



**T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ**

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURANLARDA ALKOL
KULLANIMI VE AİLE İŞLEVLERİNİN İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

**Dr. Dilem YAMAN SÜRMEİİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI**

**TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cahit ÖZER**

HATAY-2016

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ

**AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURANLARDA ALKOL
KULLANIMI VE AİLE İŞLEVLERİNİN İLİŞKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Dilem YAMAN SÜRMEİİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

TEZ DANIŞMANI
Prof. Dr. Cahit ÖZER

HATAY-2016

TEZ ONAY SAYFASI

T.C.
MUSTAFA KEMAL ÜNİVERSİTESİ
TAYFUR ATA SÖKMEN TIP FAKÜLTESİ
AİLE HEKİMLİĞİ ANABİLİM DALI

**Tez Adı: AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURANLARDA ALKOL
KULLANIMI VE AİLE İŞLEVLERİNİN İLİŞKİSİ**

Tezi Hazırlayanın Adı: Dr. Dilem YAMAN SÜRMEİ

Tıp Fakültesi Dekanlığı Onayı

(İmza).....
Prof. Dr. Yusuf ÖNLEN
Tıp Fakültesi Dekanı

Bu tez çalışmasının “Tıpta Uzmanlık” derecesine uygun ve yeterli bir çalışma olduğunu onaylıyorum.

(İmza).....
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Anabilim Dalı Başkanı

Bu tez tarafımdan okunmuş ve her yönü ile “Tıpta Uzmanlık” tezi olarak uygun ve yeterli bulunmuştur.

(İmza).....
Prof. Dr. Cahit ÖZER
Tez Danışmanı

TEZ JÜRİSİ:

1. Prof. Dr. Cahit ÖZER
2. Doç. Dr. Erhan YENGİL
3. Doç. Dr. Sevgi ÖZCAN

III. İÇİNDEKLER

III. İÇİNDEKLER.....	i
IV. TABLO LİSTESİ.....	iii
V. ŞEKİL LİSTESİ.....	iv
VI. KISALTMALAR LİSTESİ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.v
VII. TEŞEKKÜR	vi
VIII. ÖZET.....	vii
IX. ABSTRACT.....	viii
1. GİRİŞ VE AMAÇ	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.GENEL BİLGİLER	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1 Alkol Kullanım Bozukluğu	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.1. Tanım ve Sınıflama	3
2.1.2 Epidemiyoloji	6
2.1.3 Patogenez.....	8
2.1.4.Kullanımının Yol Açtığı Bozukluklar,Fizyolojik ve Sosyal Etkiler	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.4.1. Alkol Entoksikasyonu.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.4.2 Alkol Yoksunluğu ve Deliryum Tremens.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.4.3.Alkolün Yol Açtığı Kalıcı Demans ...	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.4.4 Alkolün Yol Açtığı Kalıcı Amnestik Bozukluk ..	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.4.5. Alkole Bağlı Geçici Hafıza Kaybı (Alcoholic Blackout).....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.4.6 Alkolik Pellegra Ensefalopatisi	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.
2.1.4.7 Alkolün Yol Açtığı Ruhsal Bozukluklar ve Komorbidite	14

2.1.4.8 Alkolün Yol Açtığı Psikotik Bozukluk.....	15
2.1.4.9 Alkolün Diğer Vücut Sistemlerine Etkisi.....	15
2.1.4.10 Fetal Alkol Sendromu.....	16
2.1.4.11 Alkol Kullanımının Yol Açtığı Sosyal Sorunlar	16
2.1.5 Tarama	17
2.2 Aile	18
2.2.1 Ailenin Tanımı.....	18
2.2.2 Aile Türleri	20
2.2.3. Aile İşlevleri	22
2.2.3.1 Biyolojik İşlev	24
2.2.3.2.Psikolojik/Doyum İşlevi	24
2.2.3.3 Eğitim Sosyalizasyon İşlevi.....	24
2.2.3.4 Ekonomik İşlev	25
2.2.3.5.Koruyuculuk İşlevi	25
2.2.3.6 Dini İşlev	26
2.2.3.7 Boş Zamanları Değerlendirme İşlevi.....	26
2.2.3.8. Prestij Sağlama (Saygınlık) İşlevi	26
2.2.4 Aile Yaşam Döngüsü.....	27
3. GEREÇ VE YÖNTEM	29
4. BULGULAR.....	32
5. TARTIŞMA	42
6.SONUÇ VE ÖNERİLER.....	47
7.KAYNAKLAR	49
8.EKLER.....	58
9.ÖZGEÇMİŞ.....	61

IV. TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Duvall'ın Aile Yaşam Döngüsü Modeli	28
Tablo 2: Aile APGAR Kategorilerine Göre Bazı Değişkenler	38
Tablo 3: Michigan Alkolizm Tarama Testine Göre Alkol Kullanım Sorunu İle Değişkenler Arası İlişkiler	41



V. ŞEKİL LİSTESİ

Şekil 1: Bireylerin Yaş Histogramı	33
Şekil 2: Medeni Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı	34
Şekil 3: Aile Tipine Göre Katılımcıların Dağılımı	34
Şekil 4: MATT Skoru ile Aile APGAR Skoru İlişkisi.....	37



VI. KISALTMALAR LİSTESİ

ADÖ	: Aile Değerlendirme Ölçeği
AKBTT	: Alkol Kullanım Bozuklukları Tarama Testi
ALT	: Alanin Aminotransferaz
AMATEM	: Alkol ve Madde Tedavi Merkezleri
ASM	: Aile Sağlığı Merkezi
AST	: Aspartat Aminotransferaz
CDT	: Carbonhydrate Deficient Transferrin
DSM	: The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
HIV	: Human Immunodeficiency Virus/ İnsan Bağışıklık Yetmezlik Virüsü
ICD	: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems
MAST-G	: Michigan Alcoholism Screening Test-G
MATT	: Michigan Alkolizm Tarama Testi
NIAAA	: National Institutes of Alcohol Abuse and Alcoholism
OECD	: Organisation for Economic Cooperation and Development
SPSS	: Statistical Package for the Social Science
TL	: Türk Lirası
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu

VII. TEŞEKKÜR

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi ve mesleki tecrübelerini bizimle paylaşan, her anlamda bize yol gösterip yanımızda olduğunu hissettiren, tezimin her aşamasında ilgi ve desteğini esirgemeyen değerli danışman hocam ve anabilim dalı başkanımız Sayın Prof. Dr. Cahit ÖZER' e,

Mesleğime farklı bir bakış açısı sağlayan, "abicim" diyerek samimiyetini ve güler yüzlülüğünü hiçbir zaman kaybetmeyen hocam Sayın Doç. Dr. Erhan YENGİL'e,

Mesleki bilgi ve tecrübelerini bizimle paylaşan anabilim dalımızın genç hocası Sayın Yrd. Doç. Dr. Pınar DÖNER'e,

Aile Hekimliği Anabilim Dalı'nda birlikte çalıştığımız süre boyunca yaşadığımız her türlü sıkıntıya dert ortağı olan ve beraber birçok mutlu anı paylaştığım taze uzmanımız Uzm. Dr. Melis TANER' e,

Uzmanlık eğitimim süresince beraber çalıştığım tez hazırlama sürecinde her türlü soruma bıkmadan yanıt veren, bilgisini benimle paylaşan değerli arkadaşım Dr. Gökhan DEMİRKİRAN' a, birbirinden değerli bölüm arkadaşlarım Dr. Mustafa EZER, Dr. Mustafa YILDIZ, Dr. Sümeyya Havva KOKAÇYA, Dr. Okan Yağız ÖZONUR, Dr. Nuran ŞAHİN ve Dr. Elif TEZCAN' a,

Uzmanlık eğitimim boyunca rotasyon yaptığım, birlikte çalıştığım bölümlerdeki tüm doktor arkadaşlarıma, hemşire arkadaşlarıma ve hastane çalışanlarına,

Son olarak, hayatıma girerek anlam katan, her an yanımda olup desteğini hiçbir zaman esirgemeyen, sevgili eşim Şaban'a, başta annem ve babam olmak üzere benim için tarifsiz öneme sahip ablam ve kardeşlerime, eşimle beraber oluşan güzel geniş aileme hayatıma katkılarından dolayı teşekkürlerimi sunarım.

VIII. ÖZET

AİLE SAĞLIĞI MERKEZLERİNE BAŞVURANLARDA ALKOL KULLANIMI VE AİLE İŞLEVLERİNİN İLİŞKİSİ

Amaç: Bu araştırma ile birinci basamağa başvuran bireylerde alkol kullanımı ve alkol kullanım bozukluğu sıklığının saptanması, ayrıca aile işlevleri ile ilişkisinin ortaya koyması amaçlanmıştır.

Yöntem: Kesitsel tanımlayıcı tasarıma sahip bu çalışma, Hatay ili merkez ilçesi Antakya' da, 6 Aile Sağlığı Merkezi' nde yürütüldü. Şubat-Haziran 2016 ayları arasında, seçilen ASM' lere başvuran tüm 18 yaş üstü bireylerden kabul eden ve uygun olanlara anket uygulandı. Bireylere uygulanan anketin ilk bölümünde sosyodemografik bilgileri sorgulayan sorular mevcuttu. Anketin geri kalan bölümünde Aile APGAR Ölçeği ve Michigan Alkolizm Tarama Testi kullanıldı. Analiz için SPSS paket programı kullanıldı ve $p < 0.05$ anlamlı olarak kabul edildi.

Bulgular: Anketi değerlendirmeye alınan 825 katılımcının 427' si (% 51.8) kadın, 398' i (% 48.2) erkekti. Çalışmaya katılanların yaş ortalaması 39.14 ± 14.43 'tü. Katılımcıların Aile APGAR Ölçeği skoru ortalama 7.6 ± 2.59 bulundu. Yüz doksan bir (% 23.2) kişi sorunsuz içiciyken, elli yedi (% 6.9) kişinin alkol kötüye kullanımı vardı. Kırk üç (% 5.2) kişi ise alkol bağımlısıydı. Aile APGAR skorları ve MATT skorları arasında ters yönlü bir ilişki mevcuttu ($p=0.0001$, $r=-0.273$). Yüksek aile işlevselliğine sahip bireylerde alkol problemleri görülme sıklığı daha azdı ($p=0.0001$).

Sonuçlar: Yapılan bu çalışmada alkol kullanımı ve bağımlılık oranları yüksek saptanmıştır. Hem alkol kullanımı ve sorunlarının aile işlevselliğini bozabileceği, hem de sağlıksız aile işlevselliğine sahip bireylerde daha çok alkol kullanımı ve sorunlarının olabileceği akılda tutulmalıdır.

Anahtar Kelimeler: Aile APGAR Ölçeği, alkol kullanım bozukluğu, aile işlevleri

IX. ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN FAMILY FUNCTIONS AND ALCOHOL USE AMONG THE PRIMARY CARE PATIENTS

Aim: We aimed to find alcohol use and alcohol use disorder frequency among the primary care patient, also to show the relationship between family functions.

Methods: This cross-sectional descriptive study is conducted in Hatay/Antakya in six Family Health Centers. A questionnaire comprising Family APGAR Scale and MAST was applied to all patients who admitted to these centers from February to June 2016. 825 participants were evaluated. SPSS was used for the analysis and $p < 0.05$ was considered significant.

Results: Of the 825 patients who accepted to participate 427 (% 51.8) were female and 398 (% 48.2) were male. The average age of these patients was 39.14 ± 14.43 . Also the average APGAR Scale score was 7.6 ± 2.59 . While 191 patients (% 23.2) were smooth drinker, 57 (% 6.9) of them were alcohol abusers and 43 (% 5.2) were alcohol addict. There was a negative correlation between the participants' Family APGAR Score and MATT Score ($p=0.0001$, $r=-0.273$). The prevalence of alcohol use disorders was lower in the participants who had high functioning family than those with low functioning family ($p=0.0001$).

Conclusion: In this study, alcohol use and dependency ratios were found in a high levels. It should be remembered that alcohol use and alcohol problems may impair the functionality of the family. Also, the adults who have unhealthy family functions may use more alcohol and may have more problems.

Key words: Family APGAR Test, alcohol use disorder, family functions

1. GİRİŞ VE AMAÇ

Çok eski dönemlerden beridir bilinen ve kullanılan alkol, yeri gelmiş hayat iksiri olarak kabul edilmiş, yeri gelmiş hastalıklarda tedavi yöntemi olarak kullanılmıştır. Günümüzde tedavi değeri kalmadığı gibi kronik ve aşırı miktardaki tüketimi ile birçok sağlık sorunun ve sosyal problemin kaynağı haline gelmiştir (1). Alkol kötüye kullanımı erken ölüme neden olan hastalıklarla ilişkilidir ve nöropsikiyatrik bozukluklar, kardiyovasküler hastalıklar, karaciğer sirozu ve kanseri için önemli önlenebilir bir risk faktörüdür. Çeşitli bulaşıcı hastalıkların yanısıra istemsiz veya kasıtlı yaralanmalara da sebep olmaktadır (2).

Günümüzde en önemli sağlık sorunlarından olan alkol ve madde kullanım bozuklukları, hem dünyada hem de ülkemizde giderek yaygınlaşmaktadır (3). Hem birey ve ailesi için, hem de tüm toplum için sosyal, psikolojik ve ekonomik zorluklara yol açmaktadır. Tıbbi, psikolojik ve politik yaklaşımlarla önlenebilir ve tedavi edilebilir bir durumdur.

Ülkemizdeki alkol ve madde bağımlılığı için psikiyatri klinikleri ve bu kliniklerin bünyesinde kurulmuş olan AMATEM (Alkol ve Madde Tedavi Merkezleri) ön plana çıkmaktadır. Bu merkezlerde tüm hastalara alkol ve madde bağımlılığı tedavisi yaklaşımını sağlamak çok zor olduğu için multidisipliner yaklaşıma ihtiyaç duyulmaktadır. Böyle bir aşamada birinci basamağın takip ve tedavideki katkısı kuşkusuz büyüktür. Araştırmalar, bağımlılığın önlenmesine yönelik müdahalelerin önemini göstermiş olup, bu anlamda aile hekimliğinin önemini vurgulamış olmaktadır (4). Primer önleme çalışmaları arasında, özellikle risk altındaki bireylere eğitim ve danışmanlık hizmeti verme yer alır. Maddeyle tanışmış, kullanmaya başlamış fakat henüz bağımlılık veya kötüye kullanım gelişmemiş hastalarda erken dönemde madde kullanımını durdurmaya çalışmak sekonder önleme çalışması olarak sayılabilir. Bu aşamadaki yönlendirmeler ve müdahalelerle normal yaşantıya dönmeleri sağlanabilir. Tıbbi, psikolojik ve sosyal

sorunların önüne geçilmesi, var olan madde kullanım bozukluğunun etkilerinin en düşük düzeyde tutulmaya çalışılması ise tersiyer önleme çalışmalarıdır. Bunlardan yola çıkarak birinci basamak sağlık hizmetlerinin, alkol kullanımı hakkında danışmanlıkta, erken tanıda, acil hizmetlerde ve özellikle koruyucu çalışmalarda rol alması gerektiği tartışılmazdır (5).

Ailenin, bireylerin ruh ve beden sağlığı açısından gerekli olan şefkat, sevgi ve bakım için insan hayatında önemli bir yeri mevcuttur. Bireylerin sağlıklı olmaları, aile işlevlerinin sağlıklı yerine getirilmesi ile mümkündür (6). Madde kullanan bireylerin çoğunun ailesinde de madde kullanımı öyküsü saptanmaktadır ve genellikle ihmalkar, yeterli sevgi ve destek sağlamayan, gevşek disiplinli ailelerden gelen bireylerin çoğunda madde kullanımı görülmektedir. Ayrıca ileri derecede katı, çocuğun gelişimini kısıtlayan, baskın yapıya sahip, boşanmış, ayrı yaşayan ebeveynlerin olduğu, parçalanmış aile çocuklarında da madde kullanımının yaygın olduğu görülmüştür (7).

Sosyoekonomik düzeyde beklenmedik değişimler, kriz durumları, hastalıklar gibi dış etkenler de aile işlevlerini etkilemekte ve aile sağlığını bozabilmektedir. Bu açıdan bakıldığında koruyucu hekimlik açısından bireylerin aile yaşantısının, sosyal çevresinin sorgulanması ve hastaların biyopsikososyal olarak ele alınması gerekmektedir.

Birinci basamağa başvuran bireylerde alkol kullanımının yaygınlığı, alkolle ilişkili problemlerinin çoğu zaman tanınamaması, tanınsa bile alkol kullanımına sebep olabilecek durumlardan biri olduğu düşünülen kötü aile işlevselliğinin atlanabilmesi ve aradaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların sınırlı olması sebebiyle bu çalışmanın yapılmasına gerek duyulmuştur.

Bu çalışmada, birinci basamağa başvuran bireylerde alkol kullanım prevalansını belirlemek, alkol kullanım bozukluğu sıklığını saptamak ve aile işlevleri ile ilişkisini ortaya koymak hedeflenmiştir.

2. GENEL BİLGİLER

2.1. Alkol Kullanım Bozukluğu

2.1.1. Tanım ve Sınıflama

Sağlıksız alkol kullanımı, sağlık problemlerine yol açabilecek düzeyde alkol kullanımının olduğu riskli içicilik, sağlık problemlerinin görülmeye başlandığı ancak alkol kullanım bozukluğu tanısı için henüz yeterli kriterlerin olmadığı ve DSM-V (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-V)' e göre alkol kullanım bozukluğu tanısının konduğu durumları kapsayan bir spektrumu tanımlamaktadır (8,9).

"Standart içki" tanımı ülkeler arasında değişiklik göstermektedir. Amerikan Ulusal Alkol Bağımlılığı ve Alkolizm Enstitüsü (NIAAA) tanımına göre standart içki; 12 gram etanol, 5 oz şarap, 12 oz bira veya 1.5 oz 80 alkol dereceli alkollü içeceğe eşittir. NIAAA' ya göre kadınlarda, 65 yaş ve üstündeki bireylerde günlük 2 standart içkinin ve haftalık ortalama 7 standart içkinin, 65 yaşın altındaki erkeklerde ise günlük 3 standart içkinin ve haftalık ortalama 14 standart içkinin tüketilmesi ile alkole bağlı sağlık problemlerinin görülme riski artmaktadır. Ayrıca NIAAA, kadınların bir oturuşta 4 veya daha fazla, erkeklerin ise bir oturuşta 5 veya daha fazla alkollü içecek tüketimini "binge drinking" olarak tanımlamaktadır. Bu durum intoksikasyona neden olabilmekte ve kardiyovasküler hastalık riskini arttırmaktadır (10).

DSM-IV' e göre madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar, madde kullanım bozuklukları ve madde kullanımının yol açtığı bozukluklar olmak üzere iki kategori içermektedir. Madde kullanım bozuklukları ise; madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı olarak iki alt kategoride tanımlanmaktadır. Madde kötüye kullanımı,

bağımlılığın başlangıç noktası olduğu düşünülmüş ve madde bağımlılığından daha hafif bir bozukluk olarak görülmüştür (11).

