

ALKOL BAĞIMLISI BİREYLERİN YATARAK TEDAVİSİNE İLİŞKİN KARŞILAŞTIRMALI BİR ARAŞTIRMA

Yıldırım B. Doğan*

Gülören Ünlüoğlu**

Alkol bağımlısı bireylerin hastanede yatarak tedavisi tartışmalı bir konudur. Tedaviye ilişkin değişik kuramlar ve klinik yaklaşımlara rağmen bu yöntem seçeneklerden biri olma özelliğini korumuştur. Dolayısı ile tartışma eksenini; gerekli mi sorusundan, yatarak tedavinin niteliği ve başarısı sorularına kaydırmak daha uygun ve ekonomik olabilir (9).

Yatarak tedavinin karşısındaki en önemli seçenek, ayaktan tedavidir. Ayaktan tedavi önerisi modern psikiyatri yaklaşımının bir yan-sıması olarak ele alınabilir. Bireyi hastaneye yatırmak, türlü ilaçlarla tedaviye çalışmak medikal yaklaşım olup, fizik açıdan iyileştirmeyi amaçlar ve sınırlıdır. Medikal modelin karşısında, bireyi ruhsal bedensel bir bütün ve kendi toplumsal çevresinin bir ürünü olarak ele alan psikososyal model vardır. Bireyi kavrayışı çok yönlü olan bu model (1), sorunu ele alırken tedavi ve önleme çabalarını aynı bütünlük içinde değerlendirir. Buna göre amaç, kişinin hastaneye gelmesini beklemeden (ya da sorun o boyuta ulaşmadan) onu kendi toplumsal çevresinde bulmak, problemini tanımlıyarak, tedavisini (gerekliyse) aynı ortam içinde ve çevresinin de katılımı ile gerçekleştirmektir (1,4). Ülkemizde böylesi bir sağlık hizmeti verebilmek şimdikinden farklı bir organizasyonu (sosyalizasyon hizmetlerinde konuya özgü değişiklikleri) gerektiren çok boyutlu bir sorundur. Örneğin İngiltere ve Baltık ülkelerinde benzerini gördüğümüz biçimde bölge hastaneleri, aile doktorluğu ve genel sağlık sigortası aracılığı ile önleyici ve koruyucu hekimlik hizmetlerini önplana alan bir yaklaşımdan sözedilebilir. Oysa ülkemizdeki sağlık kurumlarında tedavi oryantasyonu yataklı birimlere yönelik olup ayaktan takip edilmiş alkol bağımlıları için değerlendirme olanağı veren veri kaynağımız yoktur. Dolayısıyla «yatarak-ayaktan» tedavi karşılaştırmasını yapmak mümkün değildir.

* A. Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Doçenti

** A. Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi

PROBLEMİN TANIMI ve ÖNEMİ

Zaman zaman ayaktan verilen hizmetler devreye girmekle birlikte, günümüzde alkol bağımlısı bireylerin yatarak tedavisi ülkemizdeki öncelikli halini korumaktadır. Sağlıklı bir tartışma başlatabilmek amacıyla şu soruyu gündeme getirmekte yarar görüyoruz; yatarak tedavide ne türlü amaçlar konulmalı ki birey içme davranışı üzerinde etkili bir denetleme geliştirip yaşamını yönlendirebilsin (10).

Kuramsal planda bu sorunun ideal sayılabilecek pekçok cevabı vardır. Oysa klinik uygulamada bu soruya cevap olabilecek yaklaşımların tanınması kuramsal tartışmalardan daha önemlidir. Çünkü farklı uygulamaları tanımak, karşılaştırmak, bütünlüğe ulaştırmak ve sistemleştirmek yeni bir kuramı devreye sokup uygulamaya çalışmaktan daha kolay gerçekleştirilecek bir adımdır.

Ayrıca alkol ve alkole bağlı sorunların son yıllarda ülkemizde kazandığı yaygınlık, güncellik onu mevcut sınırların ötesine taşımış ve kitle haberleşme örgütlerinin sürekli uğraştığı bir konu yapmıştır. Bu gelişme yataklı tedavi kurumlarına belli bir motivasyon kazandırmış, hastanelerde hizmete giren alkol tedavi üniteleri birbirini izlemiştir. Dolayısı ile bu alanda özgülleşmiş nitelikte hizmete duyulan gereksinme gündemin tartışmasız ilk maddesi haline gelmiştir (2,3,9).

