
Altta yatan alkol problemi olasılığını ölçmek için alkol kullanımı ile ilgili bazı sorular sorulmalıdır	100.0
Alkolün sorunlarıyla ilişkili olduğu belirtilmelidir.	92.5
Bay R'nin alkol tüketimi kişisel sağlık fişine kaydedilmeli ama bu seferlik alkol kullanımına ilişkin bir şey söylenmemelidir*.	84.6
Bay R'nin alkol tüketimi kişisel sağlık fişine kaydedilmeli ve alkol içmeyi azaltması önerilmelidir*.	17.1
Bay R'nin alkol tüketimi kişisel sağlık fişine kaydedilmeli ve alkol içmeyi tümüyle kesmesi önerilmelidir.	58.1
Karaciğer enzimleri istenmelidir.	100.0
Bay R'ye alkol kullanımı hakkında görüşmek üzere tekrar gelmesi söylenmelidir.	96.1
Bay R içki içmesiyle ilgili bir uzmana/merkeze sevk edilmelidir*.	24.6

* İşaretili önermelerde "hayır" yanıtı bir puan, diğer önermelerde "evet" yanıtı bir puan olarak değerlendirilmiştir.

lerinden en az birini belirten "biliyor", hiçbir şey yazmayanlar "bilmiyor" olarak gruplandırılmıştır.

Biyokimyasal belirteçler: Riskli alkol kullanımını belirlemek üzere belirtilen biyokimyasal belirteçler [ortalama eritrosit hacmi (MCV), alanın aminotransferaz (ALT), aspartat aminotransferaz (AST), gama-glutamiltansferaz (GGT), lipidler] sorgulanmıştır. Belirteçlerden en az birini ya da karaciğer fonksiyon testleri olarak belirtenler "biliyor" olarak gruplandırılmıştır.

Pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozuklukları konusundaki bilgileri hasta senaryosuyla da değerlendirilmiştir. Alt solunum yolu enfeksiyonuyla sağlık ocağına başvuran, haftalık alkol tüketimi oldukça yüksek (36 standart içki) olan, hepatomegali, kan basıncı yüksekliği ve tremor saptanan bir hasta örneği verilmiştir. Kısa müdahale yöntemi ile ilgili yapılması gerekenleri tanımlayan sekiz önerme (Tablo 1) "evet-hayır" olarak yanıtlanmıştır. Doğru yanıtlara bir puan verilmiştir. 14 bilgi sorusunun yanıtları toplanarak 0–14 arasında bilgi puanı elde edilmiştir.

Alkol kullanım bozukluklarına yönelik tutumla ilgili değişkenler

Pratisyen hekimlerden alkol kullanım sorunlarına tutumla ilişkili on önermeye (Tablo 2) ne düzeyde katıldıkları dördü Likert ölçeği ile değerlendirilmiştir. Veri değerlendirmede yanıtlar "katılıyorum-katılmıyorum" olarak gruplandırılmıştır. Önermelere katılmak olumsuz

(yanlış) tutum olarak değerlendirilmiştir. Olumlu (doğru) tutum yanıtlarına bir puan verilerek 0–10 arasında tutum puanı belirlenmiştir.

Alkol kullanım bozuklukları konusunda davranış değişkenleri

Pratisyen hekimlerin alkol kullanım sorunu olan hastaya yaptıkları uygulamalar olgu senaryosu üzerinden değerlendirilmiştir. Uyku bozukluğu ve mide yanması olan, haftada 20-21 standart içki tüketen bir hasta örneği verilmiştir. Kısa müdahale yöntemi ile ilgili yapılması gerekenleri tanımlayan sekiz önerme evet-hayır olarak yanıtlanmıştır. Doğru davranışa bir puan verilerek 0-8 arasında davranış puanı elde edilmiştir.

Davranışı belirlemek üzere ek olarak hekimlerin son bir ayda hastalarının alkol tüketimleriyle ilgili endişeleri nedeniyle kaç kez kan tahlili istedikleri ve alkolle ilişkili sorunları olan kaç hastaya yardımcı oldukları konusunda iki soru sorulmuştur.

Hekimlerin alkol kullanım bozukluklarına tanı koyma ve tedavi etme konusunda-kendilerine güven duygusu ve erken müdahaleyi teşvik edecek unsurlar

Pratisyen hekimlerin alkol kullanım sorununa tanı koyma ve tedavi etmede güven algıları iki ayrı soruyla değerlendirilmiştir. Yanıtların "1= güvenmiyorum", "5= çok güveniyorum" olduğu 1'den 5'e kadar sayı doğrusunda işaretlemesi istenmiştir.

Erken müdahaleyi teşvik edecek unsurlar (toplumun alkol konusunda duyarlı olması, hastaların alkol konusunda soru sormaları, tarama testlerinin, danışmanlık materyallerinin olması, eğitim verilmesi ve sevk zincirinin olması) dördü Likert ölçeğiyle (çok fazla, oldukça, biraz, hiç) derecelendirilmiştir. Veri değerlendirmede 3, 2, 1, 0 olarak kodlanmıştır. Ortalama hesaplanmıştır.