DSM-IV' e göre bütün maddeye bağlı bozukluklar için kullanılan tanı ölçütleri aynıdır. Alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı olarak iki bölümde incelenen alkol kullanım bozukluğu en sık karşılaşılan maddeye bağlı bozukluklardır. Alkol kullanım bozuklukları için sıklıkla kullanılan alkolizm terimi, kavram olarak açık bir tanımı içermediğinden resmi tanı sistemlerinde kullanılmamaktadır (12).

2013 yılında yayınlanan DSM-V' te iki ayrı tanı kategorisi olmaktan çıkarılan madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı, madde kullanım bozuklukları tanısı adı altında birleştirilerek sıralanmıştır (13).

DSM-V' e göre alkol kullanım bozukluğu tanı kriterleri; (14)

12 aylık bir süreçte, aşağıdaki kriterlerden en az ikisi ile görülen, klinik açıdan ve işlevsellik açısından belirgin sıkıntıya düşüren sorunlu alkol kullanım örüntüsü gereklidir.

1. İstenilenden daha fazla ve daha uzun süreli alkol kullanımı
2. Alkol kullanımının azaltılması için sürekli bir isteğin veya çabanın sonuç vermemesi
3. Alkolün elde edilmesi, kullanılması veya etkilerinden kurtulmak için fazla zaman harcama
4. Alkol almak için güçlü bir isteğin duyulması
5. Başlıca yükümlülüklerini yerine getirememe
6. Kişilerarası veya toplumsal sorunlar neden olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımının sürdürülmesi
7. Toplumsal, mesleki, dinlenme-eğlenme etkinliklerinin bırakılması veya azaltılması
8. Tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanımı

9. Maddenin sebep olduğu veya alevlendirdiği düşünülen, sürekli olan veya yenileyici bir şekilde ortaya çıkan, fiziksel veya psikolojik bir sorunun olduğu bilinmesine rağmen madde kullanımının sürdürülmesi

10. Aşağıdaki kriterlerden biri ile tanımlanmış tolerans gelişmiş olması

a. Entoksikasyon veya istenen etkinin elde edilmesi için daha fazla madde kullanımı gereksiniminin olması

b. Sürekli olarak kullanılan aynı maddenin aynı miktarı ile daha az etkinin görülmesi

11. Yoksunluk belirtilerinin olması ve bu belirtileri gidermek üzere madde alınımının sürdürülmeye devam edilmesi

DSM-V 'te ilk kez şiddet kavramından bahsedilmiş ve tanı ölçütleri sayısı ile alkol kullanım bozukluğu hafif, orta, ağır şiddetli olarak alt gruplara ayrılmıştır. Tanı ölçütlerinden 2-3 kriterin olması; hafif, 4-5 kriterin olması; orta, 6 ve daha fazla kriterin olması ile ağır şiddetli alkol kullanım bozukluğu tanısı konmaktadır. Alkol kötüye kullanımı kavramı DSM-V ile, hafif şiddette alkol kullanım bozukluğu şeklinde tanımlanmaya başlamıştır (15). DSM-IV' te madde kötüye kullanımı tanı kriterlerinde mevcut olan " maddeyle ilişkili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar" ölçütü DSM-V' te kaldırılmış olup yerine "craving, madde kullanmaya yönelik güçlü bir istek ya da dürtü" ölçütü getirilmiştir. DSM-IV' e göre gidiş belirleyicileri; erken tam remisyon, kalıcı tam remisyon, erken kısmi remisyon, kalıcı kısmi remisyon, denetimli çevrede remisyon, agonist tedavide remisyon olarak tanımlanmıştır. Erken tam remisyon; hastanın 1 aydan uzun 12 aydan kısa bir sürede bağımlılık ölçütlerini karşılamamasıdır. Kalıcı tam remisyon; hastanın bağımlılık ölçütlerini 12 aydan uzun süredir karşılamamasıdır. Erken kısmi remisyon; hastanın 1 aydan uzun ancak 12 aydan kısa bir sürede 1-2 ölçütü karşılamasıdır. Kalıcı kısmi remisyon; 12 aydan uzun bir süreç içinde 1-2 ölçütün karşılanmasıdır. Agonist tedavide remisyon ise; buprenorfin veya metadon tedavisinin 12 aydan uzun süredir başarılı bir şekilde devam ettirilmesi. DSM-V'te ise belirleyiciler olarak erken remisyon, kalıcı remisyon ve denetimli çevrede erken ve kalıcı remisyon bulunmaktadır. Erken remisyon DSM-IV te, 1 aydan uzun, 12 aydan kısa süre içinde bağımlılık ya da kötüye kullanım ölçütlerinden hiç birini karşılamaması şeklinde

tanımlanmakta iken, DSM-V'te 3 aydan uzun 12 aydan kısa olması gerektiği belirtilmektedir (11,16).

ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) sisteminin geçerliliği DSM ile kıyaslandığında biraz daha fazla yüksektir ve genel popülasyonda alkol bağımlılığının tanımlanması açısından DSM' ye göre daha net ve geniş veriler sağlamaktadır (17).

ICD-10'a göre zararlı kullanım (F1x1.) tanısı; kişinin madde kullanımına bağlı ruhsal ve bedensel sağlığının zarar görmesi durumunda konmalıdır. Zararlı madde kullanımı ile çeşitli toplumsal sorunlar meydana gelir ve kişi başkaları tarafından eleştirilir ancak başka bir kimse veya toplumun kişiyi reddetmesi veya tutuklanma, evlilik sorunları gibi sosyal sorunlar mevcutsa bu durum zararlı kullanım adı altında değerlendirilmez. Ayrıca tek başına sarhoşluk veya akut zehirlenme (F1x.0) zararlı kullanım adı altında değerlendirilmez. Alkol kullanımına bağlı başka bir bozukluğun olması, bağımlılık sendromu (F1x.2) veya psikotik bozukluk (F1x.5) mevcutsa zararlı kullanım tanısı konmamalıdır.

ICD-10 'a göre bağımlılık sendromu (F1x.2) tanısı; son bir yıl içinde aşağıdakilerden üç yada daha fazlasının bulunması ile konulabilir: (18)

1. Maddeyi almak için güçlü bir isteğin ve zorluğun olması
2. Madde alınımının denetlenmesinde güçlük yaşanması
3. Madde kullanımının bırakılması ya da azaltılması durumunda fizyolojik bırakma sendromu: Maddenin tipik bırakma sendromu, ya da bırakma belirtilerini giderebilmek için aynı veya benzer maddenin kullanılması
4. Tolerans belirtilerinin görülmesi
5. Maddenin elde edilmesi, kullanılması veya etkilerinden kurtulmak için fazla vakit harcama, diğer uğraşlara harcanan vaktin bu nedenle giderek azalması
6. Aşırı içki nedeniyle karaciğer bozukluğu, madde kullanımının ağır olduğu dönemleri izleyen depresif duygu durumu gibi zararlara rağmen madde kullanımının devam ettirilmesi

2.1.2. Epidemiyoloji

Ülkemizde büyük kentlerde yapılmış olan küçük ölçekli epidemiyolojik çalışmalarda alkole başlama yaşının 12' lere kadar düştüğü görülmüştür. Başlama yaşı en çok 15-22 yaş arasında olup daha çok erkekler alkole başlamaktadır (18).

Amerika gibi gelişmiş ülkelerde alkol tüketim düzeyi sabit düzeyde tutulmakta iken, yapılan çalışmalarda gelişmekte olan ülkelerde alkol tüketiminde artış olduğu görülmektedir. Amerika'da yetişkinlerin % 28'inde sağlıksız alkol tüketimi mevcut iken yetişkinlerin % 8.5' inde alkol kullanım bozukluğu olduğu saptanmıştır (19-21). Alkol kötüye kullanımı yaşam boyu sıklığı erkeklerde % 20 iken bu oran kadınlarda % 10' dur. Amerika' da alkol bağımlılığının yaşam boyu sıklığı ise erkeklerde % 10, kadınlarda % 3-5'tir (22).

Ülkemizde 2010 yılında, 15 yaş üstü erkeklerin % 21.1, kadınların % 4.4'ü, tüm bireylerin ise % 12.6' sını alkol kullanmakta iken, 2014 yılında bu oranlar sırasıyla % 24.3, % 5.8, % 14.9' a yükselmiştir (23). Alkol kullanım bozukluğu % 2.7 oranında görülmekte iken, bağımlılık oranı erkeklerde % 1.3, kadınlarda % 0.4 ve 15 yaş üstü tüm bireylerde % 0.8 oranında görülmektedir (24). 15 yaş üstü tüm bireylerin % 18' i, erkeklerin % 27.6' sını, kadınların % 8.6' sını daha önce alkol kullanmış olup, 15 yaş üstü tüm bireylerin % 67,1 'i, erkeklerin % 48.2'si ve kadınların % 85.6' daha önce hiç alkol kullanmamıştır. Bireylerin % 37.9' u merak nedeniyle, % 8.2'si özentisi nedeniyle, % 1.1'i aile sorunları nedeniyle, % 1.6'sını kişisel sorunlar nedeniyle, % 24.2' si arkadaş etkisi nedeniyle, % 20.7'si eğlence amaçlı, % 2.2' si hiçbir özel neden olmadan alkol kullanmaya başlamıştır (23).

Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) Alkol ve Sağlık Küresel Durum Raporu'nda 2010 yılında dünya geneli 15 yaş üstü kişi başı saf alkol tüketimi 6.2 litredir (24). Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD) raporuna göre 2010 yılında ülkemizde 15 yaş üstü, kişi başı saf alkol tüketimi 1,5 litre iken 2013 yılında 1,4 litredir ve ülkemiz en az alkol tüketen ülkeler arasındadır (25).

Alkol ve Sağlık Küresel Durum Raporu verilerine göre, alkol kullanımı dünya nüfusunun yaklaşık yarısında görülmekte, ayrıca erken lme neden olan, dünya sağlığını bozan önlenebilir en önemli durumların arasında yer almaktadır. 2010 yılında yaklaşık 3.3 milyon kişinin alkolün sebep olduğu nedenlerle yaşamını kaybettiği düşünülmektedir (24).

Ülkemizdeki 2002-2011 TK (Türkiye İstatistik Kurumu) Trafik Kaza İstatistikleri karşılaştırmalı verilerine göre, yıllık 100.000'den fazla sürücünün alkollü araç kullanması sebebiyle ehliyetine el konmuş ve trafik kazalarının yaklaşık %5-6'sı alkollü araç kullanımı sebebiyle meydana gelmiştir (26)

2.1.3 Patogenez

Bağımlılığın sebeplerinden bahsederken tek bir nedenin gösterilmesi yanlış olur. Birçk etken bir arada bulunmaktadır. Madde kullanımı ve bağımlılığı sebepleri aşağıdaki başlıklar altında incelenebilir (7);

1. Psikolojik etkenler
2. Kalıtımsal etkenler
3. Biyolojik etkenler
4. Aile ve diğer sosyokültürel etkenler

1. Psikolojik etkenler: Alkol bağımlısı olan ve olmayan bireylerdeki psikolojik testlerin sonuçlarının farklı olması bu teoriyi ortaya çıkarmaktadır. Alkolün sıkıntı, anksiyete gibi bazı duyguları yok etme özelliğinin olması, sosyal ortamı değiştirerek bireyin daha aktif olmasını sağlaması ve bireyin hatırlamak istemediği anıları ortadan kaldırması, alkolün daha sık ve daha fazla miktarda içilmesine neden olmaktadır (27).

2. Kalıtsal etkenler: Yapılmış çalışmalarda, birinci derece yakınlarında alkol bağımlısı bulunması bireylerin bağımlı olma riskini yaklaşık 4 kat arttırmaktadır (27). Çift yumurta ikizlerine oranla tek yumurta ikizlerinde bağımlılık oranlarının daha yüksek olduğu saptanmış ve evlat edinme ile ilgili yapılmış çalışmalarda genetik etmenlerin rolü ortaya konmuştur (1). Erkek cinsiyet de bağımlılık oranını yaklaşık 4 kat arttırmaktadır (7).

3. Biyolojik etkenler: Alkol bireyler arasında farklı biyoloji etkiler oluşturmaktadır (27). Japonlar, Tayvanlılar, Amerikan Kızılderelileri, Koreliler gibi bazı ırklarda alkol intoksikasyonu belirtileri düşük dozlarda ortaya çıkmakta ve doğuştan gelen bir intolerans ile bu ırka mensup bireyler doğal olarak bağımlılıktan korunmaktadır. (1)

4. Sosyokültürel etkenler ve aile: Bir maddenin yaşanılan çevrede birey tarafından kolayca elde edilmesi o maddenin kullanımını arttıran bir durumdur. Aynı zamanda o maddenin toplum tarafından kabul edilmiş olması o maddeyi kullanan kişi sayısını artırır. Aksine sosyal cezalandırmalar (işten çıkarılma, eş tarafından terk edilme vb.) maddenin kullanılmasını engeller (7).

Modern toplumlardaki kültürel tutumlar kitle iletişim araçları ile bireylere yansıtılır. Reklamlar yoluyla alkollü içecekler hakkında olumlu bir imaj oluşması sağlanabilmektedir. Bireyler alkol tüketiminin sosyalleşmeye yardımcı olduğunu, sosyoekonomik düzeyi yüksek gösterdiği çekici bir durum olduğunu düşünebilmektedir. Bireylerin yaşadığı günlük streslerin, toplumsal baskıların, zorlukların çözülmesinin engellendiği toplumlarda madde kullanım yaygınlığı daha yüksek görülmektedir. Sosyoekonomik düzey genel olarak madde kullanım sıklığını değiştirmemektedir, sosyoekonomik düzeye göre kullanılan maddenin türü değişmektedir (7).

Sosyal becerilerin iyi gelişmiş olması ,özgüven duygusunun varlığı, okul-iş başarısının yüksek olması bağımlılık riskini azaltan durumlardır. Evlenmemiş olmak, alkol kullanımına erken yaşta başlamak, sorunlu davranışları olan arkadaşlarla

takılmak madde bağımlılık riskini arttıran durumlardır. Bireyin yetiştiği ailede madde kötüye kullanım öyküsünün olması, ailede psikiyatrik hastalığı olan ebeveynin bulunması, çocuk ile ebeveyn arasında ilgi ve bağlanma eksikliğinin olması madde bağımlılığı riskini arttıran durumlardır. Güçlü ve pozitif aile bağları, aile kurallarının olması ve bunların açık bir şekilde ve uygulanabilir olması madde bağımlılık riskini azaltmaktadır (28).

2.1.4. Alkol Kullanımının Yol Açtığı Bozukluklar, Fizyolojik ve Sosyal Etkiler

Sağlıksız alkol tüketimi ile hastalar, travma ve yaralanma, anksiyete, depresyon, intihar, komorbid madde kullanımı, hipertansiyon, karaciğer hastalıkları, pankreatit, gastrit, özefajit, kronik enfeksiyon hastalıkları, pnömoni, kardiyak semptomlar, santral ve periferik nörolojik semptomlar, elektrolit bozuklukları, uyku bozuklukları, artmış karaciğer enzimleri, kemik iliği süpresyonu, makrositoz, sosyal ve yasal problemler ile ağız, özefagus, karaciğer ve meme kanseri gibi birçok durumla karşıımıza çıkabilmektedir(29,30).

DSM-IV-TR' e göre alkol kullanımının yol açtığı bozukluklar; alkol entoksikasyonu, alkol yoksunluğu sendromu, alkol yoksunluk deliryumu (deliryum tremens) alkolün yol açtığı kalıcı demans, alkolün yol açtığı kalıcı amnestik bozukluk, alkolün yol açtığı psikotik bozukluk, alkolün yol açtığı duygu durum bozukluğu, alkolün yol açtığı anksiyete bozukluğu, alkolün yol açtığı cinsel fonksiyon bozukluğu, alkolün yol açtığı uyku bozukluğu, alkol ile ilgili başka türlü adlandırılmayan bozukluklar şeklinde tanımlanmaktadır.(1) DSM-IV-TR' den farklı olarak DSM-5' te madde/ilaç kullanımının yol açtığı ruhsal bozukluklar içinde daha önce olmayan obsesif-kompulsif ve ilişkili bozukluklar ve bipolar bozukluklar mevcuttur (9).

2.1.4.1. Alkol Entoksikasyonu

Alkol alımından kısa bir süre sonrasında veya alkol alımı sırasında klinik olarak uygunsuz davranışların ya da psikolojik (uygunsuz cinsel istekler, saldırgan davranışlar, yargılama bozukluğu vb.) değişikliklerin olması ve en az bir nörolojik belirtinin (sözü ağızda geveleyerek konuşma, koordinasyon bozukluğu, sendeleyerek yürüme, nistagmus, dikkat veya bellek bozukluğu, stupor/koma) görüldüğü ve bu belirtilerin başka bir sağlık sorunu ile açıklanamadığı durumdur. Alkol entoksikasyonunda gözlenen belirtilerin şiddeti, kandaki alkol konsantrasyonunu kabaca yansıtabilecek ilişkidir. Alkol entoksikasyon şiddetine bağlı olarak kişide solunum depresyonu, koma ve ölüm görülebilir (12).

2.1.4.2. Alkol Yoksunluğu ve Deliryum Tremens

DSM-V' e göre alkol yoksunluğu tanısı için, uzun süreli ve aşırı ölçülerde alkol kullanımından sonra alkol kullanımının bırakılması veya azaltılması durumunda, sonraki birkaç saat ya da gün içerisinde gelişen, başka sağlık sorunu ile açıklanmayan aşağıdaki belirtilerden en az ikisinin görülmesi gerekmektedir; (14)

1. Otonomik hiperaktivite
2. El tremorunda artış
3. Uykusuzluk
4. Bulantı veya kusma
5. Gelip geçici görsel, duyuşsal veya dokunşsal halüsinasyonlar
6. Ajitasyon
7. Bunaltı
8. Jeneralize tonik-klonik kasılmalar

Alkol yoksunluğu belirtileri, depresyon, yorgunluk, malnutrisyon, fiziksel hastalık durumlarında daha fazla miktarda görülebilmekte ve bu durumlar yoksunluk için yatkınlık kazandırmaktadır.

Alkol yoksunluğunun klasik belirtisi tremordur ancak belirti spektrumu geniştir ve halüsinasyonlar, nöbet ve alkol yoksunluğu deliryumu adı verilen deliryum tremens görülebilmektedir (12). Deliryum tremens, genellikle son içkiden 72-96 saat sonrasında görülebilmektedir. Deliryum semptomuna ek olarak, aşırı otonomik hiperaktivite, ateş, şiddetli taşikardi ve hipertansiyon, ajitasyon, terleme, halüsinasyon ve oryantasyon bozukluğu deliryum tremensi akla getirmelidir. Deliryum tremens alkol bağımlılarının genellikle % 5-12' sinde görülebilmekte ve tedavisiz % 40 oranında, uygun tedaviyle % 5 ten daha az oranda ölümlerle sonuçlanabilmektedir (31,32). Uzun süreli alkol tüketimi olanlarda, daha önce deliryum tremens öyküsü olanlarda, 30 yaşından büyük bireylerde, komorbid hastalık varlığında, son içki alımı zamanı ile alkol yoksunluğu oluşma zamanı arasındaki süre uzun olanlarda deliryum tremens gelişme riski daha fazla olmaktadır (33-37).

Alkol yoksunluğu olan hastaların % 10' una yakınında ise nöbet görülebilmektedir. Nöbetler tipik olarak jeneralize tonik klonik kasılma şeklinde ve genellikle son içkiden 24-48 saat sonra olmaktadır (38).