Çalışma Yerin Tanıtılması :

A. Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinin çeşitli birimlerinde alkol yakınması ya da bağımlılığı olan bireyler diğer psikiyatrik hastalarla beraber yatarak tedavi olmaktadırlar. Durum değerlendirmeleri (Psikoz ve Nevroz katlarında yatan her hasta gibi) yapılarak herbirinin dosyasına, tedavi ekibinin ilgili üyelerince işlenmektedir. Araştırma görevlisi (asistan Dr.) giriş, gidiş, öykü, psikiyatrik fizik ve lab. bulgularını, tedavi ve taburculuk'a ilişkin bilgileri ve verilmesi gereken ilaçlar; kat hemşiresi yapılan tetkikler, verilen ilaçlar, hastanın güncel görünümü, kat içi davranışları ve ziyaretçileriyle ilişkisini; sosyal hizmet uzmanı hasta yakını ile yapılan görüşmeleri, iş yeri ya da okuldan alınan bilgileri varsa ev ziyaretleri raporlarını; psikolog, psikolojik test raporunu ve hastanın kat faaliyetlerine katılım biçimini dosyaya kaydeder. Yataklı servislerde, bir tedavi ekibi (bir öğretim üyesi o servisin yatak sayısına göre 1-3 araştırma görevlisi, 2-3 hemşire, 1 psikolog ve sosyal hizmet uzmanı ve görevlilerden oluşan) o servisin haftalık programına uygun olarak tedavi ve faaliyetlerini sürdürür.

Kliniğin her biri ayrı bir ekip tarafından yönetilen iki açık, üç kapalı servisi vardır. Psikosomatik yakınması olan kadın ve erkekler ayrı odalarda olmak üzere beşinci açık katta, nevrotik yakınması olan kadın ve erkekler aynı şekilde dördüncü açık katta yatarak tedavi olurlar. Acilen yatması gereken psikotik erkekler birinci ve üçüncü kapalı katlarda, aynı durumdaki kadın hastalar ikinci kapalı kattaki psikoz servisinde yatarlar.

Alkol bağımlısı ve ilaç alışkanı bireylerin amaca yönelik, ortak ve odaklaşmış tedavilerini gerçekleştirmek amacıyla 1982'de üçüncü katta 13 yataklı bir alkol servisi, kliniğini altıncı yataklı birimi olarak hizmete sunulmuştur.

Ancak halen alkol servisine yatması uygun olmayıp gene de yatarak tedavi görmesi gereken vak'alar psikoz katlarına yatarak tedavi görmektedirler (Ünlüoğlu, Doğan)*.

AMAÇ :

Bu çalışmanın amacı, psikiyatri kliniğinde 1982 de alkol servisi açılmadan önce alkol bağımlısı bireylerin yatarak tedavi gördükleri iki kapalı erkek katının birisinde, iki yıla ilişkin veri toplamak ve bir taraftan alkol alan nüfustan küçük bir örneklemin demografik özelliklerini saptarken diğer yandan alkol özel servisi olmadan yapılan tıbbi müdahaleyi tanıyabilmeye yöneliktir. Birinci katta olan Adasal servisi 1981 yılında çalışmacıların yönettikleri kat olduğundan, araştırma katı olarak seçilmiştir. Bu ekibin yönetiminde dinamik oryantasyon ağır basmaktadır.

Bir önceki yıl aynı kat, organik oryantasyonun ağırlıklı olduğu başka bir ekip tarafından yönetildiğinden, 1980 ve 1981 yıllarında hastaya ve tedaviye ilişkin özelliklerin iki ayrı grup olarak araştırılması ve değerlendirilmesi uygun görülmüştür. Araştırmacıların birisi her iki grubunda aktif üyesi olduğundan bazı bulguların değerlendirilmesinin daha kolaylıkla sağlanabileceği de dikkate alınmıştır.

Böylece 18 yataklı kapalı bir erkek katı olan Adasal servisinde yapılan bu çalışmanın amacı vurgulandığında; iki ayrı zaman dilimine ilişkin veri toplamak, aşağıda sıralanan sorulara yanıt aramak ve bulguları karşılaştırarak yeni sorular sorabilmek ve bazı öneriler bulabilmektedir.

* Çalışmacılar hazırladıkları başka bir çalışmada, alkol katı açıldıktan sonra psikoz katlarına yatan alkolik sayısında yoğun bir düşme saptamışlardır.