Veri analizi için SPSS for Windows 11.0 paket programından yararlanılarak tanımlayıcı analiz yapılmıştır. Bilgi, tutum, davranış puan ortalamaları ve standart sapmaları hesaplanmıştır. Sürekli değişkenlerin karşılaştırılmasında t testi, olgu sayısının düşük olduğu durumlarda Mann-Whitney U testi; bağıntı analizi için Pearson bağıntı testi uygulanmıştır. Anlamlılık düzeyi p<0.05 olarak alınmıştır.

BULGULAR

Çalışmaya katılan 135 pratisyen hekimin yaş ortalaması 39.8 ± 5.8'dir, %61.5'i kadındır (83 kadın, 52 erkek). Hekimlerin %35.6'sı sigara içmektedir, %11.9'u

TABLO 2. Pratisyen Hekimlerin Tutum Önermelerine Katılma Oranları.

	%
1. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde alkol kullanımı önemli bir konu değildir.	57.0
2. Hastaların alkol sorunları ile uğraşmak için vaktim yok.	74.1
3. Sağlığı korumak doktorların değil, hastaların sorumluluğudur.	59.3
4. Alkol sorunu yaşayan hastalara yardım etmek boşa vakit harcamaktır.	12.6
5. Alkol tüketimi hakkında hastalara soru sormak uygun değildir, çünkü kişiye alkol problemi olduğunu söylemek, onları alkolik olma ile suçlama olarak görülebilir.	27.4
6. Hastalarla alkol kullanımı hakkında konuşmak bana zor gelir.	47.4
7. Aşırı alkol tüketiminin aşikar belirtileri olmayan riskli içicileri tanımak zordur.	91.1
8. Hastalar alkol kullanımına ilişkin önerileri yerine getirmezler ve davranışlarını değiştirmezler.	85.2
9. Doktorların kendileri alkole karşı liberal tutum gösterirler.	71.1
10. Alkol tüketimleri hakkında soru sormam hastalarımı kızdırır.	48.9

sigarayı bırakmıştır. Günde içilen sigara adeti ortalaması 14.09 ± 10.25 'tir (ortanca= 11). Alkol kullanma oranı %79.3'tür; %40.7'si ayda 1 ya da daha az, %25.2 ayda 2-4, %11.1'i haftada 2-3 kez, %2.2'si haftada en az 4 kez sıklıkla içmektedir. Ortalama bir günde tüketilen alkol miktarı 2.31 ± 3.0 standart içki (ortanca= 2.0), son bir ayda bir kez de tüketilen maksimum alkol miktarı 3.23 ± 3.0 standart içkidir (ortanca= 2.0). Hekimlerin %4.4'ünün (5 erkek, 1 kadın pratisyen hekim) ortalama tükettikleri alkol miktarının düşük riskli alkol kullanım sınırlarını (erkekler için >4 standart içki, kadınlar için >3 standart içki) aştığı saptanmıştır. Son bir ayda bir kez de tüketilen maksimum alkol miktarı değerlendirildiğinde düşük riskli sınırları aşma %17.0 (17 erkek, 6 kadın pratisyen hekim) olarak bulunmuştur.

Pratisyen hekim olarak çalışma süresi ortalaması 13.9 ± 5.7 yıldır. Hekimlerin %25.4'ü mezuniyet öncesi ve %11.7'si mezuniyet sonrası alkol kullanım bozuklukları konusunda eğitim gördüklerini belirtmişlerdir. Sağlık ocağında hekimin bir günde gördüğü hasta sayısının 5-200 hasta arasında değiştiği (ortanca= 50) belirlenmiştir. Pratisyen hekimler hastalarının % 0-30'unda alkol kullanım bozukluğu olduğunu belirtmişlerdir.

Çoğu pratisyen hekim hastaları ile sigara içme (%94.1), yemek yeme alışkanlığı (%88.9) ve egzersiz

yapma (%80.0) konusunda konuşarak onlara öneri verdiğini belirtirken, daha düşük oranda alkol kullanımına (%44.8) müdahalede bulduklarını bildirmişlerdir.

Pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozuklukları hakkında bilgi düzeyleri

Pratisyen hekimlerin sadece %20'si erkekler için, %28.1'i kadınlar için düşük riskli alkol kullanım düzeylerini bilmektedir. Alkol kullanım sorunlarını belirlemek üzere kullanılan tarama testlerinin pratisyen hekimlerce hiç bilinmediği saptanmıştır. Aynı amaçla kullanılan biyokimyasal belirteçlerin bilinme oranı %25.2'dir. GGT 19 hekim, kolesterol ve trigliserit iki hekim, MCV bir hekim tarafından belirtilmiştir.

Pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozuklukları konusundaki bilgileri hasta senaryosuyla da değerlendirilmiştir (Tablo 1). Alkol kullanımına bağlı karaciğer yağlanması olan hastaya pratisyen hekimlerin hepsi alkol kullanımı ile ilgili sorular sorulması gerektiğini belirtmiştir. Hastaya sorunlarının alkolle ilişkili olduğunun söylenmesi gerektiği hekimlerin %92.5'i tarafından belirtilmiştir. Hastanın alkol kullanımını kesmesi gerektiğini bilenlerin oranı %58.1'dir. Hekimlerin %24.6'sı ilk aşamada sevkini gerekli olmadığını belirterek doğru yanıt vermiştir. Tüm bilgi sorularının yanıtları toplandığında bilgi puanı ortalaması 6.67 ± 1.70 'tir.

Pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozukluklarına ilişkin tutumları

Tablo 2'de tutumla ilgili önermelere katılım oranları görülmektedir. Tutum puanı ortalaması 4.44 ± 2.15 bulunmuştur.

Pratisyen hekimlerin alkol kullanım bozukluklarına yönelik davranışları

Hekimlerin bu konudaki davranışını belirlemek üzere verilen senaryoda alkol kötüye kullanımı olarak değerlendirilebilecek hastaya araştırma grubunun %91.7'si alkol kullanımı ile ilgili sorular soracağını, %90.2'si hastanın sorunlarının alkolle ilişkili olduğunu söyleyeceklerini belirtmişlerdir. Alkol kullanımına ilişkin bu başvuruda bir şey söylemeyeceklerin oranı %26.9'dur; % 73.3'ü alkolü azaltmasını, %31.1'i alkol içmeyi kesmeyi önereceklerini; %90.8'i karaciğer enzimlerini isteyeceğini, %84.4'ü alkol kullanımı hakkında görüşmek üzere tekrar gelmesini söyleyeceklerini; %58.5'i alkol kullanımı ile ilgili bir uzmana/merkeze sevk edeceklerini belirtmişlerdir. Davranış puanı ortalaması 5.96 ± 1.46 'dır.

Cinsiyetin, mezuniyet öncesi ve mezuniyet sonrası alkol kullanım bozuklukları konusunda eğitim alma

TABLO 3. Bilgi, Tutum ve Davranış Puanlarını Etkileyen Faktörler.

	n	Bilgi	p	Tutum	p	Davranış	p
Cinsiyet							
Kadın	83	6.45	0.057	4.57	0.408	5.96	0.993
Erkek	82	7.02		4.25		5.96	
Mezuniyet öncesi eğitim							
Var	34	6.97	0.260	4.39	0.802	6.35	0.079
Yok	100	6.59		4.49		5.84	
Mezuniyet sonrası eğitim*							
Var	21	6.76	0.921	4.19	0.507	6.24	0.217
Yok	113	6.66		4.51		5.93	
Alkol kullanımı*							
İçenler	107	6.83	0.022	4.39	0.638	5.93	0.989
İçmeyenler	28	6.04		4.64		5.97	

*Mann-Whitney U testi uygulanmıştır.

durumunun bilgi, tutum ve davranış puanlarında etkili olmadığı belirlendi (Tablo 3). Alkol içenlerin bilgi puanı içmeyenlere göre anlamlı olarak yüksek bulundu (sırasıyla 6.83, 6.04; $p=0.027$). Hekimlerin yaşı ve pratisyen hekim olarak çalışma süreleriyle bilgi (sırasıyla $p=0.772$; $p=0.638$), tutum ($p=0.256$; $p=0.167$), davranış ($p=0.980$; $p=0.464$) puanları arasında korelasyon saptanmadı.

Otuz iki hekim (%23.7) son bir ay içinde hastalarının alkol tüketimiyle ilgili endişeleri nedeniyle kan tahlili istemişlerdir. Hekimlerin %32.5'i son bir ay içinde alkolle ilişkili sorunları olan hastalara yardımcı olduklarını bildirmişlerdir.

Pratisyen hekimlerin alkol kullanım sorununa tanı koymakta kendilerine olan güven düzeyi ortalaması 2.6 ± 0.8 , alkol kullanım sorununu tedavi etmek konusunda güven düzeyi ortalaması 1.8 ± 0.9 'dur.

Pratisyen hekimler toplumun daha duyarlı olmasının (1.96), hastaların alkol tüketimleri konusunda sormalarının (2.12), hızlı ve kolay tarama testlerinin ve danışmanlık materyallerinin varlığı (2.06–2.15), eğitim sağlanması (2.10) ve sevk zincirinin olmasını (2.32) oldukça teşvik edici bulduklarını belirtmişlerdir.

TARTIŞMA

Alkolle ilişkili sorunların taranması ve tedavi edilmesi birinci basamak sağlık hizmetlerine bütünleşmediği için pratisyen hekimlerin bilgi, tutum, beceri ve uygulamalarının uygunluğu sıklıkla sorgulanmaktadır. Bu nedenle bu çalışma pratisyen hekimlerin bilgi, tutum ve

davranışlarını bildiren güncel bir çalışmadır. Ülkemizde bu konudaki ilk çalışmadır.