2.1.4.3. Alkolün Yol Açtığı Kalıcı Demans

Birçok çalışmada alkol bağımlılığı öyküsü ve demans olanlarda genişlemiş ventriküller ile kortikal atrofi varlığı tespit edilmiştir. Ancak sebep demans sebebi olarak alkol gösterilmeden önce geniş kapsamlı bir tanısal değerlendirme yapılmalıdır (12).

2.1.4.4. Alkolün Yol Açtığı Kalıcı Amnestik Bozukluk

Uzun süreli ve yoğun alkol kullanımından dolayı oluşan kısa dönemli hafıza bozukluğudur. Amnestik bozukluk için klasik adlar; Wernike ensefalopatisi ve Korsakof Sendromudur (12). "Alkolik ensefalopati " veya "Wernike ensefalopatisi" olarak da isimlendirilen Wernicke Sendromu' nda yakın hafıza bozukluğunun yanında oftalmopleji ve nistagmus ile beraber konfüzyon ve ataksi görülür. Tedavi olarak 100 mg/gün thiaminin intravenöz veya intramusküler olarak erkenden verilmesi, Korsakoff Sendromu'nun gelişmesini engeller ve hastalığın tamamen düzelmesini sağlar. Korsakoff Sendromu kronik bir durumdur; tedavi ile %20 oranında düzelme görülmektedir. Karakteristik semptomları; amnezi, konfabulasyon ve öğrenme bozukluğudur. Anterograd amneziye bağlı görülen hafızadaki boşluklar konfabulasyonlar ile tamamlanır. Tedavide uzun süreli oral thiamin (100 mg/gün) verilmelidir. Her iki hastalığın sebebi de emilim bozukluğuna bağlı olarak gelişen tiamin (B1 vitamini) eksikliğidir veya yetersiz beslenmedir (1). Tiamin birçok önemli enzimin kofaktörü olarak görev yapar ve ayrıca akson potansiyellerinin iletiminde etkilidir.

Nöropatolojik lezyonlar paraventriküler olup simetrik; mamiller cisim, hipotalamus, talamus, medulla, pons, serebellum ve forniksi içerir (12).

2.1.4.5. Alkole Bağlı Geçici Hafıza Kaybı (Alcoholic Blackout)

Ağır derecede alkol kötüye kullanımı olan bireylerde, alkolün yol açtığı diğer amnestik epizodlardan biri de "blackout" olarak adlandırılan geçici hafıza bozukluğunda çok yakın geçmişteki olaylar veya yeni bilgiler hatırlanamaz ve ifade etme yeteneği birdenbire kaybedilir. Alkol almaya başladıktan sonraki zaman

periyodunu kapsayan bu durumda, kişi genellikle sabah uyandıığında, içkili olarak geçirdiği geceyi ve yaşadıklarını hatırlamadığının farkına varır (39).

2.1.4.6. Alkolik Pellegra Ensefalopatisi

Konfüzyon, miyoklonus, ters hipertoni, apati, yorgunluk, anoreksi, huzursuzluk, uykusuzluk ve bazen de deliryumun görüldüğü durumdur. Niasin eksikliğine bağlı olarak görülen bu durum, bazen psikiyatristlerin Wernike Sendromu veya Korsakoff Sendromu olarak tanımlayıp tiamin tedavisine yanıtız kalındığında akla gelmektedir (12).

2.1.4.7. Alkolün Yol Açtığı Ruhsal Bozukluklar ve Komorbidite

Sağlıksız alkol kullanımı; depresif bozukluk, anksiyete bozukluğu, posttravmatik stres bozukluğu, yeme bozuklukları, diğer madde kullanım bozuklukları ve uyku bozuklukları gibi ruhsal bozukluklara yol açmaktadır (40). Ortaya çıkmasında alkolün sebep olduğı psikiyatrik bozuklukların klinik görünümünde, bozukluklara özgün olan klinikten farklı bir durum yoktur. Farklı olarak etiyolojiden alkol kullanımı sorumludur. Tedavilerinde öncelikle gerekiyorsa alkol tedavisinin yapılması ve alkol kullanımının sonlandırılması gereklidir.(1)

Alkole bağı bozukluklarla birlikte en sık görülen psikiyatrik tanılar; diğer maddelere bağı bozukluklar, antisosyal kişilik bozukluğu, duygu durum bozukluğu ve anksiyete bozukluğudur. Alkole bağı bozuklukları olan kişilerde daha fazla özkıyım oranının olduğı öngörülmektedir (12). Yapılan çalışmalarda, bipolar hastalarda alkol kullanım bozuklukları eş tanısının hastaların yarısına yaklaşımakta hatta aşabilmekte olduğı görülmüştür. Yapılmış iki geniş çalışmada bu oranlar % 46

ve % 58 olarak saptanmıştır (41,42). Alkole bağılı bozukluğu görülen bireylerde yaşam boyu majör depresyon prevalansı ise yaklaşık % 30-40 oranındadır. Alkole bağılı bozukluğu olan bireylerin % 25-50'inde de anksiyete bozuklukları görülmektedir. Bu hastalarda anksiyete bozuklukları içinde en sık karşılaşılan komorbid durumlar panik bozukluk ve sosyal fobidir. Anksiyetenin bastırılması amacıyla kullanılan alkol daha sonra kalıcı bir bozukluk haline gelmektedir (1).

2.1.4.8. Alkolün Yol Açtığı Psikotik Bozukluk

Alkolün yol açtığı psikotik bozukluk tanısı için DSM, oluş zamanı (entoksikasyon veya yoksunluk esnasında) ve halüsinasyon veya sanrıların varlığına göre özgül bir sınıflandırma sağlamıştır. En sık rastlanan halüsinasyon işitseldir. Halüsinasyonlar genelde bir haftadan kısa sürmekte ancak bu hafta boyunca kişinin gerçeği değerlendirme yetisi oldukça bozulmuştur. Yoksunluğa bağılı halüsinasyonlar, alkolle ilişkili olması, klasik şizofreni öyküsünün yokluğu ve kısa süreli oluşu ile şizofrenideki halüsinasyonlardan ayırt edilir (12).

2.1.4.9. Alkolün Diğer Vücut Sistemlerine Etkisi

Yapılmış birkaç prospektif kohort çalışmada, hafif ve orta derecede alkol tüketimi olan bireylerle, içmeyen veya ağır alkol tüketimi olanlar kıyaslanmış. Hafif ve orta derecede alkol tüketiminin koroner kalp hastalığı riskini % 40-70 oranında azalttığı ortaya konmuştur (32). Ancak ciddi miktarda alkol alımı hipertansiyon, dislipidemi, artmış miyokard enfarktüsü ve serebrovasküler hastalık riskiyle ilişkilidir (43). Özellikle baş, boyun, özefagus, mide, karaciğer, pankreas, barsak, akciğer kanser riskini arttırabilmektedir.

Alkol alımında en önemli yan etki karaciğer hasarıdır. Artmış alkol kullanımının kısa süreli olması durumunda bile karaciğerde protein ve yağlar birikebilmektedir ve yağlı karaciğer görünümüne sebep olmaktadır. Alkol kullanımı, alkolik hepatit ve hepatik siroz gelişimi ile ilişkilidir.

Ciddi miktarda ve uzun süreli alkol kullanımı ayrıca özefajit, gastrit, gastrik ülser, aklorhidri, özefagus varisleri, pankreatit, pankreas yetmezliği, kolelitiazis, renal disfonksiyon, osteoporoz, periferel nöropati, miyopati, besinlerin sindirim ve emilim bozukluğu, özellikle B12 vitamini olmak üzere vitamin eksikliklerine neden olmaktadır (12).

2.1.4.10. Fetal Alkol Sendromu

Gebeliğin özellikle ilk üç ayında, günde en az iki kadeh alkol tüketiminin yapısal, nörolojik ve davranışsal sorunların olduğu Fetal Alkol Spektrumu Bozuklukları'na sebep olduğu iyi bilinmektedir. Bu spektrumun en ağır şekli Fetal Alkol Sendromu (FAS)'dur. Fenotipin eksiksiz bulunduğu durumdur; incelmış üst dudak, kısa palpebral fissür ve düz filtrum gibi karakteristik minör yüz anomalileri, prenatal ve/veya postnatal büyüme geriliği, mental gelişim bozukluğu bulunmaktadır (44).

2.1.4.11. Alkol Kullanımının Yol Açtığı Sosyal Sorunlar

Ağır alkol kullanımı, hastanın hayatının her yönünü etkileyebilmektedir. Alkollü araç kullanımı sonucu, trafik kuralları ihlalleri, motorlu araç kazaları, şiddet içeren davranışlar meydana gelmekte, yasal problemler ortaya çıkmaktadır. Ayrıca

bireyin işine geç kalmasına, sık hasta olup sık izin almasına, konsantrasyonunda azalmaya ve işte yeterliliğin azalmasına, işini kaybetmesine sebep olmaktadır.

Alkol kullanımı, bireyin aile hayatını da etkilemekte iken, aile içi çatışmalara, sorumlulukların ihmaline, ailede disiplin eksikliğine, sosyal izolasyona, çocuk veya eş istismarına, boşanmaya, çocukların velayet kaybına da neden olabilmektedir. Ebeveynlerde alkol öyküsünün olması, çocuklarda öğrenme güçlüğü, konsantrasyon bozukluğu, sorumluluk bilincinde azalma, sosyal problemler, sosyal izolasyon, davranış bozuklukları ortaya çıkarmaktadır. Tüm bu sorunların bireyler ve aileler üzerinde büyük ölçüde duygusal yönden etkisi olurken, bu sorunlar toplumda ve sağlık sistemi üzerinde ciddi mali giderlere neden olmaktadır (45,46).

2.1.5. Tarama

13- 18 yaş arası tüm çocukların, 18 yaş ve üzeri tüm yetişkin bireylerin her klinik karşılaşmada alkol kullanımı açısından değerlendirilmesi gerekmektedir. Özellikle alkol kullanımına bağlı sosyal, fizyolojik veya psikolojik sorunlar yaşadığı düşünülen bireylere, karşılaşılabilecekleri sağlık riskleri ve alkolün zararları hakkında bilgi verilmelidir. Bilgilendirilmenin yanısıra bu bireyler tedavinin sağlanması amacıyla ilgili merkezlere yönlendirilmelidirler. Özellikle doğurganlık çağındaki kadınlar, alkol kullanımının gebelik, emzirme, kadın sağlığı üzerindeki etkileri açısından bilgilendirilmelidir (47,48).

Birinci basamakta tarama için en iyi yaklaşımlardan biri, kısa ve basit soruların olduğu, kullanım için uygun, onaylanmış testlerin uygulanmasıdır (49). Alkol kullanım bozukluklarının erken tanısının konması amacıyla birçok pratik, geçerli ve öz bildirim dayalı tarama testi geliştirilmiştir. Bunlar arasında en sık kullanılan KESİ, MATT (Michigan Alkolizm Tarama Testi), AKBTT (Alkol Kullanım Bozuklukları Tarama Testi), gebe kadınlarda kullanılmak üzere geliştirilen

TWEAK, adolesanlarda kullanılmak üzere geliştirilen CRAFFT ve geriyatrik bireylerde kullanılmak üzere geliştirilmiş MAST-G (Michigan Alcoholism Screening Test-G)' dir (48-51).

KESİ (Alkolü Kesme ya da azaltma ihtiyacı, çevredeki insanlar tarafından Eleştirilmeden dolayı rahatsızlık duyma, içmeden dolayı Suçluluk hissetme, ayılabilmek ya da sakinleşebilmek için sabahları İlk iş olarak alkol alma) dört sorudan oluşmaktadır. Bu sorulardan en az birine 'evet' yanıtının verilmesi, kişide alkol kullanım sorunu olabileceğini ve daha ileri bir değerlendirme yapılması gerektiğini gösterir. Birinci basamakta alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığını tarama amacıyla en sık kullanılan testtir (49).

Sık kullanılan bir diğer test AKBTT, kullanılan alkol miktarını, kullanım tarzını değerlendiren ve tehlikeli alkol kullanımını gösteren 10 soruluk bir ölçektir. 8 ve üzeri puan alan kişilerin alkol öyküsü derinlemesine incelenmelidir (7).

Tarama testlerinde hastaların damgalanma endişesinin olması, testin değerlendirilmesinin hastanın dürüstlüğüne ve hafızaya dayanması nedeniyle objektif veri elde etme gereksinimi duyulmaktadır (52). Sağlıksız alkol kullanımını gösteren, tarama testi olarak kullanılabilir laboratuvar bulguları mevcuttur. Bunlar, aşırı miktarda alkol kullanımına bağlı artmış karaciğer enzimleri [AST (aspartat aminotransferaz) /ALT (alanin aminotransferaz)' nin en az 2:1 olması ve yüksek düzeyde gama glutamil transpeptidaz enzimi), pansitopeni, makrositoz ve artmış karbonhidrat-eksik transferrin (CDT (Carbonhydrate Deficient Transferrin)]' dir (53).

Alkol kullanımını önlemeye yönelik uygulanan kontrol politikaları hakkında DSÖ' nün Alkol ve Sağlık Küresel Durum 2011 Raporu'nda aşağıdaki başlıklardan bahsedilmektedir (25):

1. Konuyla ilgili eğitimlerin verilmesi
2. Erken müdahale ve tedavi hizmetleri
3. Alkollü araç kullanılmasının önlenmesi

4. Alkollü içkilerin ulaşılabilirliğinin kısıtlanması
5. Fiyat ve vergilendirme sistemi
6. Reklam ve sponsorluğun önlenmesi

2.2. Aile

2.2.1. Ailenin Tanımı

Geniş bir yelpazeye sahip tanım farklılığı olan aile, üyeler arası etkileşim ve ilişki ile sosyal bir grup; sosyoekonomik yönden bir birlik; sistematik kuralları mevcut olan, üyelerin ihtiyaçlarının karşılandığı ve sürdürüldüğü sosyal bir kurum şeklinde tanımlanabilmektedir (54).

Türk Aile Yapısı Özel İhtisas Komisyonu tanımına göre, “Aile, kan bağılılığı, evlilik ve diğer yasal yollardan, aralarında akrabalık ilişkisi bulunan ve genellikle aynı evde yaşayan bireylerden oluşan; bireylerin sosyal, cinsel, psikolojik ve ekonomik ihtiyaçlarının karşılandığı, topluma uyum ve katılımlarının sağlandığı ve düzenlendiği toplumsal birimdir.” (55).

Ailenin diğer sosyal ilişkilerden en fazla göze çarpan özelliği evrensel olmasıdır. Neslin devam ettirilme arzusu, annelik, ebeveynlik duyguları, eşlerin romantik ve şefkat duyguları, arkadaşlık duyguları gibi birçok duyguyu barındırır. Ailenin bir diğer özelliği şekillendirici olmasıdır. Kişilik yapılarının gelişmesi, alışkanlıkların kazanılması, sosyalleşmenin sağlanması aile aracılığı ile gerçekleşir. Aile, şekillenmiş sosyal yapıların en küçük birimidir ve aile üyelerinin bireysel sorumlulukları mevcuttur (56).

DSÖ tanımına göre ise aile, sağlığın ve refahın sağlanmasında birincil sosyal etmendir. Sağlık problemleri ve hastalıklarla karşılaşıldığında çoğunlukla başvuru kaynağı aile olmaktadır ve yapılan çalışmalar ile sağlığın bütün halleri üzerinde

ailenin güçlü bir etkiye sahip olduğu gösterilmiştir. Bireylerin sağlık durumunun geliştirilmesi, tedavilere uyum, kronik hastalık yönetimi, morbidite ve mortalite bu etki alanındadır. Bu yüzden hasta sağlık hizmetinde birincil odak olsa da ailenin göz önünde bulundurulması gerekmektedir. Aile hekimleri, bütüncül yaklaşımı kullanarak ve psikososyal- biyolojik süreçlerin ilişkisini ortaya koyarak, bireylerin sağlığını etkileyen ailesel stresleri belirleme açısından en uygun konumda bulunmaktadır. Aile yapısı genogram ile değerlendirilebilirken; aile üyelerinin yaşları ve gelişimsel evreleri ile ailenin gelişimi ortaya konulabilir. Aile işlevlerine ise öykü ve ailedeki sürecin gözlenmesi ile ulaşılabilir (57-62).

Her topluma özgü, bölgelere, sosyal sınıflara, toplumdaki alt gruplara göre farklılık gösteren çok sayıda aile tipi mevcuttur. Bu sebeple aile kurumunu ve fonksiyonlarını tanımlayan çok sayıda görüş ortaya çıkmıştır (63).

2.2.2. Aile Türleri

Hanede yaşayan kişi sayısı, otorite işlevi, yerleşim yerleri, aile işlevlerini yerine getirme durumlarına göre aileler sınıflandırılmaktadır (64). Büyüklüklerine göre aileler geleneksel (geniş) aile ve çekirdek aile olmak üzere ikiye ayrılmaktadır ve günümüzde en geçerli sınıflama budur. Annenin, babanın ve evlenmemiş çocukların bulunduğu aileye çekirdek aile denirken, tek hanede birden çok kuşağın bir arada yaşadığı aileye geniş aile denmektedir (65,56). Genellikle kırsal veya geleneksel toplumların bir kurumu olan geniş aile, kişinin özgürlüğünü sınırlandırıcı, toplumsal gelişimi engelleyici özelliğe sahiptir. Modern toplumdaki aile tipi ise çekirdektir. Sanayileşmiş çağdaş toplumlarda, özellikle kentlerde çekirdek aile tipine daha sık rastlanmaktadır (56).

Kırsal bölgelerden kent hayatına göç etmiş aileler görünürde ne kadar çekirdek aileyi yansıtır olsa da değer yargıları, duygu ve düşünce yapıları, aile içi

etkileşimleri, geniş aile özelliğinde devam ettirmekte, kökenlerinden kopmuş olmanın getirdiği suçluluk ve yalnızlık duygularını yaşamaları sonucu geleneksel yaşam tarzlarına daha fazla sarılmaktadır. Kendilerine benzer ailelerle aynı bölgelerde kümeleşip daha güçlü olmaya çalışmaktadır. Hem geleneksel fonksiyonlarını hem de yeni aile tipi fonksiyonlarını bünyesinde barındıran bu ailelere geçiş ailesi denmektedir. Bu tür aileler daha çok büyük şehirlerin gecekondu bölgelerinde yaşamaktadır (66).

Parçalanmış/eksik aile, yasal olarak kurulmuş evlilik birliğinin yasal yollarla sona erdirilmesi sonucunda çocukların vesayetinin eşlerden birine verilmesi, eşlerden birinin iş sebebiyle geçici olarak başka yerde yaşaması, eşlerden birinin ölmesi ya da evlilik bağı olmayan çiftler ve çocuklarının oluşturduğu ailelerdir (67).

Otorite işlevi açısından aile tipleri ise anaerkil ve ataerkil olmak üzere iki tiptir. Anaerkil aile, kadın cinsiyetin egemen olduğu, kararların anne tarafından verildiği, otoritenin genellikle ailedeki en yaşlı kadında olduğu ailedir. Ataerkil ailede ise en yaşlı erkek aileye egemendir ve aileyle ilgili tüm kararları verir. En yaşlı erkek aileye hakimdir, aileyle ilgili tüm kararları verir. Kadınların görevi ev işlerini yapmak, çocuk bakmak ve büyütme. En son kararları erkekler verir. Ancak kadının da çalışma hayatına atılması sonucu evdeki statüsü yükselmiş, bunun sonucunda evde karar alma sürecinde babayla anne birlikte hareket etmeye başlamış, eşitlikçi aileler ortaya çıkmıştır (54).

