

T.C.

ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

UYGULAMALI PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**HAVALİMANI ÇALIŞANLARINDA
DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU
BELİRTİLERİ İLE
ARTMIŞ ARAÇ KAZASI RİSKİ İLİŞKİSİ**

Özlem ÇAPAN ÖZEREN

(124121031)

Tez Danışmanı

(Yrd. Doç. Dr. F. Gökben Hızlı Sayar)

(İstanbul, 2015)

BİLİMSEL ETİK SAYFASI



www.uskudaredu.tr

REKTÖRLÜK - FAKÜLTELER - MESLEK YÜKSEKOKULU
Altunizade Mah. Halkuk Türksay Sk. No:14 PK:34462 Üsküdar / İstanbul / Türkiye
Tel: +90 216 400 22 22 Fax: +90 216 474 12 56 E-posta: info@uskudar.edu.tr

T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
GİRİŞİMSEL OLMAYAN KLİNİK
(KLİNİK VE İNSAN ÜZERİNDE YAPILAN)ARAŞTIRMALAR
ETİK KURULU BAŞKANLIĞI

SAYI: B.08.6.YÖK.2.ÜS.0.05.0.06 /2014 / 90

09 Aralık 2014

Sayın Yrd. Doç. Dr. Feride Gökben Hızlı Sayar
(Özlem Çapan)

Üsküdar Üniversitesi Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 03 Aralık 2014 tarihinde, 14 No.lu toplantısında değerlendirmeye almış olduğu **"Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu Olan Havaalanı Çalışanlarında Artmış Araç Kaza Riski"** adlı araştırma projenizin etik açıdan uygun olduğuna karar verilmiştir.

Bilgilerinize rica ederim.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Cumhur TAŞ'.

Yrd. Doç. Dr. Cumhur TAŞ
Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar
Etik Kurulu Başkanı

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

Öğrenci No	:	
Öğrenci Adı Soyadı	:	Özlem Özeren Gapan
Anabilim Dalı	:	Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans
Tez Danışmanı	:	Yrd. Doç. Dr. F. Gülben Hızlı Sayar
Tezin Başlığı	:	Havaların Calsanlarında DEHİZ belirtileri ile artmış oran korası ilişkisi

Toplantı Tarihi	:	15.06.2015	Saati	:	17:00
-----------------	---	------------	-------	---	-------

Öğrenci Savunmaya	:	AĞELDI
-------------------	---	--------

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir.

- Yapılan savunma sınavında adayın tez çalışması başarılı bulunarak KABUL edilmesine,
 Yapılan savunma sınavı sonunda tez çalışmasının DÜZELTİLMESİNE, düzeltme için adaya ay EK SÜRE verilmesine (en fazla 3 ay)
 Yapılan savunma sınavının sonunda tezin REDDEDİLMESİNE

OY BİRLİĞİ OY ÇOKLUĞU

ile karar verilmiştir.

Savunmada Tezin Başlığı	:	<input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. <input type="checkbox"/> Değişti.
-------------------------	---	--

Tezin Yeni Başlığı	:	
--------------------	---	--

Öğrenci Savunmaya	:	<input type="checkbox"/> GELMEDİ
-------------------	---	----------------------------------

Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki karar,

OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR.

Tez Sınavı Jürisi	Unvanı, Adı Soyadı	İmza
Başkan	Yrd. Doç. Dr. Eylem Ökten	
Danışman Üye	Yrd. Doç. Dr. F. Gülben Hızlı Sayar	
Üye	Yrd. Doç. Dr. Gül Eryılmaz	
Üye		
Üye		

(Tüm durumlarda Jüri üyelerinin tez değerlendirme raporları gerekir.)

Tarih : 15/6/2015

Sayı No :

Yukarıda kimlik bilgileri belirtilen ve Anabilim Dalımız Yüksek Lisans Programı öğrencisinin Tez Savunma Sınav Tutanağı ve eklerinin Enstitü Yönetim Kurulunda görüşülmesi hususunda bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

.....
Anabilim Dalı Başkanı

Not: Bu forma orijinal raporlar (bir nüsha) eklenecektir.