Pratisyen hekimlerin çoğu kadın ve erkekler için düşük riskli alkol kullanım düzeylerini bilmemektedir. Tarama ölçekleri ve biyokimyasal belirteçler de pratisyen hekimler tarafından bilinmemektedir. Alkolle ilişkili sorunların gelişmesinde içme sınırlarının ve aşırı alkol tüketimiyle ilişkili risklerin bilinmemesi en önemli faktörlerdir. Aşırı alkol kullananların çoğuna tanı konulamamaktadır (Bendtsen ve Akerlind 1999). Oysa alkol sorunları önlenebilir hastalık ve yaralanma nedenleridir. Kısa müdahale, bağımlı olmayan ancak önerilenin üzerinde alkol kullanımı olan içicilerde alkol kullanımını ve alkolle ilişkili sorun riskini azaltabilir (Fleming ve Manwell 1999, Fleming ve ark. 2002, Hyman 2006).

Alkol bağımlılığı için en önemli risk etkeni kronik aşırı içiciliktir (Caetano ve ark. 1997, Caetano ve Cunradi 2002). Çalışmaya katılan pratisyen hekimlerin çoğunun herhangi bir düzey belirtmemiş olmaları bilgi eksikliğinden ya da düzey belirtilemeyeceği düşüncesinden kaynaklanıyor olabilir. Her iki durum da pratisyen hekimlerin kısa müdahale yapmasına engel olabilir (Aalto ve Seppa 2001). Pratisyen hekimlerin riskli alkol kullanımı, alkol kötüye kullanımı, bağımlılık gibi tanı gruplarını yeterince kavramamaları eğitim eksikliği (Roche ve ark. 1997, Kaner ve ark. 1999, Bendtsen ve Akerlind 1999, Aalto ve ark. 2001, Beich ve ark. 2002, Aalto ve ark. 2003) nedeniyle olabilir. Riskli kullanım, zararlı ya da kötüye kullanım gibi tanıların alkol bağımlılığına ek olarak öğrenilmesi ve kullanılması gereklidir. Farklı sorun dönemlerinde yapılacak müdahalelerde farklı olacaktır.

Hiçbir tarama ölçeğinin bilinmemesi oldukça düşündürücüdür. Çalışmalar doktorların alkol kullanım bozuklukları konusunda tarama yapmadıklarını, bu nedenle birçok sorunun saptanamadığını ya da yanlış tanı konduğunu göstermektedir (Cape ve ark. 2006). Kaner ve arkadaşları (1999) İngiltere’de pratisyen hekimlerin hastalarına alkol kullanımları hakkında soru sormadıklarını ve bu nedenle birinci basamak sağlık hizmetlerine başvuran aşırı alkol kullananların %98’inin kaçırılacağını belirtmişlerdir. Son 20–30 yılda “riskli alkol tüketimi” olan kişileri saptamak amacıyla ölçeklerin geliştirilmesi için çok çaba sarf edilmiştir (Babor TF ve ark. 2001). Ancak hekimler alkol kullanımını sormak için bu yapılandırılmış araçları kullanmaya istekli görünmemektedirler (Seppa ve ark. 2004). Birinci basamak sağlık hizmetlerine başvurular alkol sorunlarına erken dönemde müdahale etme olanağı yaratır. Bu başvurularda alkol tüketiminin taranması hastaları düşük riskli tüketim düzeyleri ve aşırı alkol kullanımının riskleri hakkında eğitmek için fırsat sağlar. Ancak erken tanıya yönelik olarak riskli alkol kullanımı düzeyinin, tarama ölçeklerinin ve biyokimyasal belirteçlerin bilinmemesi bu fırsatın kaçırılmasına neden olur.

Senaryo ile sorulan bilgi sorularında genellikle doğru yanıtlar verilmiştir. Riskli alkol kullanımını belirlemek üzere yararlanılan biyokimyasal belirteçler sorusunda doğru yanıt oranı düşükken, hasta senaryosu ile ilgili olarak pratisyen hekimlerin tümünün karaciğer enzimlerinin istenmesi gereğini bildirmelerinde anımsama faktörünün etkili olduğu düşünülmüştür. Var olan bilginin açığa çıkarılmasında anımsamaya yönelik, sürekli tıp eğitiminin önemli olduğu düşünülmüştür.

Pratisyen hekimlerin bilgi düzeyleri düşüktür. Hekimlerin dörtte biri mezuniyet öncesi, yaklaşık onda biri mezuniyet sonrası eğitim gördüklerini belirtmişlerdir. Mezuniyet öncesi eğitim görenler süreyi yaklaşık 2 saat olarak belirtmişlerdir. Ülkemizde tıp eğitiminin ve mezuniyet sonrası eğitimin önemli sorunları olduğu bir gerçektir. Alkol kullanım sorunları konusundaki eğitim genel olarak dersle sınırlı olup, uygulamadan uzaktır. Birçok çalışmada didaktik sunumlar (dersler, okuma materyalleri) ve interaktif öğrenmenin (simüle hastalar, küçük grup tartışmaları, bireysel kontrol, bilgisayarda hatırlatıcılar) bir araya getirildiği yaklaşım önerilmektedir (El Guebaly ve ark. 2000). Amerika Birleşik Devletleri’nde tıp eğitiminde dört yıl içinde ortalama 36 saat, dört seçmeli kurs, 4-5 tedavi programına katılım bulunmaktadır. Bu programlar ilk yıllarda bilgi ve tutum geliştirmeye yöneliktir. Avustralya’da 5-6 yıllık eğitimde ortalama 46 saatlik program ve üç seçmeli rotasyon