SORULAR :

- 1 — İki ayrı (birey yıllık) çalışma döneminde yatan alkol bağımlısı bireylerin demografik özellikleri nelerdir?
- 2 — İçme öykülerinde alkole başlama yaşı kaçtır ve içkiciliklerini ne zamandır sürdürmektedirler?
- 3 — Alkole bağlı yakınmalarla hastaneye nasıl başvurulmaktadır, kaç kez yatırılmışlar ve son yatış süreleri nedir?
- 4 — Yapılan tedaviler nelerdir - Yaklaşım türünün ağırlıklı olduğu yönde fark var mıdır, bu fark nasıl ortaya çıkmaktadır?
- 5 — Taburculuktaki durum değerlendirmesinde fark var mıdır?
- 6 — Prognoz için tedavi ekipleri ne düşünmektedir - Prognoz tahminine ilişkin fark var mıdır?
- 7 — Genel olarak bulgular değerlendirildiğinde geleceğe yönelik yansımalar ve genellemeler yapabilmek olası mıdır?

MATERYEL VE METOT

Bu çalışma birbirini izleyen iki takvim yılında (1980, 1981) A.Ü. Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniğinde psikotik erkek birimlerinden biri olan Adasal servisinde, alkol bağımlılığı tanısı alan hastaların dosyalarının ayrıntılı taranıp incelenmesiyle gerçekleşmiştir. Ön koşul bu serviste tedavi gören alkolik bireylerin aynı takvim yılında yatmış ve tedavisi tamamlanarak çıkmış (taburcu edilmiş) olmasıdır. Toplanan veriler dosyada bulunan somut bilgilere dayanmaktadır. Çünkü bu tür çalışmalarda bir miktar subjektivitenin kaçınılmazlığı araştırmacılar tarafından kabul edilen bir gerçektir (5).

Toplanan veriler «amaç» kısmında sıralanan sorular doğrultusunda düzenlenmiş ve her iki döneme ilişkin veriler 6 tablo halinde «bulgular» kısmında sunulmuş, karşılaştırmalar yapılarak tartışılmıştır. Uygulanırlığı olan hususlarda «P» testine başvurulmuştur.

İzlenimler ve sonuçlara değinilerek gerekçeleriyle öneriler getirilmiştir.

Adasal servisine çalışmanın ilk dönemi olan 1980 takvim yılında toplam 161 hasta yatmış, bunlardan 154'ü taburcu edilmiş, taburcu edilen hastaların 18'i alkol bağımlısı tanısını almış ve denek popülasyonunun ilkinin oluşturmuştur (N=18).

Bir önceki yıldan kalarak taburcu edilen 8 hasta'nın biri alkolik olduğu halde çalışma 1 Ocak 1980 de başladığından çalışmanın kap-

samına alınmamıştır. Çalışmanın ikinci dönemi (1981 takvim yılı)nda aynı servise 158 hasta yatmış ve bu hastaların 149'u taburcu edilmiştir. Çalışmanın bu döneminde alkol bağımlısı denek sayısı (N'=20'dir. Taburcu edilmemiş 9 hastanın 4'ü alkolik olup bu vak'alar çalışma kapsamına alınmamıştır.

BULGULAR ve TARTIŞMA

TABLO I : Populasyonların demografik özellikleri.

Tanıtıcı Bilgiler	N=20		N=20	
YAŞ : En küçük	18		24	
En büyük	48		62	
Ortalama	37.4		35.7	
	N=18	%	N=20	%
EĞİTİM : İlk	8	44.44	9	45
Orta	2	11.11	2	10
Lise	5	27.77	3	15
Yüksek	3	16.66	6	30
Toplam	18	99.99	20	100
MESLEK : Memur	8	44.44	9	45
İşçi	0		2	10
Serbest	7	38.88	8	40
İşsiz	3	16.66	1	5
Toplam	18	99.98	20	100
MEDENİ DURUM : Evli	14	77.77	17	85
Bekar	4	22.22	3	15
Toplam	18	99.99	20	100

Tablo I'de 1980 ve 1981 yıllarında aynı serviste yatan bireylere ait tanıtıcı bilgiler yaş, eğitim ve meslek, medeni durum açısından gösterilmektedir.

Tablo I'in tetkikinde; iki grup arasında belirli özellikler açısından ortaklıklar olduğu gözlenmektedir. Örneğin yaş ortalamaları arasındaki fark istatistiksel açıdan önemli değildir. Ancak ikinci dönemde yaş ortalamasında bir düşme vardır. Ayrıca ilk ve orta eğitim grubundaki sayısal kümelenmenin yakın olmasına karşın yüksek tahsil ikinci grupta % 16.6 dan % 30 a yükselmiştir.