Yerleşim yerlerine göre aileler genel olarak kırsal aile, kentsel aile ve gecekondu ailesi olarak incelenir. Kırsal kesimde yaşayan ailelerde kadının eğitim olanaklarından faydalanması oldukça sınırlıdır. Genelde ilkokuldan sonra eğitimlerine son verilip evlenmektedirler. Genellikle ailedeki tüm bireyler birlikte çalışıp, birlikte üretirler ve aile ekonomik bir birimdir. Ailenin kadın üyelerinin ekonomik katkısı çok olmasına rağmen ekonomik bağımsızlıktan haberi yoktur. Gecekondu aileleri ise, geniş ve çekirdek aile özelliklerini birlikte taşırlar. Bu aileler düzensiz kentleşme sebebiyle yaşamlarını olumsuz bir çevrede sürdürmektedirler (56). Kırsal ve kentsel aileleri arasında geçiş özellikleri taşırlar (68).

Kentsel aileler; tarımdan tamamen kopmuş, işçi, esnaf, memur olarak çalışan ailelerdir. Kadınların eğitim düzeyi daha yüksek olmakta, sosyal yönden daha geniş çevreye sahip olmakta, üretkenliği artmaktadır. Ailenin kadın üyeleri yasal haklarını daha çok bilmekte, aile üyeleri arasında daha çok iş bölümü ve paylaşım olmaktadır. Bu yüzden aile bireyleri arasındaki yakınlık artmaktadır (56).

İşlevlerini yerine getirme durumlarına göre aileler, sağlıklı işlevlere sahip aile ve sağlıklı işlevlere sahip olmayan aile olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Sağlıklı işlevlere sahip aile, açık ve dolaysız bir iletişim şekline sahip, problemleri bir araya gelerek çözebilen, bireylerin rollerini beklediği gibi yerine getirebilen, duygusal bağın kuvvetli olduğu, özgürlükleri kısıtlamayacak düzeyde diğer aile üyeleriyle ilgili olan bireylerin olduğu ailelerdir (69). İşlevlerini sağlıklı yerine getiremeyen ailelerin en belirgin özellikleri, kişiler arası ilişkilerin bozuk ve iletişimin kötü olmasıdır. Aileyle ilgili sorunlara birlikte çözüm aramayan, belirli rollerin bireylere zorla yüklendiği, bireyler arasında olumsuz duyguların beslendiği, gerçek bir yakınlığın olmadığı ailelerdir (70).

TÜİK, 2013-2014 Adrese Dayalı Nüfus Kayıt Sistemi Sonuçları' na göre ortalama hane halkı büyüklüğü 3.6 iken, TÜİK 2012-2013 Gelir ve Yaşam Koşulları Araştırması'na göre hane halkının yapısı incelendiğinde tek kişilik hane halkı oranı % 8.9 olarak saptanmıştır. Aynı araştırma sonucuna göre tek ebeveynli hane halkı oranı% 8.2, çocuklu çiftlerden oluşan hane halkı oranı % 53.6, çocuksuz çiftlerden oluşan hane halkı oranı % 16.2, üç kuşağı içeren hane halkı oranı ise % 13.1'dir.

TÜİK 2014 Yaşam Memnuniyeti Araştırması Sonuçları' na göre kendilerini en fazla ailelerinin mutlu ettiğini ifade eden bireylerin oranı % 73.3 iken, bu oran erkeklerde % 77.3, kadınlarda % 69.3 olarak saptandı. Aynı araştırmanın sonucunda toplumda itibarlı olmayı sağlayan en önemli nedenin düzgün aile yaşamı olduğunu ifade edenlerin oranı % 42.9, erkeklerde bu oran % 38.6 iken kadınlarda % 47.2 idi (71)

2.2.3. Aile İşlevleri

Aile işlevleri, ailenin ve üyelerinin bireysel ihtiyaçlarının yerine getirildiği, devam ettirildiği aktiviteler ve davranışlar olarak tanımlanabilir. İşlevlerden birindeki zayıflık ve zorluklar diğer işlevleri de etkilemektedir. İşlevler açısından diğer önemli bir nokta, işlevlerin aile ve üyeleri tarafından algılanış şeklidir. İşlevlerin algılanış şekli ekonomik, siyasi, sosyolojik, politik değişimlere göre farklılık gösterebilmekte, aile üyelerinin tutum ve davranışları etkilenebilmektedir (72).

Aile, farklı kişiliklere, rol beklentilerine, değerlere ve yeteneklere sahip iki veya daha fazla bireyden oluşan topluluktur. Aile işlevleri temelde tüm aileler için aynı gibi görünse de, her aileninki benzersiz, kendine has, farklı özgeçmişe sahiptir (73). Ailenin biyolojik, psikolojik ve sosyolojik yapısının gerektirdiği, birey ve toplumun ihtiyaçları olan ait olma, korunma, barınma, sevmeye ve sevilme, güvenme, statü kazanma, kendini gerçekleştirme, üreme, çocukların bakımı ve eğitimi, kazanılmış maddi ve manevi her şeyin yeni nesillere aktarımı gibi birçok görev yerine getirilmektedir. Neslin devamlılığını sağlama, aile üyelerinin psikolojik, sosyal ve eğitimsel doyumlarının sağlanması evrenselleşmiş görevlerdendir (74).

Aile işlevlerini sağlıklı bir biçimde yerine getiren aileye sahip bireyler, ruhsal yönden daha sağlıklı, bunalım ve şüphecilik göstermeyen, sorunlar karşısında hemen endişeye kapılmayan, iyi ilişkiler kurabilen kişilerdir. Geleceğe yönelik beklentileri olumludur. Sağlıksız ailelerden gelen bireyler ise, kötü ilişkilere sahip, içe kapanık, bağımlı, gelecek kaygısı olan, şüpheli kişilik yapılarına sahiptir (75).

Ailenin işlevleri, hem aileye ait faktörler hem de topluma ait bazı faktörler tarafından düzenlenmektedir. Aile tipi, fiziki şartları, hanede yaşayan kişi sayısı, bireylerin eğitim durumları, ailede yaşayan bireylerin sağlık durumları, ailenin toplumdaki statüsü, sosyoekonomik düzeyi, aile dinamikleri ve aile yaşam döngüsü aileye ait faktörlerdir. Topluma ait faktörler ise, örf ve adetler, cinsiyete yüklenen roller, toplumsal olanaklar ve hizmetler, eğitime verilen önem gibi faktörlerdir (76).

Aile işlevleri birçok sosyolog tarafından farklı şekillerde ele almıştır. Aile işlevleri; Biyolojik işlevi, psikolojik doyum işlevi, eğitim ve sosyalizasyon işlevi, ekonomik işlevi, koruyuculuk işlevi, dini işlevi, boş zamanları değerlendirme işlevi ve prestij sağlama işlevi olarak sayılabilir (77). Bahsedilen işlevlerden ilk üç tanesi hem çekirdek hem de geleneksel geniş ailenin işlevleri olup, geri kalanlar sadece geleneksel aile işlevlerini tanımlamaktadır. Çekirdek ailenin işlevlerinin büyük çoğunluğu zaman içinde başka toplumsal kurumlara devredilmiştir.

2.2.3.1. Biyolojik İşlev

Biyolojik işlev, üreme ve çoğalma göreviyle neslin devamlılığını sağlamak ve ailenin mevcudiyetini korumaktır. Ailenin en temel ve önemli işlevidir. Biyolojik işlev tüm aile tipleri için eşit öneme sahip ve her zaman mevcudiyetini korumuştur. Ailelerin kurulması bu işlevle sağlanmakta, nesiller bu işlev sayesinde oluşmaktadır.

2.2.3.2. Psikolojik/ Doyum İşlevi

Biyolojik işlevde olduğu gibi ailenin değişmeyen ve en temel işlevlerinden biridir. Aile üyeleri arasında gelişen duygusal bağ yoluyla psikolojik doyuma ulaşılır (77). Aile bir nevi birbirine yabancılaşmaya başlamış insanların psikolojik olarak nefes aldığı yerdir. Üyeler için huzurun, rahatlığın, mutluluğun olduğu bir ortamı sağlamaktadır (78). Çocuğun ağlama, öfkelenme, üzülme, sevinme, şımarma, oynama, nazlanma, sığınma, saygı ve sevgi gibi psikolojik ihtiyaçları mevcut olup bunları ailede en iyi karşılayan anne şefkatidir. Çocuğun bu psikolojik ihtiyaçlarını sıcak bir yuva karşılar ve topluma yararlı, sosyal bir birey şeklinde hazırlar. Aile,

sevginin ve güvenin doğal kaynağını oluşturur. Çocuk, doğuştan sevgiye ve şefkate ihtiyaç duyar ve karşılıksız olarak bu ihtiyacın en iyi giderildiği yer ailedir (79).

2.2.3.3. Eğitim ve Sosyalizasyon İşlevi

Aile üyeleri, yaşadıkları toplumun kültürünü, değerlerini, mesleki ve dini bilgilerini aile içinde edinir. Ailenin yaşlı bireyleri ve yetişkinleri yoluyla çocuklar bu eğitimi alır. Bu açıdan incelendiğinde aile sosyalleştirme aracı ve okul görevi görür (78). Bütün aile biçimlerinde çocuğun ilk sosyalizasyon yeri ailesidir fakat bu işlev geniş ailede daha açık, daha nettir ve kalıpları aktarma noktasında daha kapsamlı bir fonksiyona sahip görülmektedir (80). Toplumsal değer ve normlar ailede öğrenilir. Çocuğun ilk beş yaşına kadar aile, bilinçli veya bilinçsiz olarak cinsel rolleri, küçükleri sevme ve büyüklere saygı duymayı, tuvalet eğitimi gibi birçok temel bilgiyi öğretir. Bu dönem ilk toplumsallaşma dönemi olup, çocuğu dolaysız olarak etkilemektedir (79).

2.2.3.4. Ekonomik İşlev

Aile ekonomik bir birim veya ortak bir işletme özelliğindedir (81). Üyeler geçimini aile bütçesinden sağlamakta, üretim çoğu zaman bütün fertler tarafından gerçekleştirilmektedir. Ayrıca ekonomik bakımdan faal olmayan üyelerin sosyal sigortası konumunda olmakta, ekonomik kazançtan pay almaları sağlanmaktadır. Özellikle yaşlı ve çocuk üyelerin pay almaları, ahlaki açıdan da meşrulaştırılmış bir düzenlilikle gerçekleştirilmektedir (82).

2.2.3.5. Koruyuculuk İşlevi

Geleneksel ailenin en belirgin özelliklerinden biri de yardımlaşma ve toplumsal güvenlik kurumu olmasıdır. Aile, üyelerini maddi ve manevi olarak koruma görevini üstlenir. Üyelerin yanında aile kendi varlığını da bu anlamda korur(83). Çocuğun korunma ve bakımı küçük yaşta olduğu gibi büyüdükten sonra da aileye aittir fakat bu görevin işsizlik, sağlık, ihtiyarların bakımı, tüm toplumsal güvenlik gibi kısımlarını zamanla devlet üstlenmiştir (79).

2.2.3.6. Dini İşlevi

Ailedeki bireylere sadece dini bilgileri aktarmakla kalmaz, bir dini birlik olmak üzere ahlak, ibadet ve dini görevleri denetleyerek organize eder, uygulayabilecekleri ortamı sağlar (83). Dinde anne ve babaya emanet edilen çocuğa aile, genel hatlarıyla kendini tanıtır, çocuğu yaratılış amacına uygun yetiştirir, doğru istikamette tutarak onun iyi bir birey olarak yetişmesini sağlar ve topluma kazandırır (84).

2.2.3.7. Boş Zamanları Değerlendirme İşlevi

Geniş aile ilişkilerinin hakim olduğu aile tipinde ailenin, aileyi oluşturan üyelerinin eğlenme ve dinlenme gibi ihtiyaçlarını giderme fonksiyonu vardır (83). Aile rastlantısal şekilde yaşam boyunca üyelerine boş zamanları değerlendirme davranışını kazandırır. Ailede boş zamanları değerlendirmek amacıyla oynanan oyunlar, anne, baba ve çocuğun birbirlerini daha iyi anlamalarını ve daha iyi ilişkiler

geliştirmelerini sağlar, aile bağlarını güçlendirir. Çocuğun ilk ve doğal oyun yeri ailedir. Ailenin çocuğa kazandırdığı boş zaman doldurma eğitimi, eylemlerin ve araçların seçimi yönünden oluşmaktadır. Böylece çocuk aile üyeleriyle, sürekli ve karşılıklı bir şekilde eğitim sürecine tabi olmaktadır (79).

2.2.3.8. Prestij Sağlama (Saygınlık) İşlevi

Çoğunlukla geleneksel aileye sahip üyelerin toplumdaki saygınlıkları ve statüleri ailelerinden gelir. Soyluluk ya da rençperlik gibi, mesleki veya kan bağıyla ilişkili statünün kaynağı ailelerdir (78,85). Her bireyin toplumda başarılı, değerli olmaya ihtiyacı vardır. Eksiklik ve küçüklük hissi her bireyi rahatsız ederek toplum içinde kendini gerçekleştirme şansını azaltır. Bireyin statüsü doğuştan gelebildiği gibi hayat yarışı içinde de saygınlık ve statü kazanma aileyle sağlanmaktadır. Ailenin sosyokültürel yapısı, eğitim durumu, ekonomik düzeyi bireyin statüsünü etkilemektedir (86).

2.2.4. Aile Yaşam Döngüsü

Bireyi ve toplumu etkileyen, aileyi ve işlevlerini anlamada önemli bir araç olan aile yaşam döngüsü, evlilikten önce başlar ve ailenin son üyesinin yaşamının sona ermesine kadar devam eder. Ailenin zaman değişkenine bağlı olması, ailenin uzun bir süre gözlemlenmesini gerektirir (87). Aile Yaşam Döngüsünün ilk versiyonunu Evelyn Duvall geliştirmiştir (88).

Tablo1. Duvall' in Aile Yaşam Döngüsü Modeli (89)

Aile Yaşam Döngüsü Evresi	Aile İçindeki Pozisyon	Ailenin Kritik Gelişimsel Görevi	Evrenin Süresi
1.Evli Çiftler (çocuksuz)	Karı Koca	Karşılıklı doyurucu bir evlilik kurmak. Hamileliğe ve annelik babalık sözleşmesine uyum sağlamak	2 Yıl
2.Bebekli Aileler (30 aylık bebeği olanlar)	Karı-Anne Koca-Baba Küçük kız çocuğu/oğlan çocuğu	Küçük çocuğun gelişimine uyum sağlama, cesaretlendirme.	2-5 Yıl
3.Okul Öncesi Dönemde Çocuğu Olan Aileler(30 ay 6 yaş)	Karı-Anne Koca-Baba Kız çocuk-kız kardeş Erkek çocuk- erkek kardeş	Okul öncesi dönem çocuğunun kritik ilgi ve ihtiyaçlarına uyum sağlamak.	3-5 Yıl
4.Okula giden çocuğu olan aileler (6-12 yas)	Karı-Anne Koca-Baba Kız çocuk-kız kardeş Erkek çocuk- erkek kardeş	Okul çağında çocuğu olan ailelerle uyum içinde olmak. Çocukların eğitsel başarılarını cesaretlendirmek.	7 Yıl
5.Ergenlik Çağında çocukları olan aileler(13-20yaş)	Karı-Anne Koca-Baba Kız çocuk-kız kardeş Erkek çocuk- erkek kardeş	Özgürlük ve sorumluluk arasında denge oluşturmak.	7 Yıl
6.Hareket Eden Merkezler Olarak Aile (Birinci çocuk evden ayrılmış, son çocuk evden ayrılıyor).	Karı-Anne- Büyükanne Koca-Baba- Büyükbaba Kız çocuk-kız kardeş- hala Erkek çocuk-erkek kardeş-amca	Genç yetişkinleri, iş, askerlik, okul ve evlilik için özgür bırakmak.	8 Yıl
7.Orta Yaşlı Anne-Baba(Boşalmış evden emekliliğe)	Karı-Anne- Büyükanne Koca-Baba- Büyükbaba	Evlilik ilişkilerini tekrar inşa etmek, daha yaşlı ve daha genç kuşaklarla soy bağlarını sürdürmek.	15±
8.Aile üyelerinin Yaşlanması (Emeklilikten her iki eşin ölümüne)	Dul Erkek-Dul Bayan Karı-Anne- Büyükanne Koca-Baba- Büyükbaba	Yalnız yaşama ile baş etme, emekliliğe uyum gösterme.	10-15 ±

3. GEREÇ VE YÖNTEM

Yer ve Zaman:

Kesitsel tanımlayıcı tasarıma sahip bu çalışma, Hatay ili merkez ilçesi Antakya' da yürütülmüştür. Hatay ili nüfusu 1.533.507 kişi olup, merkez ilçe Antakya'nın nüfusu ise 360.652'dir. Antakya'da yaşayan 18 yaş üstü kişi sayısı 224.237' dir (22).

Türkiye'de 15 yaş üstü alkol kullanma oranının % 14.9 ve alkol kullanım bozukluğunun % 2.7 olduğu bilgisinden yola çıkılarak evreni temsil etmek üzere, anketlerin uygulanacağı zaman aralığında % 5 hata payı ile 384 bireye ulaşmak hedeflenmiştir.

Evreni oluşturan Antakya merkez ilçesinde 35 ASM ve 86 Aile Hekimi bulunmaktadır. Çalışmanın Antakya merkez ilçedeki ASM' lerde yapılması yönünde Halk Sağlığı Müdürlüğü' nden izin istenmiştir. Çalışma, aynı süre zarfında yürütülen başka tez çalışmalarının da olması nedeniyle, Halk Sağlığı Müdürlüğü' nün anketleri uygulamak için uygun gördüğü Hatay İli Antakya Merkez İlçesi' ne bağlı toplamda yalnızca 6 ASM' de gerçekleştirilebilmiştir. Üniversitemizin etik kurulundan da onay alındıktan sonra, herhangi bir nedenle Antakya 2-4-6-11, Narlıca 2 ve Odabaşı Aile Sağlığı Merkezi'ne başvuran, anketleri doldurmayı kabul eden, çalışmaya katılmaya engel derecede sağlık sorunu olmayan, dil sorunu yaşamayan tüm 18 yaş üstü bireylere anket uygulanmıştır. Anketler, 2016 yılında, Şubat-Haziran ayları arasında, bireylere çalışmayla ilgili bilgi verildikten ve katılımcılardan onam alındıktan sonra yüz yüze görüşme yöntemi ile doldurulmuştur. Bu süreçte, 26 Aile Hekimi' ne kayıtlı 18 yaş üstü bireylerin 842' sine ulaşılmış olup, anketlerin değerlendirilmesi sürecinde 17 anketteki verilerin eksik olması sebebiyle toplamda 825 anket değerlendirilmeye alınmıştır.