uygulanmaktadır. İlk yıllarda didaktik yaklaşımın daha maliyet-etkin olabileceği, ileriki yıllarda interaktif yaklaşımın daha uygun olabileceği vurgulanmıştır. İngiltere’de 430 pratisyen hekimin katıldığı çalışmada alkol ve alkolle ilişkili sorunlar konusunda hekimlerin %34’ünün 4-10 saat arasında, %31’inin 4 saatin altında mezuniyet sonrası eğitim, sürekli tıp eğitimi ya da klinik süpervizyon aldığı, %10’unun ise alkol konusunda mezuniyet sonrası hiç eğitim almadığı belirlenmiştir (Kaner ve ark. 1999). Sadece saatler değerlendirildiğinde bile ülkemizde tıp fakültelerinde verilen eğitimin yetersizliği belirgindir. Alkol sorunu olan daha fazla sayıda hasta tedavi ettiğini belirten pratisyen hekimlerin alkol konusunda daha fazla eğitim gördükleri belirlenmiştir (Kaner ve ark. 2001, Anderson ve ark. 2003). Pratisyen hekimlerin alkol sorunlarıyla ilgilenmelerini artırmak için eğitim sağlanmalıdır. Dünya Sağlık Örgütü’nün çabalarıyla 20 yılı aşkın süredir alkol kullanım sorunları konusunda tarama ve müdahale yapılmasına yönelik eğitimler ve çalışmalar gelişmiş ve gelişmekte olan birçok ülkenin gündemindeyken, ülkemizde bu konudaki ilgisizlik düşündürücüdür.

Pratisyen hekimlerin alkol kullanım sorunlarına müdahalelerindeki eksikliğin bir diğer nedeni alkol kullanım sorunu olan kişilere karşı olumsuz tutumdur (Cape ve ark. 2006). Pratisyen hekimlerin çoğu alkol kullanım sorununun birinci basamak sağlık hizmetlerinde önemli olmadığını, hastaların alkol sorunları ile uğraşacak zamanları olmadığını belirtmiştir. Hastaların alkol kullanımına ilişkin önerileri yerine getirmedikleri ve davranışlarını değiştirmedikleri düşüncesi de yaygındır. Bu görüşlerin alkol kullanım sorunları ile ilgili yetersiz düzeyde tarama ve müdahale yapılmasıyla ilişkili olduğu düşünülmüştür. Birinci basamak sağlık hizmetlerinde alkol kullanım sorunlarının taranması ve kısa müdahale uygulanmasını sağlamak için öncelikle bu tutumlar değişmelidir. Zaman azlığı (Kaner ve ark. 1999; Babor ve Higgins-Biddle 2000; Beich ve ark. 2002) ve kişilerin alkol kullanım davranışlarını değiştirmedikleri düşüncesinin (Bendtsen ve Akerlind 1999) alkol sorunlarını tarama ve müdahaleyi engelleyen ana etkenler olarak görülmektedir.

Birçok çalışmada alkol kullanımı hakkında soru sorulmasında sağlık çalışanlarının olumlu tutumunun önemi vurgulanmıştır (Bendtsen ve Akerlind 1999, Kaariainen ve ark. 2001, Roche ve Freeman 2004, Cape ve ark. 2006). Olumlu tutum olarak araştırma grubundaki pratisyen hekimlerin çoğu alkol sorunu yaşayan hastalara yardım etmenin boşa vakit harcamak olduğunu düşünmemektedir. Sadece %12.6’sı alkol sorunu olan hastalara yardım edilemeyeceğini düşünmektedir. Alkol sorunlarıyla ilgili bu “terapötik nihilizm” alkol sorun-

larına müdahaledeki engellerden biri olarak literatürde tanımlanmıştır (Roche ve Freeman 2004). Araştırma grubunun çoğu alkol tüketimi hakkında hastalara soru sormanın uygun olduğuna katılmakla birlikte, yaklaşık yarısının hastaların bu sorulara kızacağını belirtmeleri alkol sorunlarıyla ilişkili damgalamadan (Heather 1997) kaynaklanabilir. Hastaların doktorlardan alkol tüketimleri hakkında soru sormalarını bekledikleri çalışmalarla belirlenmiştir (Kaariainen ve ark. 2001). Hastaların bu konudaki olumlu tutumları sağlık çalışanlarının alkolle ilişkili sorunları irdelemelerini artırmak için eğitimde üzerinde durulması gereken bir konudur.

Hasta-doktor iletişiminin tıbbi bakımın önemli bir elemanı olduğu bilinmektedir (Akvardar ve ark. 2002a, Walsh ve ark. 2001). Koruyucu hekimlikte iletişim becerileri özellikle alkol kullanımı, yaşam tarzı gibi daha duyarlı konular ele alındığında önemlidir. Tarihsel olarak pek çok hekim alkol kullanım sorununu konuşmaktan kaçınma eğilimindedir (Walsh ve ark. 2001). Alkol kullanımı sıklıkla ahlaki bir sorun ya da yaşam tarzı sorunu olarak görülür ve hasta-doktor ilişkisinin dışında olarak değerlendirilir. Muayene sırasında alkol tüketiminin sorulması sigara içmeyi sorgulamaktan daha zor bir konu olarak algılanmaktadır. Çalışmaya katılan pratisyen hekimler alkol kullanım sorunlarına sigara kullanımından daha az müdahalede bulduklarını belirtmişlerdir. Henüz sorun yaşamayan, aşırı miktarda içen kişilere yönelik müdahaleler iyice zorluk yaratmaktadır. Riskli, zararlı alkol kullanımı olan hastalara müdahaledeki duyarlılıklar müdahalenin düşük oranda yapılmasını açıklayabilir.