Medeni durum ve meslek çeşidi olarak N ve N' grupları ortak özellikleri paylaşmaktadır. Kümelenmeler evli, memur ve serbest meslek alt başlıklarında yoğunluk göstermektedir.

TABLO II : İçme Öyküsü.

		N 18	%	N' 20	%
Alkole Başlama Yaşları	10 - 19	9	50	13	65
	20 - 29	7	39	3	15
	30 - 39	2	11	4	20
	Toplam	18	100	20	100
Yıl olarak İçme Süresi	En kısa	4		7	
	En uzun	30		40	
	Ortalama Yıl	15		18	

Bu tabloda deneklerin yarısı ve daha çoğu 20 yaş öncesi alkole başlamışlardır. N=18 yarısı N'=20'in yarısından çoğu 20 yaş altında içmeye başlamışlar ve ortalama 15 ve 18 yıldan beri bu davranışı sürdürmektedirler (tablo II). Bu denli uzun alkol alış öyküsü veren ve kronik alkolik sayılan bireylerde, kronik entoksikasyona bağlı bazı sistemik bulguların varlığı beklenir. Fizik belirtilerle komplike bir alkol öyküsü ise klasik anlayışın «Kronik alkolik» tanısına uygun düşmektedir (5). Kronikleşme olgusunun yatarak tedavide bir kriter olarak seçilip seçilmediği dosya tanılarından pek anlaşılmamaktadır.

TABLO III : Yatışa İlişkin Bilgi Dağılımı.

		N=18	%	N'=20	%
Yatış Şekli	Acilen	2	11.11	7	35
	Kendi isteğiyle	9	50.00	8	40
	Başkasının tavsiyesiyle	7	38.88	5	25
Toplam		18	99.99	20	100
Yatış Sayısı	İlk	17	94.5	16	80
	Mükerrer	1	5.5	4	20
Toplam		18	100.00	20	100

Hastanede Yatış Süresi

		N=18	N'=20
Gün olarak Yatış	En kısa	6	8
	En uzun	36	61
	Ortalama	19	30.6

Deneklerin yatış şekilleri, sayıları ve gün olarak en uzun, en kısa ve ortalama yatma süreleri.

Birinci grubun yarısı, ikinci % 40'ı kendi isteğiyle yatmakta olup tavsiye ile başvuranlarla aynı grupta değerlendirildiğinde; başvuru şeklinin bireysel nitelikte olduğu anlaşılmaktadır (Tablo III).

Bireyin doktora başvurusunun ya da bu yönde tavsiye alınması nedenleri konusunda dosya bilgileri çok açık olmayıp çeşitli ifadeler yer almıştır. Ancak Köksal ve Doğan'ın bir çalışmasında bu tavsiye-nin bir tıp doktorunca yapıldığında hastalar için önemli olduğu belirtilmiştir (2). Öte yandan deneklerin büyük çoğunluğunun N=18 popülasyonunun % 95'i N'= in % 80 inin ilk kez yattığı gözönüne alınırsa (Tablo III) kronisitenin, hospitalizasyon için ön koşuludur sorusu ortaya çıkmaktadır. Ancak acil olarak yatanların 1981 grubunda % 35 oranında bulunması konuyla ilgili kuşkuyla haklı çıkaracak bir işarettir. Çünkü, içki içme süresinin 18 yıl olduğu bir grupta (Tablo II) aciliyeti olan haller abstinensle ilgili akut haller (delirium tremens v.b.) veya olası bir alkol psikozudur.

N' grubunda % 20 oranında mükerrer yatışa karşı N de bu oran % 6 dır. Yatış ortalaması ise N de, 19, N'de 30.6 gün olup istatistiksel açıdan anlamlı ($P < 0.01$) bir farka işaret etmektedir. Bu farklılık tedavi yaklaşımında da bir farkın araştırılması gereğini ortaya koymaktadır.

TABLO IV : Tedavi Alışkanlıkları.

	N=18	%	N'=20	%
Medikal a - Detoksifikasyon	18		20	
Antabus (Tab)	3	16.66	2	10
Antabus (İmplant)	3	16.66	2	10
Psikoterapötik				
- Bireysel Görüşme	14		18	
- Grup Tedavisi	14		17	
Çevresel Tedavi				
- Ailelerle Grup				
- Ailelerle Grup Çalış.	0		15	
Aileden Rutin Bilgi Alınması				
- Alındı	14		18	
- Alınmadı	4		2	
Tedavi Tamamlanmamış				
- Kliniği Terk yada Nakil	4			

Çeşitli tedavi yaklaşımlarının dağılımı (Tablo IV).