Anket çalışmasına başlangıç aşamasında, soruların anlaşılabilirliğini belirlemek, eksiklikleri ve ne kadar sürede doldurulduğunu saptamak amacıyla, Mustafa Kemal Üniversitesi Aile Hekimliği Polikliniği' ne herhangi bir sebeple ayaktan başvuran 5 hastaya ve hastanemizin psikiyatri servisinde alkol bağımlılığı sebebiyle yatarak tedavi gören 2 hastaya anketler uygulanarak pilot çalışma yapılmıştır. Bu ön çalışma sonucunda ankette mevcut olan, bireylerin aile yapısı, yaş, cinsiyet gibi demografik özelliklerini sorgulayan kısa kişisel bilgi formuna, MATT' daki bireyin alkolle ilgili sorunlarını sorgulayan sorulara, ailedeki alkol kullanım öyküsünü saptamaya yönelik üç soru daha eklenerek anket tekrar gözden geçirilmiştir. Ardından çalışmaya birinci basamakta ASM' lerde devam edilmiştir.

Anabilim dalında o dönemde staj yapmakta olan intörn doktorlardan, ASM' lere gittikleri zaman zarfında anketleri uygulamada yardımcı olmaları istenmiştir. Anketler, katılımcıların sorulara yanıtları doğrultusunda, anketi uygulayan kişi tarafından doldurulmuştur.

Anketin ilk bölümünde, yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, meslek gibi demografik bilgileri sorgulayan soruların yanı sıra, aile işlevselliğini etkileyebileceği düşünülen aile tipi, çocuk sayısı, aylık geliri, ailede alkol kullanım öyküsü, alkolün kullanılma sıklığı gibi çoktan seçmeli ve açık uçlu sorular mevcuttu. Anketin ikinci bölümünde, rutin hasta görüşmesinin bir parçasını oluşturabilecek veya kapsamlı sağlık değerlendirmesinde tarama amacıyla kullanılacak, aile işlevlerini değerlendiren kısa bir değerlendirme aracı olan Aile APGAR Ölçeği kullanılmıştır. Anketin üçüncü bölümünde ise yalnızca alkol kullanımı olan bireylere uygulanmak üzere MATT kullanılmıştır (EK1).

Aile APGAR Ölçeği:

APGAR, aile işlevselliğinin beş parametresini (uyum sağlama – adaptability, ortaklık - partnership, gelişme - growth, duygulanım- affection ve karar verme - resolve) kapsamaktadır ve parametrelerin ilk harflerinden oluşmaktadır. Bireylerin

kendilerinin de doldurabildiği, hekimlerin aile işlevleri hakkında hızlı fikir sahibi olabilmelerini sağlayan, aile işlevselliğine ilişkin algıları ölçen 5 kapalı uçlu sorudan oluşmaktadır. Erişkinlerde aile işlevselliğinin beş parametresi: Adaptation (Uyum sağlama): Bir kriz sırasında ailenin sorunu çözmek için aile içi ve aile dışı kaynakların kullanımı, Partnership (ortaklık): Sorumlulukların ve alınan kararların paylaşılması, Growth (gelişme): Aile üyelerinin desteği ve rehberliği ile fiziksel ve duygusal olgunlaşma, Affection (duygulanım): Aile bireyleri arasındaki duyguların paylaşılması, Resolve (karar verme): Aile üyelerinin ruhsal ve fiziksel gelişimleri için birbirlerine ayırdıkları zamanın nasıl paylaşıldığıdır. Her bir parametreye yönelik memnuniyet duygusunun sıklığını gösteren üç seçenek mevcuttur. Bu seçenekler 0 (neredeyse hiçbir zaman), 1 (bazen) ve 2 (neredeyse her zaman) olarak sıralanmaktadır. Ölçekte her bir göstergeden elde edilen puanın toplanması ile elde edilecek puanlar 0 ile 10 arasında değişmektedir. Değerlendirme sonucu elde edilen 7-10 puan aile işlevselliğinden duyulan memnuniyetin yüksekliğini, 4-6 orta, 0-3 düşük memnuniyeti göstermektedir (59,90,91). Çalışmamızda da bu kesme noktalarına göre değerlendirme yapılmıştır. Farklı gruplar için geçerliliğinin ve güvenilirliğinin olduğu gösterilmiş olup Smilkstein (1978) tarafından geliştirilmiş olan Aile APGAR Ölçeği' nin Türkçe' ye uyarlaması Özcan S. ve arkadaşları (2011) tarafından yapılmıştır (92).

Michigan Alkolizm Tarama Testi:

L.E. Gibbs tarafından geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeği olan MATT, alkol sorunu ve varsa düzeyini gösteren, 25 soruluk bir değerlendirme aracıdır. Her soru evet/hayır şeklinde yanıtlanmaktadır. MATT' de her maddenin farklı puan değerleri mevcuttur. Testten alınan yüksek puan, sosyal işlevlerde bozulmayı ve alkol kötüye kullanımındaki belirginleşmeye işaret eder. Coşkunol ve arkadaşları tarafından Türkçe versiyonunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılmış ve 0-4 sorunsuz içici, 5-9 alkol kötüye kullanımı, 10 ve üzeri puan alkol bağımlılığı göstergesi şeklinde belirtilmiştir (51,93). Analizlerde bu kesme noktaları göz önünde bulundurulmuştur.

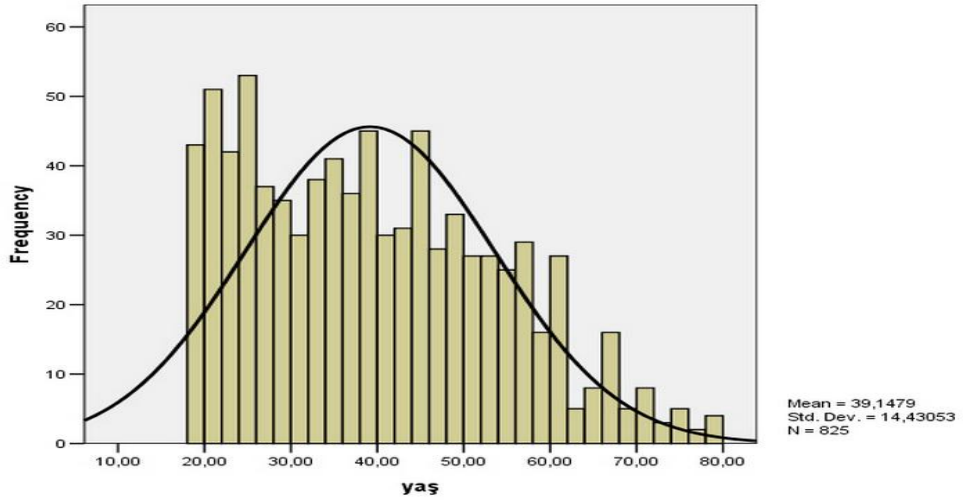
İstatistiksel Yöntemler:

Araştırma sonunda anket formu aracılığı ile elde edilen veriler Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versiyon 21.0 istatistik paket programına girildi ve aynı programda analiz edildi. İstatistiksel analizlerde tanımlayıcı istatistikler için frekans (%), ortalama değer, standart sapma, medyan, en yüksek ve en düşük değerler kullanıldı. Sayısal verilerin dağılımını göstermek için histogram eğrisi, sürekli değişkenler arası ilişkilerin incelenmesinde pearson korelasyon ve ki kare testleri kullanıldı. P değeri 0.05'ten daha küçük değerler anlamlı olarak kabul edildi.



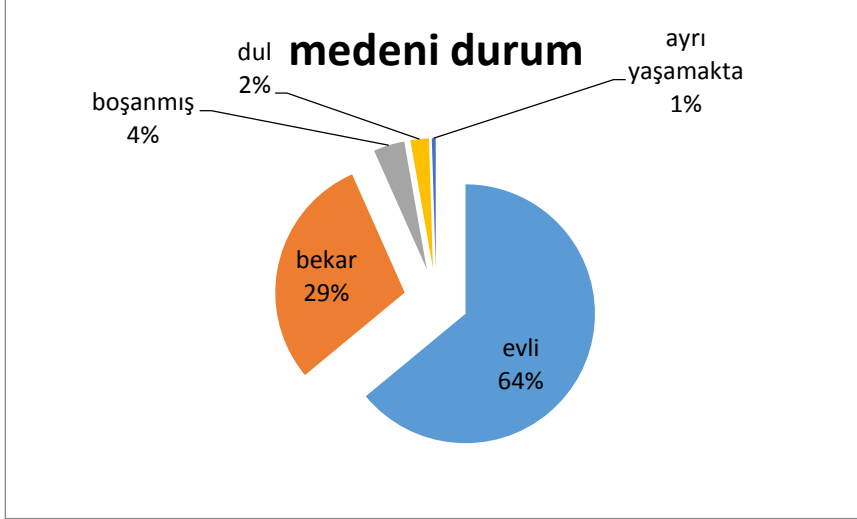
4. BULGULAR

825 katılımcının 427'si (% 51.8) kadın, 398'i (%48.2) erkekti. Çalışmaya katılan hastaların yaş ortalaması 39.14 ± 14.43 'tü. En düşük yaş 18, en yüksek yaş 80 bulundu. Kadın hastalarda ortalama yaş 38.95 ± 13.83 , en düşük yaş 18, en yüksek yaş 78 iken, erkek hastalarda ortalama yaş 39.35 ± 15.05 , en düşük yaş 18, en yüksek yaş 80 olarak saptandı. Yapılan istatistiksel değerlendirmede her iki cinsin yaşları benzerdi ($p=0.695$) (Şekil 1).



Şekil 1: Bireylerin Yaş Histogramı

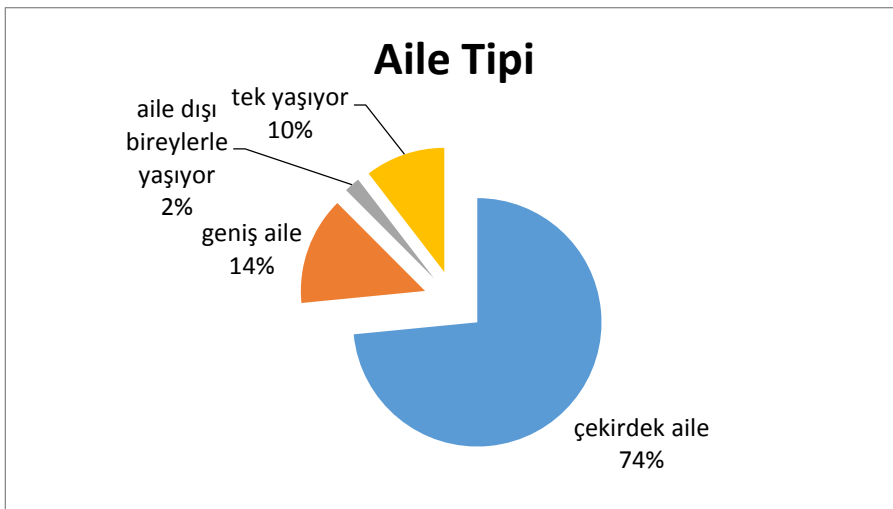
Katılımcıların 528'i (% 64.0) evli, 242'si (% 29.3) bekar, 32'si (% 3.9) boşanmış, 19'u (% 2.3) dul, 4'ü (% 0,5) ayrı yaşamaktaydı (Şekil 2).



Şekil 2: Medeni Durumlarına Göre Katılımcıların Dağılımı

Eğitim seviyelerine bakıldığında ise katılımcıların 32'si (% 3.9) okuma-yazma bilmiyor, 70'i (% 8.5) okuma-yazma biliyor, 264'ü (% 32.0) ilkokul mezunu, 233'ü (% 28.2) lise mezunu, 215'i (% 26.1) üniversite mezunu, 5'i (% 6) yüksek lisans mezunu, 6' sısı (% 0.7) doktora yapmıştı. Katılımcıların 44'ü (% 5.3) işsiz, 251'i (% 30.4) ev hanımı, 134'ü (% 16,2) öğrenci, 38'i (% 4.6) emekli, 358'i (% 43.39) herhangi bir meslekte çalışmaktaydı.

Yaşanılan aile tipleri incelendiğinde, katılımcılardan 606'sı (% 73.5) çekirdek ailede, 116' sısı (% 14.1) geniş ailede, 17'si (% 2.1) aile dışı bireylerle, 86'sı (% 10.4) tek yaşamaktaydı (Şekil 3).



Şekil 3: Aile Tipine Göre Katılımcıların Dağılımı

Katılımcıların 272'sinin (% 33.0) hiç çocuğu yoktu, 72'sinin (% 8.7) 1 çocuğu, 156'sının (% 18.9) 2 çocuğu, 170'inin (% 20.6) 3 çocuğu, 155'inin (% 18.8) 4 ve üzeri sayıda çocuğu vardı.

Katılımcıların 134'ünün (% 16.24) sosyal güvencesi yokken, 691'inin (% 83.76) sosyal güvencesi mevcuttu. Katılımcıların gelir düzeylerine bakıldığında; 194'ünün (% 23.5) geliri yokken, 134'ünün (% 16.2) aylık geliri 1000 TL (Türk lirası) ve altında, 177'sinin (% 21.5) aylık geliri 1001-1500 TL arası, 174'ünün (% 21.1) aylık geliri 1501-2500 TL arası, 146'sının (% 17.7) aylık geliri ise 2501 TL ve üzeri idi.

Ailede alkol öyküsü sorgulandığında 626 (% 75.9) kişinin ailesinde alkol kullanım öyküsü yoktu, 199 (% 24.1) kişinin ailesinde birey dışında en az bir kişi alkol kullanmaktaydı. Katılımcıların % 0.4' ünün (3) annesi, % 5.6' sının (46) babası, % 7.3' ünün (60) eşi kullanmaktaydı, % 5.7' sinin (47) ailesinde birden fazla kişide alkol kullanım öyküsü olduğu ve % 5.2 'inin (43) ise ailesinde annesi, babası ve eşi dışındaki diğer aile üyelerinde alkol kullanma öyküsü olduğu saptandı. Aile üyelerinin kullanım sıklıkları da sorgulanmış olup, alkol alan bireylerin % 11.0' i (91) ayda bir veya daha az, % 7.4' ü (61) haftada bir veya daha az, % 2.9'u (24) haftada 2-4 arasında sıklıkta, % 2.7'si (22) haftada 5 ve üzeri sıklıkta alkol kullandığını belirtti.

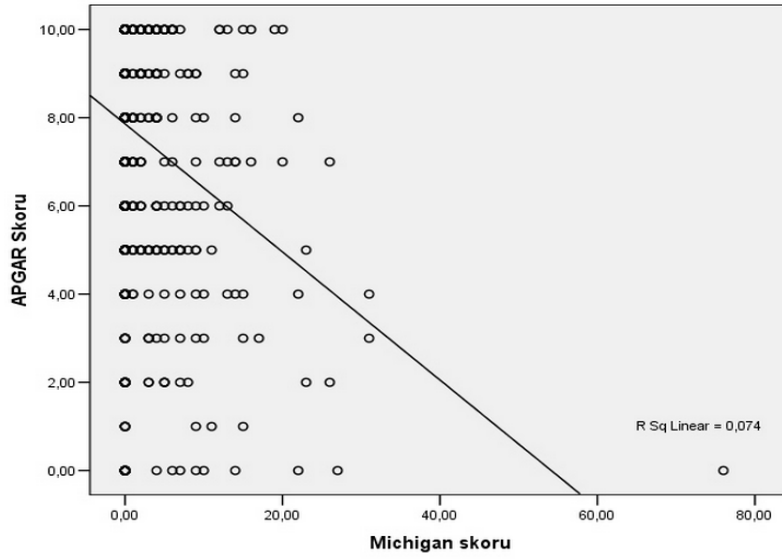
Katılımcılara uygulanan Aile APGAR Ölçeği' nin skorlarına bakıldığında ortalama 7.6 ± 2.59 idi. Kadınlarda ortalama 7.75 ± 2.52 , erkeklerde ortalama 7.45 ± 2.65 idi. Cinsiyetlere göre APGAR skorları arasında anlamlı bir ilişki bulunamadı ($p=0.096$).

APGAR skor kategorilerine göre bakıldığında ise, katılımcıların % 71.2' sinin (587) yüksek, % 20.8' inin (172) orta ve % 8.0' inin (66) düşük aile işlevselliği olduğu saptandı. Kadınların % 74.2' si (317) yüksek, % 18.5' i (79) orta, % 7.3' ü (31) düşük aile işlevselliğine sahipken, erkeklerin % 67.8'i (270) yüksek, % 23.4'ü (93) orta, % 8.8'i (35) düşük aile işlevselliğine sahipti (Tablo 2). Cinsiyetlere göre aile işlevselliği düzeyinde anlamlı bir fark bulunamadı ($p=0.127$). Medeni durumlarına bakıldığında evli olan bireylerin %74.8'i (395) yüksek aile işlevselliğine

sahipken, evli olmayanlarda bu oran % 64.6 (192) idi. Evli olanların % 20.8'i (110) orta ve % 4.4'ü (23) düşük aile işlevselliğine sahipti. Evli olmayanlarda bu oranlar sırası ile % 20.9 (62) ve % 14.5 (43) idi. Evli olan bireylerdeki aile işlevselliği düzeyi, olmayanlara göre daha yüksek düzeyde saptandı ($p=0.0001$). Eğitim düzeyinin ($p=0.659$) ve herhangi bir işte çalışıyor olmanın aile işlevlerine etkisi olmadığı görüldü ($p=0.214$).

Yüksek aile işlevselliğine sahip olan bireylerin % 76.5'i (449) çekirdek ailede yaşıyorken, % 13.8'i (81) geniş ailede, % 1.5' i (9) aile dışı bireylerle, % 8.2' si (48) tek yaşamaktaydı. Çekirdek aileye sahip bireylerin % 5.3'ü (32) düşük, % 20.6'sı (125) orta aile işlevselliğine sahipti. Geniş aileye sahip bireylerin ise %10.3'ü (12) düşük, % 19.8'i (23) orta aile işlevselliğine sahipti. Aile dışı bireylerle yaşayan katılımcıların düşük ve orta aile işlevsellikleri sırası ile % 17.6 (3) ile % 29.4 (5) iken, tek yaşayan bireylerde sırasıyla % 22.1 (19) ve % 21.1 (19) idi. Aile tipinin aile işlevselliği düzeyine etki ettiği saptanmış olup, çekirdek aile tipinin diğer aile tiplerine oranla daha fazla yüksek işlevlere sahip olduğu görüldü ($p=0.0001$). Ancak ailenin çocuk sayısının, katılımcıların sosyal güvencelerinin mevcut olup olmamasının, aylık gelirin aile işlevselliği üzerinde etkisi yoktu.