Alkol kullanım sorunlarına yönelik bilgi, tutum ve davranış puan ortalamaları değerlendirildiğinde en yüksek düzey şaşırtıcı olarak davranış puanlarında görülmüştür. Düşük bilgi düzeyi ve olumsuz tutumun daha yanlış uygulamalara yol açması beklenir. Senaryo ile ilgili olarak pratisyen hekimlerin yaptıklarını değil, yapılması beklenen uygulamaları belirttikleri düşünülebilir. Başka bir soruda pratisyen hekimlerin yarısından azı hastalarıyla alkol kullanımları hakkında konuştuklarını ve öneri verdiklerini belirtmiştir. Yine son bir ayda araştırma grubunun sadece %32.5'i alkolle ilişkili sorunları olan en az bir hastaya yardımcı olduklarını, %23.7'si hastalarının alkol tüketimleriyle ilgili endişeleri nedeniyle kan tahlili istediklerini belirtmişlerdir. Bu bulgular pratisyen hekimlerin alkol sorunları olan hastaya yönelik uygulamaları bildikleri, ancak pratikte yapmadıkları şeklinde yorumlanabilir. Çalışmalar alkol sorunlarına kısa müdahalelerin etkinliği gösterilmesine karşın pratisyen hekimlerin alkol sorunlarına müdahalede bulunmak konusunda isteksiz olduklarını ve uygulamadıklarını göstermektedir (Babor ve Higgins-Biddle

2000, Kaariainen ve ark. 2001, Aalto ve ark. 2002). Kısa müdahalenin aktif olarak teşvik edildiği ülkelerden biri olan Finlandiya'da yapılan çalışmada yoğun alkol kullanımı olan kişilerin sadece %19'una birinci basamak sağlık hizmetlerinde öneri verildiği belirlenmiştir (Aalto ve ark. 2002). Tedavi önerileri hakkında hekimlere sadece bilgi vermenin uygulamayı değiştirmeye yeterli olmadığı bilinmektedir. Araştırma grubunun yaklaşık dörtte biri hastaya alkol kullanımına ilişkin bu seferlik bir şey söylemeyeceklerini, yarısından çoğu hastayı sevk edeceklerini belirtmişlerdir. Bu sonuçlar alkol sorunu olan birçok hastaya erken müdahalede bulunma ve olumsuz sonuçların önlenmesi şansının kaçırılması olarak yorumlanabilir. Sevk edilen birçok hasta uzmana ulaşmamaktadır.

Pratisyen hekimlerin çoğunun hastalarında sigara içme, yemek yeme ve egzersiz yapma davranışlarına müdahalede bulunmasına karşın, yarısından azının alkol kullanımına müdahale etmesinin birçok çalışmada belirlenen ve bu çalışmanın sonuçlarının da desteklediği bilgi eksikliği, isteksizlik, negatif tutum, iş yükü (Babor ve ark. 1994, Kaner ve ark. 1999, Babor ve Higgins-Biddle 2000, Anderson ve ark. 2003, Anderson ve ark. 2004, Roche ve Freeman 2004) ile ilişkili olduğu düşünülmüştür.

Fransa'da sigara bırakma müdahalelerinde gösterildiği gibi (Josseran ve ark. 2005), alkol konusunda da daha liberal, hoşgörülü olanlar, kendileri alkol kullananlar alkol kullanımına müdahale etmek konusunda isteksiz olabilirler. Araştırmaya katılan pratisyen hekimler arasında alkol kullanım oranı (%79.3) Türkiye geneline göre (%14.1-54.5) (Akvardar 2005) oldukça yüksektir. Hekimlerin %4.4 'ünün tükettikleri alkol miktarı düşük riskli alkol kullanım sınırlarını aşmaktadır. Son bir ayda bir kez de tüketilen maksimum alkol miktarı değerlendirildiğinde riskli kullanım %17.0'e yükselmektedir. Alkol kullanım bozuklukları konusunda daha kapsamlı bilgilendirme sadece hastalara yapılacak müdahaleler açısından değil, hekimlerin kendi kullanım düzeylerini değerlendirmeleri açısından da önemlidir. Tıp fakültesi öğrencileri ve doktorlar madde kullanımına karşı başışık değillerdir (Akvardar ve ark. 2002b, Akvardar ve ark. 2004).