Birinci zaman diliminde 4 hasta ikinci zaman diliminde ise 2 hasta tedavisi tamamlanmadan kliniği terk etmiş yada başka kliniğe nakil edilmişlerdir. Bunlarla detoksifikasyon tedavisinden ilerisine geçilememiş böylece N de 14, N'de 18 denneğin tedavisi tamamlanabilmiştir. Detoksifikasyonda serum ve vitaminlere anksiyolitikler, antiepileptikler ve majör trankilizanlar eklenmekte, diğer taraftanda hastanın yatağa bağlı kalması amaçlanmaktadır.

Medikal tedavinin daha ilerlemiş safhasında antabus toplam olarak 6 hastaya uygulanmıştır. Bu, N grubunun % 33.3 ile yaklaşık 1/3 ünü kapsamına almakta, N' grubunda ise 4 hastaya uygulandığından toplam % 20 ile tüm deneklerin 1/5 ini oluşturmaktadır. Bu karşılaştırmayı tedavisi tamamlanan denekler üzerine yansıttığımızda «N» grubunda tedavisini tamamlamış 14 denneğin 6 sına, «N» grubunda ay-

nı durumdaki 18 denneğin 4 üne uygulandığından «N» deki oran % 43'e ulaşmakta «N» deki ise % 22 da kalmaktadır. Bu da ikinci grupta tedavisi tamamlanan hastalara antabus uygulamasının birinci grubun yarısı kadar olduğuna işaret etmekte ve iki grup arasındaki uygulama fark oranı % 13.3 ten % 21'e yükselmektedir.

Aynı tabloya göre «psikoterapötik yaklaşımlardan» bireysel görüşme ve grup tedavileri yaklaşık tüm hastalara uygulanmıştır. Ancak tablo III te belirlenen ortalama yatış süresindeki farkı yorumlayabilmek için dosyalar tekrar tarandığında (N=18) grubunda ilaç uygulamasının ön planda, (N'=20) grubunda ise psikoterapi uygulamasının ön planda olduğu (biri diğerine göre 2 misli) ortaya çıkmıştır. Psikoterapötik yaklaşımı yeğleyen (N'=20) ekibi dinamik ve etki-leşimsel eğilimleriyle Psikososyal modele yaklaşmakta, (N=18) tedavi ekibi ise gerek detoksifikasyon safhasında ve gerekse daha sonra ilaçla tedaviyi ön plana aldığından organisist eğilimiyle beklendiği üzere **medikal** modele uymaktadır.

Aileden, sosyal hizmet uzmanı aracılığıyla alınan rutin bilgi her iki grupta tedavisi tamamlanan hastaların tümünün dosyasında mevcuttur. Ancak birinci denek grubunda yapılmayan çevresel yaklaşım ikinci grubun 15 üyesine uygulanmıştır. Onbeş hastanın yakınları (Aile, akraba, dost), bir ya da daha çok kez tedavi ekibinin hasta yakınlarıyla yaptığı aile gruplarına katılmışlardır (11).

Bu tabloya göre birinci grubun % 50 si tam ikinci grubun % 20 si tam düzelmiştir. Arada N grubu lehine % 30 luk bir fark vardır. «Kıs-

Tablo V - Hastaların Taburculuktaki Durumları(*)

	N=18	%	N'=20	%
Salah	9	50.00	4	20
Kısmi salah	3	16.66	14	70
Haliyle	2	11.11	0	—
Nakil	1	5.55	1	5
Terk	3	16.66	1	5
Toplam	18	99.98	20	100

(*) Hastalar yattıkları servisten taburcu edilirken son durumlarını «salah», «kısmi salah», «haliyle», «nakil», v.b. gibi sözcüklerin biriyle belirlemek gerekir. «salah» düzelmenin tam olduğu anlamındadır. Kliniğimizde bu durumu yansıtan sözcük genellikle tedavi ekibi tarafından seçilmektedir aynı prognoz'un seçildiği gibi.

mi salah» alt başlığında ise durum % 50 fark ile ikinci grubun lehindedir. Bu fark tedavisi tamamlananlar açısından ele alındığında birinci durum için % 43'e, ikinci durum için % 56 ya yükselmektedir. Bulgulardaki bu fark, taburculukta hasta için seçilen durum saptama sözcüğünün seçilmesine ilişkin ilke ve kriterlerin yeniden gözden geçirilerek tanımlanması gereğini ortaya koymaktadır.