Araştırmaya katılan bireylerin % 64.7'si (534) hiç alkol kullanmıyordu. Bireylerin % 23.2' si (191) MATT' a göre 0-4 arasında puan almış olup, sorunsuz içiciydi. Bireylerin % 6.9'unun (57) ise 5-9 arasında puan alan, alkol kötüye kullanımı olan kişiler oluşturuyordu. % 5.2' lik (43) oranda, >10 puan alarak bağımlı kabul edilen bireyler mevcuttu. MATT gruplarına göre Aile APGAR kategorileri incelendiğinde, hiç alkol kullanmayan bireylerin % 77'si (411), sorunsuz içicilerin % 69.1'i (132), alkol kötüye kullanımı olan bireylerin % 42.1' i (24), bağımlılık tanısı alan bireylerin ise % 46.5' i (20) yüksek aile işlevselliğine sahipti. Hiç alkol kullanmayan bireylerin % 6'sı (32), sorunsuz içicilerin % 4.7' si (9), alkol kötüye kullanımı olan bireylerin % 21.1' i (12) ve alkol bağımlılığı olan bireylerin % 30.2' si (13) düşük aile işlevselliğine sahipti. Katılımcıların Aile APGAR skorları ve MATT skorları arasında ters yönlü bir ilişki mevcuttu ($p=0.0001$, $r=-0.273$) (Şekil 4). Yüksek aile işlevselliğine sahip bireylerde alkol problemleri görülme sıklığı daha azdı ($p=0.0001$).



Şekil 4: MATT Skoru İle Aile APGAR Skoru İlişkisi

Ailede alkol kullanma öyküsü olmayan bireylerin % 74.0'u (464), aile öyküsü olanların % 62.1'i (123) yüksek aile işlevselliğine sahipti. Ailede alkol kullanma öyküsü olanlarda % 10.6 (21) oranında düşük aile işlevselliği mevcutken, aile öyküsü olmayan bireylerde bu oran % 7.2 (45) idi. Ailede alkol kullanım öyküsü olmayanlarla, yüksek aile işlevselliği arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0.006$). Aile işlevselliği ile ailede alkol kullanan kişi sayısı ve alkol kullanan bireyin ailenin hangi üyesi olduğu arasında ilişki saptanmadı. Ancak birey dışındaki aile üyelerinin haftada 5 ve üzeri sıklıkta alkol tüketmesi ile düşük aile işlevselliği arasında anlamlı ilişki mevcuttu ($p=0.0001$). Daha az sıklıkla alkol kullanan bireylerle kıyaslandığında bu bireylerde yüksek aile işlevselliğine sahip olma oranı % 13.6 (3) ile en düşük orana sahipti.

Tablo 2: Aile APGAR Kategorilerine Göre Bazı Değişkenler

	Düşük (0-3) n(%)	Orta (4-6) n(%)	Yüksek (7-10) n(%)	P
Cinsiyet				0.127
Kadın	31 (7.3)	79 (18.5)	317 (74.2)	
Erkek	35 (8.8)	93 (23.4)	270 (67.8)	
Medeni Durum				0.0001
Evli	23 (4.4)	110 (20.8)	395 (74.8)	
Evli olmayan	43 (14.5)	62 (20.9)	192 (64.6)	
Eğitim Düzeyi				0.659
Düşük	26 (7.1)	79 (21.6)	261 (71.3)	
Yüksek	40 (8.7)	93 (20.3)	326 (71.0)	
Meslek				0.214
İşsiz	7 (15.9)	10 (22.7)	27 (61.4)	
Ev hanımı	17 (6.8)	49 (19.5)	185 (73.7)	
Öğrenci	5 (3.7)	29 (21.6)	100 (74.6)	
Emekli	5 (13.2)	6 (15.8)	27 (71.1)	
Herhangi bir meslek	32 (8.9)	78 (21.8)	248 (69.3)	
Aile Tipi				0.0001
Çekirdek aile	32 (5.3)	125 (20.6)	449 (74.1)	
Geniş aile	12 (10.3)	23 (19.8)	81 (69.8)	
Aile dışı bireylerle yaşıyor	3 (17.6)	5 (29.4)	9 (52.9)	
Tek yaşıyor	19 (22.1)	19 (22.1)	48 (55.8)	
Çocuk sayısı				0.523
Çocuk yok	28 (10.3)	57 (12.0)	187 (68.8)	
1	8 (11.1)	15 (20.8)	49 (68.1)	
2	7 (4.5)	35 (22.4)	114 (73.1)	
3	10 (5.9)	36 (21.2)	124 (72.9)	
≥ 4	13 (8.4)	29 (18.7)	113 (72.9)	
Sosyal Güvence				0.878
Yok	11 (8.2)	30 (22.4)	93 (69.4)	
Var	55 (8.0)	142 (20.5)	494 (71.5)	
Aylık Gelir				0.151
1500TL ve altı	44 (8.7)	114 (22.6)	347 (68.7)	
> 1500TL	22 (6.9)	58 (18.1)	240 (75.0)	
MATT grupları				0.0001
Hiç alkol içmeyen	32 (6.0)	91 (17.0)	411 (77.0)	
0-4= sorunsuz içici	9 (4.7)	50 (26.2)	132 (69.1)	
5-9= alkol kötüye kullanımı	12 (21.1)	21 (36.8)	24 (42.1)	
≥10= alkol bağımlılığı	13 (30.2)	10 (23.3)	20 (46.5)	
Ailede alkol öyküsü				0.006
Var	21 (10.6)	54 (27.3)	123 (62.1)	
Yok	45 (7.2)	118 (18.8)	464 (74.0)	
Ailede alkol kullanım				0.089
Hiç kimse	45 (7.2)	118 (18.8)	463 (74.0)	
Anne	1 (33.3)	0 (0)	2 (66.7)	
Baba	5 (10.9)	14 (30.4)	27 (58.7)	
Eş	4 (6.7)	16 (26.7)	40 (66.7)	
Diğer	4 (9.3)	10 (23.3)	29 (67.4)	
>1 kişi	7 (14.9)	14 (29.8)	26 (55.3)	
Alkol kullanma sıklığı				0.0001
Hiç bir zaman	45 (7.2)	119 (19.0)	463 (73.8)	
Ayda 1 veya daha az	1 (1.1)	26 (28.6)	64 (70.3)	
Haftada 1 veya daha az	9 (14.8)	12 (19.7)	40 (65.6)	
Haftada 2-4	1 (4.2)	6 (25.0)	17 (70.8)	
Haftada > 5	10 (45.5)	9 (40.9)	3 (13.6)	

Kadınların % 75.6' sı (323) hiç alkol içmiyordu, % 18.3' ü (78) MATT' a göre sorunsuz içiciydi, % 4.7' sinin (20) alkol kötüye kullanımı vardı, % 1.4' ü (6) ise alkol bağımlısıydı. Erkeklerde ise bu oranlar sırasıyla % 53.0 (211), % 28.4 (113), % 9.3 (37) ve % 9.3 (37) idi (Tablo 3). Erkeklerde alkol kullanma problemi, kadınlara göre anlamlı düzeyde yüksekti ($p=0.0001$). Evli olmayan bireylerin % 7.7' si (23) alkol bağımlısı iken evli olanlarda bu oran % 3.8 (20) idi. Evli olmayanlarda alkol kötüye kullanımı % 13.8 (41), evli bireylerde % 3.0 (16) iken sorunsuz içicilik evli olmayanlarda % 29.6 (88), evli bireylerde ise % 19.5 (103) idi. Alkol kullanımı ve kullanım sorunları ile evli olmamak arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0.0001$). MATT grupları ile yüksek eğitim düzeyi arasında da anlamlı bir ilişki saptanmış olup, yüksek eğitim düzeyi olan bireylerde sorunsuz içicilik % 29.6 (136), alkol kötüye kullanımı % 9.6 (44) iken, düşük eğitim düzeyi bireylerde bu oranlar sırasıyla % 15.0 (55) ve % 3.6 (13) idi. Düşük eğitim düzeyi olan bireylerin % 76.2' si (279) hiç alkol kullanmıyorken, yüksek eğitim düzeyi olan bireylerin % 55.6' sı (255) hiç alkol kullanmamaktaydı ($p=0.0001$). Alkol bağımlılığı en az ev hanımlarında görülmekle birlikte, ev hanımlarının % 82.9'u (208) hiç alkol kullanmıyordu. Alkol kötüye kullanımının ve sorunsuz içiciliğin en çok görüldüğü grup öğrenciler olup, sırasıyla % 15.7 (21) ve % 32.8 (44) oranına sahipti. Bağımlılık ise % 13.2 (5) oranıyla en çok emekli kesiminde görülüyordu ($p=0.0001$). Aileyle beraber yaşamıyor olmak ile alkol kullanma, alkol kötüye kullanımı, alkol bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki mevcuttu ($p=0.0001$). Alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı çocuğu olmayan bireylerle ilişkili bir durumken, çocuk sayısı ile MATT skoru arasında ters bir ilişki mevcuttu ($p=0.0001$, $r=-0.235$). Alkol kullanımı ve problemleri ile sosyal güvence arasında anlamlı ilişki bulunamazken, 1500tl ve altı aylık gelire sahip olanlar, hiç alkol almayan katılımcılar arasında % 68.3 (345) oranına sahip iken 1500tl üstü gelire sahip bireylerde bu oran % 59.1 (189) idi. Gelir ile alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı oranları arasında belirgin bir fark yokken, alkol kullanma ve sorunsuz içicilik ile 1500TL üzerinde gelir sahibi olmak arasında anlamlı bir ilişki saptandı ($p=0.028$). Ailede alkol kullanma öyküsü olmayan bireylerin % 73.3' ü (466) alkol kullanmamakta iken aile öyküsü olan bireylerde bu oran % 68.3 (345) idi. Aile öyküsü olan bireylerde sorunsuz içicilik oranı % 43.9 (87), alkol kullanım bozukluğu % 14.1 (28), alkol bağımlılığı % 7.6 (15) iken, aile

öyküsü olmayanlarda bu oranlar sırası ile % 16.6 (104), % 4.6 (29), % 4.5 (28) idi. Aile öyküsü ile alkol kullanımı ve sorunları arasında anlamlı ilişki saptandı ($p=0.0001$). Ailede annenin alkol kullanması durumunda bireyin alkol kullanma oranı diğer gruplara göre daha düşükken, birden fazla aile üyesinin alkol kullanıyor olması durumunda oran artmaktaydı. Annenin alkol kullanma öyküsü mevcutken, alkol bağımlılığı oranı % 33.3 (1) ile en yüksek düzeydeydi ($p=0.0001$). Birey dışındaki aile üyelerinde alkol kullanma sıklığı haftada >5 iken, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı oranı % 22.7 (5) ile en yüksek orana sahipti ($p=0.0001$).



Tablo 3: Michigan Alkolizm Tarama Testine Göre Alkol Kullanım Sorunu İle Değişkenler Arası İlişkiler

	Hiç n(%)	Sorunsuz içici n(%)	Alkol kötüye kullanımı n(%)	Alkol Bağımlısı n(%)	P
Cinsiyet					0.0001
Kadın	323 (75.6)	78 (18.3)	20 (4.7)	6 (1.4)	
Erkek	221 (53.0)	113 (28.4)	37 (9.3)	37 (9.3)	
Medeni Durum					0.0001
Evli	389 (73.7)	103 (19.5)	16 (3.0)	20 (3.8)	
Evli olmayan	145 (48.8)	88(29.6)	41 (13.8)	23(7.7)	
Eğitim Düzeyi					0.0001
Düşük	279 (76.2)	55 (15.0)	13 (3.6)	19 (5.2)	
Yüksek	255 (55.6)	136 (29.6)	44 (9.6)	24 (5.2)	
Meslek					0.0001
İşsiz	28 (63.6)	10 (22.7)	2 (4.5)	4 (9.1)	
Ev hanımı	208 (82.9)	30 (12.0)	9 (3.6)	4 (1.6)	
Öğrenci	60 (44.8)	44 (32.8.)	21 (15.7)	9 (6.7)	
Emekli	24 (63.2)	9 (23.7)	0 (0.0)	5 (13.2)	
Herhangi meslek	214 (59.8)	98 (27.4)	25 (7.0)	21 (5.9)	
Aile Tipi					0.0001
Çekirdek aile	409 (67.5)	136 (22.4)	34 (5.6)	27 (4.5)	
Geniş aile	81 (69.8)	21 (18.1)	8 (6.9)	6 (5.2)	
Aile dışı bireylerle yaşıyor	6 (35.3)	6 (35.3)	4 (23.5)	1 (5.9)	
Tek yaşıyor	38 (44.2)	28 (32.6)	11 (12.8)	9 (10.5)	
Çocuk sayısı					0.0001
Çocuk yok	131 (48.2)	85 (31.3)	39 (14.3)	17 (6.3)	
1	45 (62.5)	20 (27.8)	5 (6.9)	2 (2.8)	
2	105 (67.3)	33 (21.2)	5 (3.2)	13 (8.3)	
3	123 (72.4)	38 (22.4)	5 (2.9)	4 (2.4)	
≥ 4	130 (83.9)	15 (9.7)	3 (1.9)	7 (4.5)	
Sosyal Güvence					0.356
Yok	79 (59.0)	35 (26.1)	13 (9.7)	7 (5.2)	
Var	455 (65.8)	156 (22.6)	44 (6.4)	36 (5.2)	
Aylık Gelir					0.028
1500TL ve altı	345 (68.3)	100 (19.8)	35 (6.9)	25 (5.0)	
> 1500TL	189 (59.1)	91 (28.4)	22 (6.9)	18 (5.6)	
Aile öyküsü					0.0001
Var	68 (34.3)	87 (43.9)	28 (14.1)	15 (7.6)	
Yok	466 (73.3)	104 (16.6)	29 (4.6)	28 (4.5)	
Ailede kullanan					0.0001
Hiç kimse	466 (73.3)	104 (16.6)	29 (4.6)	28 (4.5)	
Anne	2 (66.7)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (33.3)	
Baba	14 (30.4)	17 (37.0)	11 (23.9)	4 (8.7)	
Eş	22 (36.7)	32 (53.3)	5 (8.3)	1 (1.7)	
Diğer	20 (46.5)	10 (23.3)	5 (11.6)	8 (18.6)	
>1 kişi	10 (21.3)	28 (59.6)	7 (14.9)	2 (4.3)	
Kullanma sıklığı					0.0001
Hiç bir zaman	466 (74.3)	105 (16.7)	29 (4.6)	27 (4.3)	
Ayda ≤1	28 (30.8)	46 (50.5)	10 (11.0)	7 (7.7)	
Haftada ≤1	22 (36.1)	25 (41.0)	10 (16.4)	4 (6.6)	
Haftada 2-4	12 (50.0)	9 (37.5)	3 (12.5)	0 (0.0)	
Haftada > 5	6 (27.3)	6 (27.3)	5 (22.7)	5 (22.7)	

5. TARTIŞMA

Bu çalışma birinci basamağa başvuran bireylerde alkol kötüye kullanım durumunu ve aile işlevselliği ile ilişkisini araştırması değerlendiren bir araştırma olması nedeniyle önemlidir. Alkol kullanımının yaygınlığı, alkolle ilişkili problemlerinin çoğu zaman tanınmaması, tanınsa bile alkol kullanımına sebep olabilecek durumlardan biri olduğu düşünülen kötü aile işlevselliğinin atlanabilmesi ve aradaki ilişkiyi inceleyen araştırmaların sınırlı olması çalışmanın değerini daha da artırmaktadır. Türkiye'de aile işlevselliğini değerlendiren, hangi durumlarla ilişkili olduğunu ortaya koyan çalışmalar az sayıda olup, birçok kodlama gerektiren ölçekler kullanılarak gerçekleştirilmiştir (59,94-96). Bunların özellikle birinci basamak hekimlerince günlük uygulamada kullanılması mümkün görünmemektedir. Ancak Aile APGAR Ölçeği' nin geçerli ve güvenilir olduğu farklı gruplarda ve birçok klinik çalışmada gösterilmiş olmasına rağmen, bu ölçeğin kullanıldığı Türkçe' ye uyarlama çalışması dışında gerçekleştirilmiş bir çalışma bilindiği kadarıyla bulunmamaktadır. (90-92,97-101).

Batı Afrika'da Nijerya'da yaşayan HIV (Human Immunodeficiency Virus) hastalarında depresyon ile bozulmuş aile işlevleri ilişkisini inceleyen, HIV tedavi merkezinde bulunan 300 hasta ile yapılmış kesitsel tanımlayıcı bir çalışmada kadınların erkeklere göre daha fazla bozuk aile işlevleri olduğunu belirttikleri saptanmıştır(102). Bahsedilen çalışmada ve bizim çalışmada kullanılan Aile APGAR Ölçeği' nden farklı olarak aile işlevlerini değerlendiren, toplam 60 maddeden oluşan ve likert tipi ölçeklendirmesi bulunan ADÖ (Aile Değerlendirme Ölçeği)'nün kullanıldığı bir çalışmada ise istatistiksel olarak anlamlı bir fark görülme de, genel olarak kadınların aile işlevlerinin daha bozuk olduğu görülmüştür. Ancak çalışmamızda cinsiyet ile Aile APGAR Skorları arasında anlamlı bir ilişki saptanmadı (73). Tai ve arkadaşlarının hemşirelerle yapmış olduğu kesitsel tanımlayıcı bir çalışmada ise, çalışmamızda olduğu gibi medeni durumun aile

işlevselliği düzeyini etkilediği ve bizim çalışmamızda olduğu gibi evli bireylerde daha yüksek aile APGAR skoru olduğu saptanmıştır (103). Bulut ' un yapmış olduğu çalışmada kullanılan ADÖ ile eğitim düzeyi yüksek olanların ve herhangi bir meslekte çalışanların genellikle aile işlevlerini daha sağlıklı olarak algıladıkları görülmüştür. Ayrıca hane halkı büyüdükçe ailelerin kendi aile işlevlerini daha bozuk olarak değerlendirdiği sonucuna varmıştır (73). Ancak bizim çalışmamızda eğitim düzeyinin, herhangi bir işte çalışıyor olmanın ve çocuk sayısının Aile APGAR Skoru' na etkisi saptanmamıştır. Cao ve arkadaşlarının Çin'de 2008 Wenchuan Depremi sonrası bireylerin aile işlevleri ve belirleyicileri ile ilgili çalışmasında çalışmamızda olduğu gibi çekirdek aile tipine sahip bireylerde daha yüksek aile işlevselliği olduğu saptanmıştır (104).

Çalışmamızda alkol kullanımı TÜİK' in 2014'te 15 yaş üstü bireylerde yapmış olduğu araştırma verilerine göre daha yüksek bulunmuştur. Alkol kullanımı erkeklerde % 24.3 iken çalışmamızda % 28.4, kadınlarda % 5.8 iken çalışmamızda % 18.3, tüm bireylerde % 14.9 iken çalışmamızda % 20.8 idi. Bağımlılık oranları da aynı şekilde yüksekti. TUİK verilerine göre erkeklerde oran % 1.3 iken çalışmamızda % 9.3, kadınlarda % 0.4 iken çalışmamızda % 1.4, tüm bireylerde % 0.8 iken çalışmamızda % 5.2 olarak yine daha yüksek oranlarda olduğu görülmüştür (23). Türkiye'deki madde kullanım oranı batı ülkelerine göre daha düşük olsa da son yıllardaki literatürler madde kullanım sıklığının belirgin bir şekilde arttığını ve madde kullanımı başlangıç yaşının giderek küçülmekte olduğunu ortaya koymaktadır (105).