Araştırma grubunun alkol kullanım sorununa tanı koyma konusunda güven duyguları orta düzeyde, tedavi konusundaki güven duyguları ise biraz daha düşüktür. Mezuniyet öncesi ve sonrası bu konuda verilen eğitimin niceliksel ve niteliksel eksikliklerinin pratisyen hekimlerde alkol kullanım sorunlarına yaklaşımda yetersizlik hissetmelerinde rol oynadığı düşünülmüştür. Dünya Sağlık Örgütü'nün yedi ülkeyi kapsayan çalışmasında daha fazla eğitim alan pratisyen hekimlerin güven duygularının

daha fazla olduğu ve daha çok müdahalede buldukları gösterilmiştir (Anderson ve ark. 2003).

Alkol kullanım sorunlarına yaklaşımda hekimlerin eğitim eksikliğini gösteren bu çalışmanın en önemli kısıtlılığı istenilen örnek büyüklüğüne ulaşılamaması, ulaşma oranının düşük olmasıdır. Başlangıçta seminere katılan hekim sayısını artırmak için yazıyla davet etmenin yanı sıra telefon ya da e-posta gibi iletişim yolları kullanılabilirdi. Ancak zaman ve eleman eksikliği nedeniyle ve kişilerde olumsuz tutum oluşturmamak amacıyla bu yapılmamıştır.

SONUÇ

Önemli bir halk sağlığı sorunu olarak alkol kullanımının birinci basamak sağlık hizmetlerinde irdelenmesi

gereklidir. Erken tanı ve gerekli müdahalelerin yapılması sorunun daha büyümesini engelleyecektir.

Ülkemizde pratisyen hekimler için alkol kullanım sorununa müdahale konusunda önemli rolleri göz önüne alınarak daha fazla destek ve eğitim sağlanması gereklidir. Alkol kullanım sorunlarına ilişkin bilgi, tutum ve davranış değişikliği hedefleyen eğitimlerin mezuniyet öncesi dönemde başlatılması ve mezuniyet sonrası dönemde sürekliliğinin sağlanması daha etkili olacaktır. Tıp fakülteleri eğitim programlarında alkol kullanım bozuklukları konusunda beceriye dayalı, kapsamlı eğitim verme sorumluluğunu almalıdırlar. Tıp fakültesi öğrencilerine sadece alkol bağımlılığı tanı ve tedavisi bilgisi değil, koruma, erken tanı ve tedavi konularında uygun tutum kazandırılmalıdır.

KAYNAKLAR

Aalto M, Pekuri P, Seppa K ve ark. (2001) Primary health care nurses' and physicians' attitudes, knowledge and beliefs regarding brief intervention for heavy drinkers. *Addiction*, 96: 305-311.

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

Aalto M, Pekuri P, Seppa K ve ark. (2003) Obstacles to carrying out brief intervention for heavy drinkers in primary health care: a focus group study. *Drug Alcohol Rev*, 22: 169-173.

Aalto M, Seppa K (2001) At which drinking level to advise a patient? General practitioners' views. *Alcohol Alcohol*, 36: 431-433.

Akvardar Y, Unal B, Günay T ve ark. (2002a) Empati Öğrenilebilir mi? Tıp Fakültesi Dönem 1 Öğrencilerinde İletişim Becerileri Kursunun Empatik Yanıt Verme Becerisi Üzerine Etkisi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 3: 167-172.

Akvardar Y, Türkcan A, Çakmak D ve ark. (2002b) Doktorlar Arasında Madde Kötüye Kullanımı Bir Sorun mu? Olgu Sunumu. *Türk Psikiyatri Derg*, 13: 238-244.

Akvardar Y (2005) Alkol ile İlişkili Bozuklukların Epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi (Psikiyatri Alkol ve Madde Bağımlılığı Özel Sayısı)*: 5-9.

Akvardar Y, Demiral Y, Ergor G ve ark. (2004) Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39: 502-506.

Anderson P, Kaner E, Wutzke S ve ark. (2003) Attitudes and managing alcohol problems in general practice: Descriptive Analysis based on findings of a World Health Organization Collaborative Survey. *Alcohol Alcohol*, 38: 597-601.

Anderson P, Kaner E, Wutzke S ve ark. (2004) Attitudes and managing alcohol problems in general practice: An interaction analysis based on findings from a WHO collaborative study. *Alcohol Alcohol*, 39: 351-356.

Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB ve ark. (2001). *AUDIT The Alcohol Use Identification Test: Guidelines for Use in Primary Care*. Second Edition. Geneva World Health Organization.

Babor TF, Grant M, Acuda W ve ark. (1994) A Randomized Clinical-Trial of Brief Interventions in Primary Health-Care-Summary of A Who Project. *Addiction*, 89: 657-660.

Babor TF, Higgins-Biddle JC (2000) Alcohol screening and brief intervention: dissemination strategies for medical practice and public health. *Addiction*, 95: 677-686.

Beich A, Gannik D, Malterud K ve ark. (2002) Screening and brief intervention for excessive alcohol use: qualitative interview study of the experiences of general practitioners. *BMJ*, 325: 870-872.

Bendtsen P, Akerlind I (1999) Changes in attitudes and practices in primary health care with regard to early intervention for problem drinkers. *Alcohol Alcohol*, 34: 795-800.

Caetano R, Cunradi C (2002) Alcohol dependence: a public health perspective. *Addiction*, 97: 633-645.