Tablo VI - Prognoz Dağılımı(*)

	N=16	%	N'=20	%
Olumlu	12	66.66	3	15
Olumsuz	1	5.55	13	65
Bilgi Yok	1	5.55	2	10
Nakil-Terk	4	22.22	2	20
Toplam	18	99.98	20	100

Tablo VI incelendiğinde olumlu prognoz birinci grupta % 67 ye ulaşmışken ikinci grupta % 15'te kalmıştır. Bu anlamlı bir farktır. Yorumu yardımcı olabilmek için taburculuk tablosu (Tablo V) dikkate alındığında (N=18) ekibinin «salah» ve «kısmi salah» ile taburcu ettiği toplam 12 vak'ada (% 67), olumlu prognoz öngördüğü, oysa ikinci tedavi ekibinin yalnız «salah» ile taburcu ettiklerinde olumlu prognoz ön gördüğü «kısmi salah» ile taburcu ettiklerinin prognozlarını olumsuz buldukları anlaşılmaktadır. Bu istatistiksel anlamlılıktan öte, (N'=20) tedavi ekibine ilişkin tanımlı yapılması gereken bir durumun varlığını hissettirmiştir. Bunun üstüne dosyalar taranmış ve her iki ekipte aktif görev almış olan çalışmacının kişisel bilgisinden yararlanılmıştır.

Sonuç olarak prognoz söz konusu olduğunda birinci ekibin tedavi bitimini detoksifikasyonla sınırlandırdığı, antabus (tablet veya emplantasyon) uygulanan hastanın, taburcu olduktan sonra da bir süre içemeyeceği tahmini ile «olumlu» prognoz verdiği anlaşılmıştır. Burada içme davranışından çok, fizik olarak alkol alımının olanaksızlaştırılması eksen alınmıştır. Oysa ikinci ekibin prognoz yaklaşımı, bireyin içme davranışı ve bu davranışı belirleyen psikososyal etmenle-

* Prognoz hastalığın gidişi üzerine tedavi ekibinin beklentidir. Düzelmeyen sürmesi ya da daha da iyiye gitmesi «olumlu», tersi de «olumsuz» tıbbi kanıdır.

rin tümüne odaklanmıştır. İçme davranışının kısa sürede dramatik bir değişime uğramıyacağı dolayısı ile bağımlılığın «değişim» anlamında tedavisinin sabır ve çoğu zaman yıllara ihtiyaç gösterdiği göz-önüne alındığında, «olumsuz prognoz» belirlemesindeki yüksekliğin ekibin yaklaşımı ile ilgili gerçeğin kendisi olduğu ortaya çıkar.

SONUÇ ve ÖNERİLER

Birincisi 18, ikincisi 20 denekten oluşmuş iki çalışma döneminde yatarak tedavi gören deneklerin dosya taramasından elde edilen bulguları çeşitli değişkenler açısından incelendiğinde; alkol bağımlısı bireylerin oluşturduğu bu evrende paylaşılan ortak özellikler en genel biçimde şunlardır : Orta yaş, ilk ve orta eğitim, evli oluş, memur ve serbest meslekte bulunma (Tablo - I).

Tablo II de her iki grubun 19 yaşından önce içmeye başladıkları anlaşılmakla beraber ikinci grupta bu oranın % 50 den % 65 e yükselmiş ve ortalama içme süresi 15 yıldan 18 yıla çıkmaktadır. Tablo III te yatış süreleri incelendiğinde ilk çalışma dönemindeki deneklerin ortalama 19 gün, ikincilerin ise ortalama 30.6 gün yattığı görülmektedir. Aradaki fark istatistiksel açıdan anlamlıdır ($p < 0.01$). Bu birinci dönemdeki ekibin akut alkol tedavisine daha ağırlık verdiği (medikal) ve detoksifikasyondan sonra hastaları kısa sürede taburcu ettiğini vurgular niteliktedir. İkinci tedavi ekibi hastayı detoksifikasyondan sonra da tutmakta ve sorunu medikal yaklaşımdan sonra psiko-sosyal boyutuyla ele almaktadır. Birinci ekibin tedavi ettiği hastalarda yüksek «salah» oranına karşılık diğer ekibin hastalarının büyük kısmının «kısmi salah» ile çıkmış olması ekiplerin tedavi yaklaşımlarındaki farkın yanında klinik tabloya ilişkin iki ayrı dönemi değerlendirdiğini vurgular niteliktedir. «salah» alkol bağımlılığına değil akut entoksikasyona ilişkindir.