Madde kullanım bozukluğu ve aile arasındaki ilişkiyi inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Aydoğdu ve arkadaşları madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan ergenlerin anne-baba tutumlarını incelediğinde madde kullanım bozukluğu olmayan ergenlere göre madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin ailelerinin daha az kabul- ilgi, kontrol-denetleme gösterdiği ve psikolojik özerklik sağladığı saptamıştır (106). Cho ve arkadaşlarının yapmış olduğu kesitsel bir çalışmada bizim kullanmış olduğumuz bu iki ölçek kullanılmıştır. 32 alkolik birey ve onların birlikte yaşadığı bir aile üyesi ile 32 kontrol grubunun olduğu çalışmada aile işlevselliği

skorları, alkolik bireyler ve onların aile üyelerinde kontrol grubuna göre daha düşük saptanmıştır. Alkolik bireylerde ve ailelerinde psikiyatrik semptomların görülme sıklığı artmakta ve bu durumun aile fonksiyonlarına etki ettiği sonucuna varılmıştır (107). Akfert ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada da sigara-alkol deneyen gençlerin aile ortamlarını daha olumsuz algıladıkları gösterilmiştir (108). Schäfer ve arkadaşları ise şiddetli madde bağımlılığı olan hastalarla kalitatif bir çalışma yapmış olup aile fonksiyonlarını incelemiştir. Katılımcıların çoğunda fiziksel ve cinsel istismar öyküsü olduğu, çocukluk döneminde kişisel ihmalkarlık, zor ve çelişkili aile ilişkileri olduğu, ayrıca bazılarının ailelerinde sadakatsizliğin ve özellikle anneye duygusal bağın az olduğu belirtilmiştir. Çalışmamızdaki sonuçlara paralel şekilde aileyle beraber yaşamıyor olmak ile alkol sorunları arasında anlamlı bir ilişki ortaya konmuş, bu çalışmadaki şiddetli alkol ve diğer uyuşturucu madde kullanım öyküsü olan katılımcıların çoğunun ebeveynlerinde de aynı sorunlar olduğunu belirtmiştir (109). Bizim çalışmamızda da aile alkol öyküsü olanlarda daha çok alkol kullanımı ve sorunları olduğu saptanmıştır. Ayrıca bizim çalışmamızda annenin alkol kullanma öyküsü varlığında, bireyde alkol bağımlılığın daha yüksek oranda görüldüğü saptanmıştır. Madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin ebeveynlerinin değerlendirildiği bir başka çalışmada ise işlevsellik, ADÖ ile değerlendirilmiş ve kontrol grubu ile karşılaştırıldığında madde kullanan ergenlerde anne baba birlikteliğinin daha az görüldüğü, ebeveyn uyumunun düşük olduğu, madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin ve ebeveynlerin algıladıkları aile işlevlerinin sağlıklı olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada ayrıca erkeklerde alkol kullanımının daha fazla olduğu bildirilmiştir (110). Bu durum madde kullanımının erkeklerde kızlara oranla daha fazla görüldüğünü gösteren bizim çalışmamızla da uyumludur. Korkmaz ve arkadaşlarının alkol bağımlılığı tanısı ile tedavi olarak taburcu olmuş erkek hastaların eşlerinin yaşadıkları güçlükleri ve baş etme tarzlarını belirlemek amacıyla yapmış olduğu çalışmada ise, alkol bağımlılığının ev içi şiddete, iletişim ve ekonomik sorunlara neden olduğu sonucuna vararak bizim çalışmamızın sonucunu, yani işlevsellikle alkol kullanımı ve sorunları arasındaki anlamlı ilişkiyi destekler niteliktedir (111). Çalışmamızın sonucunu destekler nitelikte olan, alkol kullanım bozukluğunu CAGE ile araştıran bir başka çalışma İspanya'da bir devlet üniversitesinde gerçekleştirilmiştir. Öğrencilerin psikososyal faktörleri ile yasal ve

yasa dışı madde tüketimi arasındaki ilişki incelenmiştir. Sonuçta bozuk aile işlevselliği ile öğrencilerin sigara, kokain ve alkol kötüye kullanımı arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (112). Çalışmamızda aile üyelerinin haftada 5 ve üzeri sıklıkta alkol tüketmesi ile düşük aile işlevselliği arasında anlamlı ilişki mevcuttu. Milena ve arkadaşlarının ergen bireylerle yapmış olduğu bir çalışmada aile yapısı ve fonksiyonlarının sigara, alkol ve sosyal destekle ilişkisi incelenmiş, çalışmamızda olduğu gibi ciddi aile işlevsizliğinin artmış haftalık alkol kullanma miktarı ile ilişkisi olduğu saptanmıştır. Ancak çalışmamızdan farklı olarak bu çalışmada aile yapısı ile fonksiyonları arasında bir ilişki saptanamamıştır (113). Bizim araştırmamızın sonucunda, aile işlevselliği ile sorunlu alkol kullanımının yanında, sorunsuz alkol kullanımı arasında da anlamlı bir ilişki mevcuttu ancak Fernandez ve arkadaşlarının yapmış olduğu çalışmada ise ilişki sadece alkol bağımlılarında mevcuttu. Ayrıca biz alkol tüketiminin en çok öğrenci grubunda olduğunu saptamıştık ancak bu çalışmada en çok tarım işçileri arasında kullanım sıklığı olduğu belirlenmiştir (114).

Bizim çalışmamızda gelir ile alkol bağımlılığı ve kötüye kullanımı oranları arasında belirgin bir fark yokken, alkol kullanma ve sorunsuz içicilik ile 1500TL üzerinde gelir sahibi olmak arasında anlamlı bir ilişki saptandı. Herken ve arkadaşlarının öğrencilerle yapmış olduğu bir çalışmada da, gençlerin alkol kullanımı ile ailenin gelir düzeyinin yüksek olması arasında anlamlı ilişki saptanmıştır (115). Ancak Persson ve arkadaşları (116) ile Villalbi ve arkadaşlarının (117) yapmış olduğu çalışmalarda alkol kullanan gençlerin ailelerinin daha düşük sosyoekonomik düzeye sahip oldukları belirtilmiştir. Bu farklılıklar çalışmaların yapıldığı ülkelerdeki düşük ve yüksek ekonomik düzey ayrımının göreceli olmasına bağlı olmuş olabilir. Kaya ve ark. yapmış olduğu çalışmanın sonuçları da bizimkiyle uyumludur (118). Bu sonuçlarla, gelir düzeyinin yükselmesi ile alkole ulaşılabilirliğin kolaylaştığı düşünülebilir. Çalışmamızda alkol kullanımı ve sorunları ile yüksek eğitim düzeyi arasında da anlamlı bir ilişki saptanmıştı. Rehm ve arkadaşlarının 6 Avrupa ülkesinde birinci basamakta yapmış olduğu çalışmada ise alkol bağımlılığının düşük eğitim düzeyi olan bireylerde daha sık görüldüğü saptanmıştır (119).

Bu çalışmanın pek çok kısıtlılığı olduğu aşıkardır. Öncelikle örneklemin Hatay ili ve Antakya ilçesiyle sınırlandırılmış olması, ayrıca sadece ASM' lere başvuran bireylerden oluşmuş olması önemli bir kısıtlılıktır. Sonuçların topluma ve ülkeye genellenmesi mümkün değildir. Birinci basamağa başvurmeyan bireyler, kentsel-kırsal ayrımı, sosyoekonomik farklılıkları ortaya koyamamaktadır. Bunun yanında belirli bölgelerdeki bir kısım yerli halkın anadilinin Arapça olması da iletişim sorunu nedeniyle çalışma dışı bırakılan çok sayıda denek olmasına yol açmıştır.



6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamızda alkol kullanımının erkeklerde % 28.4, kadınlarda % 18.3, tüm bireylerde % 20.8 iken, bağımlılık oranlarının erkeklerde % 9.3, kadınlarda % 1.4, tüm bireylerde % 5.2 olarak yüksek oranlarda saptanması, birinci basamak sağlık hizmetlerinin, alkol kullanımı hakkında danışmanlıkta, erken tanıda, acil hizmetlerde ve özellikle koruyucu çalışmalarda rol alması gerektiğini desteklemektedir.

Alkol kullanımı ve sorunları ile aile işlevselliği ilişkisini ortaya koyan, farklı ölçeklerle gerçekleştirilmiş daha birçok çalışma vardır. Ancak Aile APGAR Ölçeği ile Michigan Alkolizm Tarama Testi' ni birlikte kullanarak aradaki ilişkiyi inceleyen çalışmamız dışında sadece bir çalışmaya rastlanmıştır. Ülkemizde geçerlilik ve güvenilirlik çalışması dışında Aile APGAR Ölçeğinin kullanıldığı bir çalışma henüz bulunmamaktadır. Ayrıca literatür taramasında bu çalışmaların çoğunlukla adolesan dönemdeki bireyler ele alınarak yapıldığı dikkat çekmiştir. Çalışmamızdan farklı olarak daha çok adolesan dönemde yapılmış olsa da, çalışmamızla benzer sonuçlarla karşılaşılmış ve çoğunlukla alkol kullanımı ile aile işlevselliği arasında anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Hem alkol kullanımı ve sorunlarının aile işlevselliğini bozabileceği hem de sağlıklı aile işlevselliğine sahip bireylerde daha çok alkol kullanımı ve sorunlarının olabileceği akılda tutulmalıdır.

Geçerlilik ve güvenilirliği kanıtlanmış, aile işlevselliği algısını hızlı bir şekilde ortaya koyan Aile APGAR Ölçeği' nin birinci basamakta kullanımı arttırılarak düşük aile işlevselliğinin ortaya konması sağlanabilir ve doğurabileceği sonuçlara erken müdahale edilebilir. Ayrıca sorunlu alkol kullanımı

olan bireylerin biyopsikososyal yönüyle ele alınması gerektiği bu çalışmada vurgulanmak istenen bir başka noktadır.



7. KAYNAKLAR

- 1) Bayar R., Yavuz M., Alkol Bağımlılığı. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Türkiye 'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar, Sempozyum Dizisi No: 62, 2008, s:221-230.
- 2) <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/alcohol-use>. Erişim Tarihi: 14. 01. 2016.
- 3) Uluğ B. Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar. Güleç C, Köroğlu E.(Eds). Psikiyatri Temel Kitabı. 1. Baskı, Ankara: MedioGraphics Ajans Matbaacılık Hizmetleri, 1997: 299-320.
- 4) Türkcan A., et al., Alkol Bağımlılarında Bir Tedavi Programının 3 Aylık İzlem Sonuçları. Bağımlılık Dergisi, 2001; 2(1): 30-33.
- 5) American Academy of Family Physicians, Recommended Curriculum Guidelines for Family Medicine Residents Substance Use Disorders, 2011.http://www.aafp.org/dam/AAFP/documents/medical_education_residency/program_dire.c.tors/Reprint270_Mental.pdf. Erişim Tarihi:17.06.2016.
- 6) Yörükoğlu A., Çocuk Ruh Sağlığı. Ankara: Türkiye İş Bankası Yayınları 2000 s:84-85
- 7) Ögel, K. Madde Kullanımı ve Bağımlılığın Nedenleri. <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/etyoloji.pdf> .Erişim tarihi: 30.03.2016.
- 8) Saitz R., Clinical practice. Unhealthy alcohol use. N Engl J Med 2005; 352:596.
- 9) Arlington, VA: Author ,Diagnostic and statistical manual of mental disorders. American Psychiatric Association. (2013).(5th ed.).
- 10) National Insitute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Helping patients who drink too much: A clinician's guide. NIH Publication no. 05-3769, Bethesda, MD 2005.
- 11) Jaffe JH, Anthony JC (2005) Substance-related disorders: introduction and overview. In Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed. (Eds HI Sadock, VA Sadock):1137-1167.

- 12) Kaplan H., Sadock B., Klinik Psikiyatri. Abay E., editör. Maddeye Bağlı Bozukluklar.2004 s:79
- 13) Güleç G., Köşger F., Eşsizoglu A., DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 2015; 7(4):448-460
- 14) Nussbaum M.A., DSM-5 yönelimli tanısal görüşme. Madde ile İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları. Ankara: HBY Basın Yayın 2015:135-139
- 15) <http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/dsmfactsheet/dsmfact.htm>. Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM-IV and DSM-5, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, No. 13-7999, 2015. Erişim Tarihi: 27.01.2016
- 16) Hasin DS, O'Brein CP, Auriacombe M, Borges G, Bucholz K, Budney A et al. (2013) DSM-5 criteria for substance use disorders: recommendations and rationale. Am J Psychiatry, 170:834-851.
- 17) Cherpitel CJ, Borges G, Ye Y, Bond J, Cremonte M, Moskalewicz J et al (2010). Performance of a craving criterion in DSM alcohol use disorders. J Stud Alcohol Drugs, 71: 674-684
- 18) TC. Sağlık Bakanlığı Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı 2012. Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar (ICD-10'a Göre), Bakanlık Yayın Numarası: 879 2011, s:16-17.
- 19) Saitz R. Clinical practice. Unhealthy alcohol use. N Engl J Med 2005;352:596-6.
- 20) Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health; Summary of National Findings; NSDUH Series H-38A, HHS Publication No. SMA 10-4856 Findings 7. 2010.
- 21) Grant B.F., Stinson FS, Dawson DA. et al., Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 2004. 61-807.
- 22) Doğaner Y.Ç., Aydoğan Ü., Sarı O. Madde Kullanım Bozuklukları. In: Aydoğan Ü., Koç B., editors. Temel Aile Hekimliği. 1st ed. Ankara: Güneş Tıp Kitapevleri 2016. p. 779-780.
- 23) http://www.tuik.gov.tr/PreTablo.do?alt_id=1095 Erişim Tarihi: 09.05.16
- 24) <http://www.who.int/gho/alcohol/en/> Erişim Tarihi: 09.05.16
- 25) <https://data.oecd.org/healthrisk/alcohol-consumption.htm> Erişim Tarihi: 09.05.16

- 26) <http://baskaledh.saglik.gov.tr/Content-subPages-249>. Erişim Tarihi: 09.05.16
- 27) Kalyoncu A., Mırsal H., Alkol Kullanım Bozuklukları.Psikiyatri Dünyası .2000;4:22-30
- 28) TC Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Sürekli Mesleki Gelişim Programı, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Modülü, Alkol ve Madde Kullanımı. 2013.
- 29) Fiellin DA, Reid MC, O'Connor PG., Screening for alcohol problems in primary care: a systematic review. Arch Intern Med 2000; 160:1977.
- 30) Saitz R., Medical and surgical complications of addiction. In: Principles of Addiction Medicine, 5th ed., Ries RK, Fiellin A, Miller SC, Saitz R. (Eds), American Society of Addiction Medicine, Chevy Chase, MD 2014. p.1062.
- 31) Schuckit MA, Tipp JE, Reich T, et al. The histories of withdrawal convulsions and delirium tremens in 1648 alcohol dependent subjects. Addiction 1995; 90:1335.
- 32) Yost DA., Alcohol withdrawal syndrome. Am Fam Physician 1996; 54:657.
- 33) Blondell RD., Ambulatory detoxification of patients with alcohol dependence. Am Fam Physician 2005; 71:495.
- 34) Brown ME, Anton RF, Malcolm R, Ballenger JC. Alcohol detoxification and withdrawal seizures: clinical support for a kindling hypothesis. Biol Psychiatry 1988; 23:507.
- 35) Ferguson JA, Suelzer CJ, Eckert GJ, et al. Risk factors for delirium tremens development. J Gen Intern Med 1996; 11:410.
- 36) Palmstierna T., A model for predicting alcohol withdrawal delirium. Psychiatr Serv 2001; 52:820.
- 37) Ballenger JC, Post RM. Kindling as a model for alcohol withdrawal syndromes. Br J Psychiatry 1978; 133:1.
- 38) Marchal C., Alcohol and epilepsy. Rev Prat 1999; 49:383.
- 39) Tosun M., Alkol ile İlişkili Acil Durumlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Depresyon, Somatizasyon ve Psikiyatrik Aciller Sempozyumu 2-3 Aralık 1999, İstanbul. s. 173-208
- 40) Moss HB, Chen CM, Yi HY. Prospective follow-up of empirically derived Alcohol Dependence subtypes in wave 2 of the National Epidemiologic Survey on Alcohol And Related Conditions (NESARC): recovery status, alcohol use

disorders and diagnostic criteria, alcohol consumption behavior, health status, and treatment seeking. *Alcohol Clin Exp Res* 2010; 34:1073.

- 41) Grant BF, Stinson FS, Hasin DS, et al. Prevalence, correlates, and comorbidity of bipolar I disorder and axis I and II disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related conditions. *J Clin Psychiatry* 2005; 66: 1205-1215.
- 42) Regier D, Farmer M, Rae D, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA* 1990; 264: 2511-2518.
- 43) O'Keefe JH, Bybee KA, Lavie CJ. Alcohol and cardiovascular health: the razor-sharp double-edged sword. *J Am Coll Cardiol* 2007; 50:1009.
- 44) Jones KL., Smith's Recognizable Patterns of Human Malformation (6th ed). Philadelphia, WB Saunders, 2006: 646-651.
- 45) Dufour MC, Caces MF. Epidemiology of the medical consequences of alcohol. *Alcohol Health Res World*. 1993;17:265-71
- 46) O'Connor PG., The general internist. Supplement 1: identification and treatment of substance abuse in primary care settings. *Am J Addict*. 1996;5:S9-S19
- 47) Hoyme HE, May PA, Kalberg WO, et al. A practical clinical approach to diagnosis of fetal alcohol spectrum disorders: clarification of the 1996 Institute of Medicine criteria. *Pediatrics* 2005; 115: 39-47.
- 48) TC. Sağlık Bakanlığı, Aile Hekimliği Uygulamasında Önerilen Periyodik Sağlık Muayeneleri ve Tarama Testleri, 2015, Ankara. Erişim Tarihi: 06.05.2016
- 49) U.S. Preventive Services Task Force. Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. *Ann Intern Med*. 2004;140(7):555-557.
- 50) Sobell LC, Sobell MB, Litten RZ, Allen JP., Timeline follow-back: A technique for assessing self-reported alcohol consumption. In: *Measuring Alcohol Consumption: Psychosocial and Biochemical Methods*, Litten RZ, Allen JP. (Eds), Totowa: Humana Press 1992. p.41.
- 51) Coşkunol H, Bağdiken İ , Sorias S ve ark: Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) geçerliliği. *Ege Tıp Dergisi* 1995; 34:15-18
- 52) Sharpe PC., Biochemical detection and monitoring of alcohol abuse and abstinence. *Ann Clin Biochem*, 38: 652-664.