Caetano R, Tam T, Greenfield T ve ark. (1997) DSM-IV alcohol dependence and drinking in the US population: A risk analysis. *Ann Epidemiol*, 7, 542-549.

Cape G, Hannah A, Sellman D ve ark. (2006) A longitudinal evaluation of medical student knowledge, skills and attitudes to alcohol and drugs. *Addiction*, 101: 841-849.

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

Fleming MF, Manwell LB (1999) Brief interventions in primary care settings: A primary Treatment method for at risk, problem, and dependent drinkers. *Alcohol Res Health*, 23: 128-137.

Fleming MF, Mundt MP, French MT ve ark. (2002) Brief physician advice for problem drinkers: Long-term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res*, 26: 36-43.

Heather N (1997) Where treatment and prevention merge: the need for a broader approach. *Addiction*, 92 (Suppl 1): S133-S136.

Hyman, Z (2006) Brief interventions for high-risk drinkers. *J Clin Nurs* 15, 1383-1396.

Josseran L, King G, Guilbert P ve ark. (2005) Smoking by French general practitioners: behaviour, attitudes and practice. *Eur J Public Health*, 15: 33-38.

Kaariainen J, Sillanaukee P, Poutanen P ve ark. (2001) Opinions of alcohol-related issues among professionals in primary, occupational, and specialized health care. *Alcohol Alcohol*, 36: 141-146.

Kaner EF, Heather N, Mcavoy BR ve ark. (1999) Intervention for excessive alcohol consumption in primary health care: attitudes and practices of English general practitioners. *Alcohol Alcohol*, 34: 559-566.

Kaner EF, Wutzke S, Saunders JB ve ark. (2001) Impact of alcohol education and training on general practitioners' diagnostic and management skills: findings from a World Health Organization collaborative study. J Stud Alcohol, 62: 621-627.

Roche AM, Freeman T (2004) Brief interventions: good in theory but weak in practice. Drug Alcohol Rev, 23: 11-18.

Roche AM, Stubbs JM, Sanson-Fisher RW ve ark. (1997) A controlled trial of educational strategies to teach medical students brief intervention skills for alcohol problems. Prev Med, 26: 78-85.

Seppa K, Aalto M, Raevaara L ve ark. (2004) A brief intervention for risky drinking - analysis of videotaped consultations in primary health care. Drug Alcohol Rev, 23: 167-170.

Walsh RA, Roche AM, Sanson-Fisher RW ve ark. (2001) Interactional skills of students from traditional and non-traditional medical schools before and after alcohol education. Med Educ, 35: 211-216.

World Health Organization (2004) Global Status Report: Alcohol Policy. Geneva, World Health Organization.

TÜRKİYE SİNİR ve RUH SAĞLIĞI DERNEĞİ

Prof. Dr. MUALLA ÖZTÜRK ÇOCUK RUH SAĞLIĞI ÖDÜLÜ 2010

1. 1990'dan beri her yıl çocuk ruh sağlığı alanında en başarılı çalışmaya verilmekte olan "**Prof. Dr. Mualla Öztürk Çocuk Ruh Sağlığı Ödülü 2010**" için aşağıdaki koşullar belirlenmiştir.
2. 2010 ödülü olarak **4.000 YTL.** ve ödül belgesi verilecektir.
3. Çalışma:
 - a. Yazının içeriği özgün bir araştırma ya da kuramsal inceleme olabilir. Gözden geçirme yazısı kabul edilmemektedir. Yazı, yayımlanmamış ya da son üç yıl içinde yayımlanmış makale olabilir. Yabancı dilde yayınlanmış ise Türkçe çevirisi ile birlikte gönderilmelidir.
 - b. Çalışma yayımlanmamış ise, Türk Psikiyatri Dergisi yazım koşullarına uygun bir makale biçiminde hazırlanmış olmalıdır. Çalışmalar yazarların ad, soyad, ünvan, görev ve çalışma adreslerini, telefon-faks numaralarını, çalışmanın yapıldığı yeri içeren ayrı bir kapak yazısı ile birlikte verilmelidir. Asıl araştırmacı Türk vatandaşı olmalıdır.
 - c. Çalışma 6 kopya olarak en geç **31 Aralık 2009** tarihine kadar aşağıda bildirilen adrese postalanmış ya da elden verilmiş olmalıdır.
 - d. Çalışmalar, aşağıda belirlenen seçici kurul tarafından değerlendirilecek ve ödül her yıl Şubat ayında Ankara'da Prof. Dr. Mualla Öztürk anısına düzenlenmekte olan Çocuk Ruh Sağlığı Sempozyumu'nda verilecektir.

Seçici Kurul

Prof. Dr. Ayhan Çavdar
Prof. Dr. İlgi Ertem
Prof. Dr. Efser Kerimoğlu
Dr. Birsen Sonuvar
Prof. Dr. Ayşe Yalın
Prof. Dr. Yankı Yazgan

Başvuru Adresi

Kenedi Cad. 98/4, Kavaklıdere, Ankara
Telefon: (0-312) 427 78 22
Faks: (0-312) 427 78 02