Alkolizmde yatarak tedavinin de çeşitli safhaları vardır. Ayrıca kimileri alkol bağımlılarını asla yatırmadan tedavi etmek gereğini savunurken (4) çoğu tedavi kurumu aynı nitelikte hastaları aylarca yatırmaktadır (3).

Alkol tedavisinde taburculuk, esas tedavinin bittiği anlamını taşımaz. Bunu sayısı az da olsa 10 yıl süre ile alkoliklerle yaptığımız izleme çalışmalarından biliyoruz. Yatarak tedavi alkol tedavisinin ancak bir aşamasını kapsamaktadır. Görevin tamamlanabilmesi için ekibin üyelerinin de (Psikolog, sosyal hizmet uzmanı, hemşire) ruhsal

tedavi sorumluluğunu paylaşmasında hem ekonomik hem psikososyal yararlar mevcuttur (3,4,8).

Bu çalışmanın bulguları her ne kadar giderek daha erken yaşta içkiye başlamayı ve giderek orta eğitim düzeyindeki yığılmayı (Tablo I) vurgular mahiyette ise de bunun geçmiş yıllara ilişkin 5-10 yıl öncelerine giderek taramanın yapılması ve popülasyondaki değişmeyi daha belirgin ve geçerli olarak saptamak gereğini ortaya koymaktadır. İki ayrı tedavi oryantasyonu sonucunda ikinci grup daha uzun hastanede kalmakla birlikte ancak kısmi salah ile taburcu olabilmekte ve ekipten olumsuz prognoz almaktadırlar. Bu da yaklaşım farklarını ayaktan takiple (followup) desteklemek ve sonuçların geçerlik ve güvenilirliği hakkında veri toplamak gereğini vurgulamaktadır. Zaten ayaktan tedaviye geçişten kaçınılmıyacağına göre bir an önce buna işlerlik kazandırmak aynı zamanda çağdaş bir tutumu benimsemektir sayılabilir.

Alkol tedavisinin gerçekleştirilmesi, eğitilmiş ve organize olmuş ekip çalışmasını gerektirdiği ve kimi vakalarda çok uzun sürelerle ihtiyaç gösterdiğinden ayakta tedaviye geçişin kaçınılmazlığını vurgulamıştır. Ancak alkol bağımlısı bireylerin bedeni sağlığının kısa ve uzun vadeli bozulmaları, çevreleriyle ilişkilerinin akut (*) ve kronik (**) biçimlerde bozulması, iş disiplinine aykırı tutum ve davranışları daha başka nedenlerle hastaneye yatma riski yüksek bir popülasyon oluşturdukları da bir gerçektir. Yaklaşık her alkolik bir veya daha çok kez hastanede yatacağına göre duruma daha ciddi eğilmek gerekmektedir. Hangi safhada yatarsa-yatsın, alkol bağımlısı bireye ait standart bazı bilgilerin sistematize biçimde alınması ve kaydedilmesinde hem hasta ve çevresi hemde eğitilen profesyonelin bilgileneceği açısından büyük yararlar vardır (5,8).

Önerimiz önce iyileştirici her türlü girişim için (medikal ve psikososyal) yapısal bir çerçeve geliştirmesiyle başlamaktadır.

Bu yapısal çerçevede; **değerlendirme, tedavi planı yapma**, ve değerlendirme sonuçlarını, tedavi amaçlarını ve amaçlarının ne kadarının gerçekleştirildiğini kesin ve ayrıntılı olarak her alkol bağımlısı için **kaydetme** hususları yer almaktadır.

* Vak'alardan bildiğimiz eşine dayak atma, sinirlenip kızıp dövme kavga çıkarma b.

** Çevreyle ilgilenmeme yanında, çevreden ayrı ilgi bekleme alınganlık, küskünlük, şüphencilik ve getirdikleri.

Değerlendirmede hastanın ve çevresinin bozuk ve güçlü sayılabilen yönlerinin kademeli ve ayrıntılı olarak saptanması gerekir. Bu yapılırken önceki tedavilerin yarar ve aksaklıklarının dikkate alınması ve değişen durumlar göz önünde tutulmalıdır.

Tedavi planını yapış ve gerçekleştirişde hasta ve çevresi kadar tedavicilerin bilgisi, olanakları ve motivasyonları da önemlidir.