- 53) Tetrault JM., et al. Risky drinking and alcohol use disorder: Epidemiology, pathogenesis, clinical manifestations, course, assessment and diagnosis. <http://www.uptodate.com/contents/risky-drinking-and-alcohol-use-disorder-epidemiology-pathogenesis-clinical-manifestations-course-assessment-and-diagnosis>. Erişim tarihi:01.12.2015.
- 54) Nirun N., Sistematik Sosyoloji Yönünden Aile ve Kültür , Ankara: A.K.M. Yayınları 1994:21
- 55) Ünalın T., Türkiyede çekirdek aileler. Nüfusbilim Dergisi. 1988; 10:51.
- 56) T.C. Milli Eğitim Bakanlığı, Aile ve Tüketici Hizmetleri, Aile Yapısı, Ankara. 2011. Erişim Tarihi: 03.06.2016
- 57) Campbell T, Larivaara P. Working with families. In “Textbook of Primary Medical Care”. (eds) Jones R, Britten N, Culpepper L, Gass D, Grol R, Mant D, Silagy C., Volume 1, New York: Oxford University Press. 2004;299-303.
- 58) Bray HJ, Campbell TL. The family’s influence on health. In “Textbook of Family Medicine”. (ed) Rakel RE. 7th ed. Philadelphia, WB Saunders. 2007; 25-34.
- 59) McDaniel SH, Campbell TL, Hepworth J, Lorenz A., Birinci basamakta aileleri değerlendirmek için araçlar. “Aile Yönelimli Birincil Bakım” (ed) Yaman H 2. Baskı, İstanbul: Yüce Yayım. 2007; 28-41.
- 60) McWhinney IR, Freeman T. The family in health and disease. In “Textbook of Family Medicine” 3th ed. New York, Oxford University Press. 2009; 217-248.
- 61) Yaman H, Akdeniz M. Aile yönelimli bakım. “Birinci Basamakta Tanı ve Tedavi” içinde. (eds) Bozdemir N, Kara İH. Adana, Nobel Kitabevi. 2010; 25-32.
- 62) Campbell TL., Family stress. In “Textbook of Family Medicine” (ed) Rakel RE 5th ed. Philadelphia, WB Saunders. 1995; 35-38.
- 63) Alacahan O. Aile Birliğini Oluşturan Faktörler ve İşlevleri, C.Ü. İktisadi ve İdari Bilimler Dergisi, 2010; 1
- 64) Kasapoğlu A., Aile Yapısı Ve Demografik Özellikler , Gecekonduarda Aileler Arası Geleneksel Dayanışmanın Çağdaş Organizasyonlara Dönüşümü , Ankara: Başbakanlık Kadın Ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları 1993:53
- 65) Zeki Aslantürk - Amman Tayfun, Sosyoloji: Kavramlar, Kurumlar, Süreçler, Teoriler. İstanbul: Çamlıca Yayınları 2001;363-365.

- 66) Özgüven İ. E., Ailede İletişim Ve Yaşam , Ankara: PDREM Yayınları 2001:14-15
- 67) Dikeçligil B., Türk Toplumunun Aile Tipleri , Yüzyıl Biterken Cumhuriyet Dönemi Türk Ansiklopedisi , Cilt: 11 , İstanbul: İletişim Yayınları 1995:16-17
- 68) Özen S., Gecekondu Ailelerinde Bireyler Arası Etkileşim , Ankara: Aile Araştırma Kurumu Yayınları 1994:259
- 69) Dönmezer İ., Ailede İletişim ve Etkileşim. İstanbul: Sistem Yayıncılık. 2001:11-13
- 70) Bulut I., Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi , Ankara: Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları. 1993.s:11
- 71) TÜİK, İstatistiklerle Aile, 2014. <http://www.tuik.gov.tr/PreHaberBultenleri.do?id=18624>. Erişim Tarihi: 07.06.2016
- 72) Hallaç S., Öz F., Aile Kavramına Kuramsal Bir Bakış. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches in Psychiatry 2014; 6(2):142-153
- 73) Bulut I., Ruh Hastalığının Aile İşlevlerine Etkisi ,Ankara: Başbakanlık Kadın ve Sosyal Hizmetler Müsteşarlığı Yayınları , 1993.s:3
- 74) Özgüven İ. E., Ailede İletişim Ve Yaşam ,Ankara: PDREM Yayınları , 2001.s:2
- 75) Miller IM, Kabacof RI, Keitner GI, Epstein NB, Bishop DS. Family Functioning in the families of Psychiatric Patients Compr. Psychiatry 1986; 27:302-312
- 76) Gündoğan F. D. ve ark., Aile Ve Ailenin İşlevleri , Çukurova Üniversitesi Arşiv – Kaynak Tarama Dergisi , C: 14 , S: 1 , Adana , 2005.s:4-5
- 77) Gökçe B., Aile ve Aile Tipleri Üzerine Bir İnceleme, Aile Yazıları 1.Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları.1990.s:218.
- 78) Sayın Ö., Aile Sosyolojisi.İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.1990.s:8-10.
- 79) Tezcan M., Eğitim Sosyolojisi, 4.baskı. Ankara: Ankara Üniversitesi Basımevi.1985.S:158-160
- 80) Erdentuğ A., Türkiye, İran ve Pakistan'da Geleneksel Köy Ailesinin Özellikleri , Aile Yazıları 2.Ankara: T.C. Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları.1990.s:329
- 81) Yasa İ.,Gecekondu Ailesi, Aile Yazıları 1.Ankara: Aile Araştırma Kurumu Başkanlığı Yayınları.1990.s: 198

- 82) D.P.T.,Türk Aile Yapısı,VI. Beş Yıllık Kalkınma Planı Özel İhtisas Komisyonu Raporu, Ankara. 1989.s:3
- 83) Eyce B., Tarihten Günümüze Türk Aile Yapısı. Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler MYO Dergisi, Sayı:4, 2004.s:224-240
- 84) Canan İ., Aile İçi Eğitim, İstanbul: Gül Yurdu Yayınları.2009.S:142-145.
- 85) Kongar E., Türkiye Üzerine Araştırmalar, İstanbul: Remzi Kitabevi. 1986.s:71
- 86) Kır İ., Toplumsal Bir Kurum Olarak Ailenin İşlevleri, Elektronik Sosyal Bilimler Dergisi. Bahar-2011 Cilt:10 Sayı:36 (381-404)
- 87) Özdemir, Ş., Vatandaş, C., Torlak Ö., Sosyal problemleri çözmede aile yaşam döngüsünün (AYD) önemi. Aile ve Toplum Dergisi, 2009:4(16), s.1
- 88) Nazlı S., Aile Danışmanlığı (6. baskı). Ankara: Anı Yayıncılık.2011.s:46-47
- 89) Duvall E. M., Family development (2nd ed.). Philadelphia: Lippincott. 1962.p: 9
- 90) Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for family function test and its use by physicians. Journal of Fam Prac. 1978; 6(6):1231-1239. 10.
- 91) Chao J, Zyzanski S, Flocke S. Choosing a family level indicator of family function. Families, Systems and Health. 1998; 16: 367-373
- 92) Özcan S., İncecik Y., Duyan V., Aile Hekimliği' nde Aile Apgar Ölçeğinin Kullanımı: Türkçeye Uyarlama Çalışması, Turkish Family Physician, cilt.2 (3), ss.22-29, 2011
- 93) Gibbs LE. Validity and reliability of the Michigan Alcoholism Screening Test: a review. Drug Alcohol Depend, 1983;12:279-285
- 94) Gül S.K., Barlas Ü. ve ark., 16-20 Yaş Grubu Ergenlerde Aile İşlevleri ve Kişilerarası İlişki Tarzının İncelenmesi: Bir Üniversite Örneklemi, Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi, cilt:2, sayı:3, ss.139-146, 2013.
- 95) Ağacık N., Annenin Aile İşlevselliği Algısına Yönelik Bir Araştırma. Uzmanlık Tezi, Ankara: Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Sosyal Psikiyatri Anabilim Dalı, 2007.
- 96) Karaağaç M.K, Erbay H.N, Aile İşlevselliğinin Matematik Başarısı İle İlişkisi, Mustafa Kemal Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, cilt:12, sayı:31, ss:21-33, 2015.

- 97) Smilkstein G, Ashworth C, Montano D., Validity and reliability of the family APGAR as a test of family function. *J Fam Pract.* 1982; 15, 3003-3011.
- 98) Smucker WD, Wildman BG, Lynch TR, Revolinsky MC. Relationship between the family APGAR and behavioral problems in children. *Arch Fam Med.* 1995 Jun; 4(6):535-9. 1
- 99) Bellón Saameño JA, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validity and reliability of the family apgar family function test. *Aten Primaria.* 1996;18(6):289-96. 14.
- 100) Rodríguez Fernández E, Gea Serrano A, Gómez Moraga A, García González JM. Apgar questionnaire in the study of family function. *Aten Primaria.* 1996;17(5):338-41.
- 101) Powazki RD, Walsh D. Family distress in palliative medicine: a pilot study of the family APGAR scale. *Am J Hosp Palliat Care.* 2002;19: 392-6.
- 102) Shittu R O, Issa B.A, Olanrewaju A. T, Mahmoud A. O, Odeigah L. O, Sule A. G., Sanni M. A., Family Dysfunction and Depressive Symptoms among People Living with HIV/AIDS, in Nigeria, West Africa. *International Journal of Health and Rehabilitation Sciences.*2014;3(1):7-18.
- 103) Tai S.Y. et al., Effects of Marital Statüs and Shift Work on Family Function Amng Registered Nurses, *Industrial Health.* 2014;52,296-303.
- 104) Cao X. et al., Family Functioning and Its Predictors Among Disaster Bereaved Individuals In China: Eighteen Months After The Wenchuan Earthquake. *Plos One.*: 2013;8(4):1-8.
- 105) T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu İzleme Merkezi (TUBİM), 2012 Türkiye Uyuşturucu Raporu.
- 106) Aydoğdu H., Çam M.O., Madde Kullanım Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerin Bağlanma Stilleri, Anne Baba Tutumları ve Sosyal Destek Algıları Yönünden Karşılaştırılması. *Journal of Psychiatric Nursing* 2013;4(3):137-144.
- 107) Cho H.S. et al., Analysis of Factors Correlated With The Family Function of Alcoholics and Their Family. *Korean Acad Fem.Med.*1994;15(12):1088-1107.
- 108) Akfert S. ve ark., Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2009; 10:40-47.
- 109) Schäfer G., S.Lecturer, Family Functioning in Families With Alcohol and Other Drug Addiction. *Social Policy Journal of New Zealand* 2011;37:135.

- 110) Atar A., Yalçın Ö., Uygun E., Demirci A., Erdoğan A., Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerde Aile İşlevlerinin, Çift Uyumunun ve Anne Baba Tutumunun Değerlendirilmesi. Arch Neuropsychiatr 2016; 53: 38-44.
- 111) Korkmaz G., Batur D., Karakuş E., Tel H., Alkol Bağımlısı Erkeklerin Eşlerinin Yaşadıkları Güçlükler ve Başetme Tarzlarının Belirlenmesi. C. Ü. Hemşirelik Yüksek Okulu Dergisi 2003; 7 (1):21-26.
- 112) Cogollo-Milanés Z, Arrieta-Vergara KM, Blanco-Bayuelo S, Ramos-Martínez L, Zapata K, Rodríguez-Berrio Y., Public university students' psychosocial factors associated with legal and illegal substance consumption. Rev Salud Publica (Bogota). 2011 Jun;13(3):470-9.
- 113) Milena A.P. et al., Family Structure and Function During Adolescence: Relationship With Social Support, Tobacco, Alcohol and Drugs Consumption, and Psychic Discomfort. Aten Primaria. 2007;39(2):61-7.
- 114) Rodríguez Fernández E et al., Relationship between family perception and alcohol consumption. Aten Primaria. 1997 Feb 28;19(3):117-21.
- 115) Herken H. ve ark., Öğrencilerde Alkol Kullanım Sıklığı ve Sosyal Öğrenme ile ilişkisi. Düşünen Adam; 2000, 13(2): 87-91.
- 116) Persson E, Hanson BS, Rstom AS., Alcohol habits among teenagers in sweden, factors of importance. J Stud Alcohol 1994;6:719- 25.
- 117) .Villalbi JR, Comin E, Nebat M, et al, Prevalence and determinants of alcohol consumption among school children in Barcelona. J Sch Health 1991;3:123-6.
- 118) .Kaya N, Çilli AS, Herken H ve ark, Orta öğrenim ve üniversite öğrencilerinde madde kullanım yaygınlığı ve anne-baba tutumu ile ilişkisi. 5. Sosyal Psikiyatri Sempozyumu, Serbest Bildiriler, 1998, Kocaeli.
- 119) Jürgen Rehm, Allaman Allamani, Roberto Della Vedova, Zsuzsanna Elekes, Andrzej Jakubczyk, Inga Landsmane, Jakob Manthey, José Moreno-España, General Practitioners Recognizing Alcohol Dependence: A Large Cross-Sectional Study In 6 European Countires, Annals of Family Medicine.2015;13(1): 28-32.

8.EKLER

EK 1: Anket Formu

DEMOGRAFİK ÖZELLİKLER				
YAŞ:				
CİNSİYET: E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>				
MEDENİ DURUM: EVLİ : <input type="checkbox"/> BEKAR : <input type="checkbox"/> BOŞANMIŞ : <input type="checkbox"/> DUL: <input type="checkbox"/> AYRI YAŞIYOR: <input type="checkbox"/>				
EĞİTİM DURUMU: OKUR-YAZAR: <input type="checkbox"/> İLKÖĞRETİM: <input type="checkbox"/> LİSE: <input type="checkbox"/> ÜNİVERSİTE: <input type="checkbox"/> YÜKSEK LİSANS: <input type="checkbox"/> DOKTORA: <input type="checkbox"/>				
MESLEK:				
AİLE TİPİ: ÇEKİRDEK AİLE: <input type="checkbox"/> GENİŞ AİLE: <input type="checkbox"/> AİLE DIŞI BİREYLERLE YAŞIYORUM: <input type="checkbox"/> TEK YAŞIYORUM: <input type="checkbox"/>				
ÇOCUK SAYISI: YOK: <input type="checkbox"/> 1: <input type="checkbox"/> 2: <input type="checkbox"/> 3: <input type="checkbox"/> ≥ 4: <input type="checkbox"/>				
SOSYAL GÜVENCE:				
AYLIK GELİR:				
AİLEDE ALKOL KULLANAN VAR MI?: VAR: <input type="checkbox"/> YOK: <input type="checkbox"/>				
AİLEDE ALKOL KULLANAN VARSA KİM KULLANIYOR? :				
AİLEDE ALKOL KULLANAN VARSA NE SIKLIKTA KULLANIYOR?:				
<u>AİLE APGAR ÖLÇEĞİ</u>				
		Neredeyse her	Bazen	Neredeyse hiçbir
1.	Bir sorunum olduğunda, ailemden yardım alabiliyor olmamdan memnunum.			
2.	Ailemin benimle konuşma ve problemleri paylaşma şeklinden memnunum.			
3.	Ailemin yeni etkinliklere katılma veya yönelme isteklerimi kabul etmesi ve desteklemesinden memnunum.			
4.	Ailemin kızgınlık, üzüntü ve aşk gibi duygularıma ilgi ve tepki gösterme şeklinden memnunum.			
5.	Ailemle birlikte vakit geçirme şeklimizden memnunum.			

MICHIGAN ALKOLİZM TARAMA TESTİ (MATT)

PUAN	SORULAR	EVET	HAYIR
	0. Şimdi veya biraz sonra bir kadeh atmak hoşunuza gider mi?	_____	_____
(2)	1. Kendinizi normal bir içici olarak hissediyor musunuz ? (Normal kavramı ile diğer insanlar kadar veya onlardan daha az içme veya hiç içki içmeme kastedilmektedir.) (*)	_____	_____
(2)	2. Akşam içki içtikten sonra sabah uyandıığınızda akşamın bir bölümünü hatırlayamadığınız oldu mu?	_____	_____
(1)	3. İçki içmeniz konusunda eşinizin, anne-babanızın veya yakınlarınızın endişe ettikleri veya yakındıkları oldu mu?	_____	_____
(2)	4. Birkaç kadeh attıktan sonra mücadele etmeden içki içmeyi durdurabiliyor musunuz? (*)	_____	_____
(1)	5. İçki içtiğiniz için hiç suçluluk duyduunuz mu ?	_____	_____
(2)	6. Arkadaşlarınız ve yakınlarınız sizin normal bir içici olduğunuzu düşünüyorlar mı? (*)	_____	_____
(2)	7. İsteddiğinizde içki içmeyi durdurabiliyor musunuz? (*)	_____	_____
(5)	8. Adsız Alkoliklerin (AA) bir toplantısına hiç katıldınız mı?	_____	_____
(1)	9. İçtiğinizde hiç kavga ettiğiniz oldu mu?	_____	_____
(2)	10. İçki içmeniz sizinle; eşiniz, anne-babanız veya yakınlarınız arasında sorun oluşturdu mu?	_____	_____
(2)	11. Eşiniz veya yakınlarınız içmeniz konusunda başkalarından yardım istediler mi ?	_____	_____
(2)	12. İçtiğiniz için arkadaşlarınızı kaybettiğiniz oldu mu?	_____	_____
(2)	13. İçtiğiniz için işte veya okulda sorunlarla karşılaştığınız oldu mu?	_____	_____
(2)	14. İçtiğiniz için işinizi kaybettiğiniz oldu mu?	_____	_____
(2)	15. İçtiğiniz için arka arkaya birkaç gün sorumluluklarınızı, ailenizi veya işinizi ihmal ettiğiniz oldu mu?	_____	_____
(1)	16. İçki içmeye sıklıkla öğleden önce mi başlarsınız?	_____	_____

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

- (2) 17. Hiç alkolle bağlantılı bir karaciğer sorununuzun olduğu söylendi mi? _____
- (2) 18. Aşırı içki içtikten sonra hiç Deliryum Tremens veya aşırı titreme tablosuna girdiniz mi, gerçekte olmadığı halde sesler işitip, hayaller gördüğünüz oldu mu? (**)
- (5) 19. İçmeniz konusunda başkasından yardım istediniz mi? _____
- (5) 20. İçki nedeniyle hastaneye yattığınız oldu mu? _____
- (2) 21. Bir psikiyatri kliniğine hiç yattınız mı? Eğer yattıysanız içki içmenizin yatışta rolü var mıydı? _____
- (2) 22. Sinirsel sorunlarınızdan dolayı psikiyatri polikliniğine, bir psikolog veya doktora başvurduunuz mu? Eğer başvurduysanız içki içmenizin bunda rolü var mıydı? _____
- (2) 23. Aşırı alkollü olarak veya alkollü içeceklerin etkisi altında araba kullandığınız için hiç tutuklandınız mı? _____
(Evet ise kaç kere?: ___) (***)
- (2) 24. İçkiliyken diğer davranışlarınızdan dolayı tutuklandığınız veya birkaç saat dahi olsa gözaltına alındığınız oldu mu? _____
(Evet ise kaç kere? : ___) (***)
- (*) Alkol bağımlılarının yanıtı olumsuzdur.
- (**) Alkol yoksunluğu deliryumunda 5 puan.
- (***) Her tutuklanma için 2 puan.
-
-

9. ÖZGEÇMİŞ

Dr. Dilem YAMAN SÜRMEĒĒ, 18.02.1988 tarihinde Hatay' ın Antakya ilçesinde doğmuştur. General Refet Bele İlköğretim Okulu' nu, Özel Hatay Doğuş Okulu orta bölümünü ve Selim Nevzat Şahin Anadolu Lisesi' ni bitirmiştir. 2007 yılında Ufuk Üniversitesi Tıp Fakültesi' nde tıp eğitimine başlayıp 2013 yılında mezun olmuştur. Aynı yıl Hakkari Merkez Toplum Sağlığı Merkezi' nde pratisyen hekimliğe başlayıp 2 ay sonra istifa etmiştir. 29.11.2013 tarihinde Mustafa Kemal Üniversitesi Tayfur Ata Sökmen Tıp Fakültesi Aile Hekimliği Anabilim Dalı' nda uzmanlık eğitimine başlayıp hala burada araştırma görevlisi olarak çalışmaktadır.