Kaydetme olgusu bir hastanın tedavi sürecinde önem taşıdığı kadar daha sonra gelecek tedavici kuşaklara, önceden yapılmışları belgelemekte olduğundan, terapötik olduğu oranda eğitsel önem de taşıyacaktır. Kaydedilecek hususlar şöyle sistematize edilebilir :

— Ortak bir anamnez formu; ayrıntılı hazırlanmış olup hastanın tüm yaşam öyküsü ve onun ilişki ve davranış patternleri yanı sıra içki alışına, ilişkin tüm bilgileri içermeli ve kendi kadar yakınlarından da bilgi alınmalıdır.

— Kademeli olarak bireyin ve çevrenin değerlendirmesi (Psikometrik ve görüşme yoluyla) ve durumda var olan içrel ve çevresel güçler ve çatışmaların tanımlanarak bunlardan yararlı olanlarının harekete geçirilebilmesi ve zararların bastırılması programı (ayrıntılı).

— Genel çizgileriyle bir medikal, psikolojik ve sosyal tedavi şeması yapılmalıdır.

Çalışmacılar ekip çalışmasında esneklik ilkesi ve doktorun yükünün medikal ve eğitsel ağırlıklı olması ve diğer üyelerin ruhsal tedavi girişimlerinde aktif rol alması gereğine inanmakta ve bu tür uygulamaların ayaktan tedavinin ağırlık olarak yer alacağı bir sisteme geçişte bazı zorlukların giderilmesinde kolaylık sağlayacağına güvenmektedirler.

ÖZET

Bu araştırmada iki ayrı çalışma döneminde farklı oryantasyonu olan tedavi ekiplerinin denetiminde olan aynı psikoz katında; yatarak tedavi gören alkolik hastalara ait klinik bilgiler dosyalardan taranarak derlenmiş ve altı tablo oluşturulmuştur. Bulgular tartışılmış ve istatistiksel anlamlılık taşıyanlar belirlenmiş, sonuçlar karşılaştırılmıştır.

Alkol bağımlılığının yatarak tedavisinde farklı klinik beklentiler olduğunun saptanmasıyla, bunların aslında birbirini bütünülediği ve ortak bir çerçeveye kavuşturulması gerektiği üzerinde durulmuş geleceğe yönelik bazı öneriler sunulmuştur.

SUMMARY

A Comparative Study On In-Patient Treatment of Alcohol-Dependent Individuals

This study was performed by reviewing the records of treated alcohol dependents admitted to the same (male, psychotic) ward of a university hospital (in the years of 1980 and 1981) and treated by teams of different orientation organic versus dynamic. Two study groups were formed according to the years. Data were collected concerning their identifying information, drinking history and process of hospitalization findings were reflected on six tables and results were discussed comparing the two groups.

Suggestions were given for planning a standardized new approach for the treatment of alcohol dependents and the need of further investigation surveying the data of more than 2 years, plus a follow up study to support or reject the findings on «condition on discharge» and «prognosis» variables of this study.

REFERENCES

1. Costello, H.M. : Alcoholism treatment and evaluation in search of methods : I and II. International Journal of addictions, 10, 251-7 and 857-67, 1975.
2. Doğan, Y.B., Köksal, C. : General Evaluation of all admitted alcoholics to a university hospital during a ten year period by reviewing each patient's record. Ankara Tıp Bülteni. Cilt 6, Sayı : 2,5 137-147, 1984.
3. Edwards, G : A study of alcoholics admitted to four hospitals. Q.J. Stud. Alcohol 1974.
4. Edwards, G. Guthrie, S. : A Controlled trial of inpatient and outpatient treatment of alcohol dependency. Lancet 1 (1) : 555-9, 1967.
5. Edwards, G. et al : Case-Note Abstraction : A methodological substudy as Cautionary tale. The int. J. Additions 11 (3), 509-416, 1976.
6. Gillis, L.S. : The mortality rate and causes of death of treated chronic alcoholic. S. Africa Med. Journal 43 : 237-241, 1973.
7. Jellinek, E.M. : The Disease Concept of Alcoholism. New Brunswick, N.J. Hillehouse Press, 1960.
8. Orford, J. Edwards, G. Alcoholism a comparison of treatment and advice Maudsley monogrop no. 26 London, Oxford Univ. Press, 1977.
9. Ritson, B. : The prognosis of alcohol addicts treated by a specialized unit. Brit. J. Psychiat 114. 1010-29-1968.
10. Willems - P.J.A. et al : A two-year follow-up study comparing short with long stay in-patient treatment of alcoholics. Brit J. Psychiat 122 : 637-48 1973.
11. Yavuz, V. ve Tuncay, V. : Aile Toplantıları. Grup Psikoterapileri Sempozyumu 1981, Sayı 6 Ankara.