ÖNSÖZ

Eğitimimde ve tezimin oluşturulmasında bana bilgi ve deneyimlerini aktarıp yol gösteren ve tez yazım sürecinin tüm aşamalarında verdiği destek için minnettar olduğum tez danışmanım, değerli hocam Yrd. Doç. Dr. Feride Gökben Hızlı Sayar'a, Üsküdar Üniversitesi'nde Yrd. Doç. Dr. Nüket İşiten, Yrd. Doç. Dr. Lütfiye Kaya Çiçerali, Yrd. Doç. Dr. Barış Önen Ünsalver, Yrd. Doç. Dr. A. Emre Sargın, Yrd. Doç. Dr. Oğuz Tan, Prof. Dr. Orhan Doğan, Yrd. Doç. Dr. Asil Özdoğru ve Prof. Dr. Sevil Atasoy başta olmak üzere eğitimime katkısı olan tüm değerli hocalarıma, Sevgili Eşim Ali İhsan Özeren'e, Sevgili Oğlum Berkay Şengel'e, eğitim sürecim boyunca bana hep destek verip hayatımı kolaylaştıran Sevgili Teyzem Gülsevin Songur'a, beni bu eğitim sürecine girmem için cesaretlendiren ve destekleyen çok sevgili dostlarım Nilgün Onnar, Zafer Çaycı ve Sevda Altıncı'ya, sınıf arkadaşlarıma, beni motive eden ve sürekli olarak destekleyen iş arkadaşları Berrin Yazıcı'ya, Sevda Yamaç'a, Kevser Oylumlu'ya, mesai arkadaşlarıma ve HAVAŞ'ın değerli yöneticilerine, bana çalışkanlığıyla hayata bakış açısıyla, dürüst kişiliğiyle ışık tutan annem Neşe Songur Çapan ve babam Gürbüz Çapan'a, Kardeşim Cengiz Çapan ve Eşi Özlem Yalçın Çapan'a ve daha ismini sayamadığım ve tezimin hazırlanmasında katkıda bulunan herkese TEŞEKKÜR EDİYORUM

Özlem Çapan Özeren

ÇAPAN ÖZEREN, Özlem, Yüksek Lisans, İstanbul, 2015)

**Havalimanı Çalışanlarında Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu
Belirtileri ile Artmış Araç Kazası Riski İlişkisi**

Özet

DEHB, hiperaktivitenin yaygın belirtileri olan dikkatsizlik ve dürtüsellik ile tanımlanan, kronik ve yeti yitimine sebep olan bir bozukluktur. DEHB’li yetişkinler yaptıkları işlerle performans ve iş kayıpları yaşayabilirler. DEHB’li kişilerin sürüş zorlukları olduğu tespit edilmiştir. Çalışmanın yapıldığı Havaş’ta 2012-2014 yılları arasında toplam 138 araç kazası gerçekleşmiştir. Bu araştırmanın hipotezi, “araç kazası yapmış olan havalimanı çalışanlarının DEHB puanları, araç kazası yapmamış olanlara kıyasla daha yüksektir” olarak belirlenmiştir. Kaza yapanlardan aştırmaya katılmayı kabul eden 110 personele ve onlarla yaş ve cinsiyet bakımından eşleştirilmiş kaza yapmamış personelden oluşan 111 kişilik kontrol grubuna EDHÖ ve DSM-IV’e Dayalı E-DEHB uygulanmıştır. Katılımcılar, ölçek maddeleri ile kaza yapma durumu, performans, devam durumları ve demografik açıdan incelenmiştir. Araştırmada kaza yapanlar arasında DEHB tanısı alan bir kişiye rastlanmıştır. Kaza yapan grupta kontrol grubuna kıyasla E-DEHB Aşırı Hareketlilik alt ölçek toplam puanının anlamlı derecede daha yüksek olduğu, diğer alt ölçek puanlarında ise bir farklılık olmadığı saptanmıştır. Sık iş değiştirme, zamanı ayarlama güçlüğü, alkol kullanımı, günlük etkinliklerde unutkanlık, el ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama, sıra beklemekte zorluk çekme, aynı anda pek çok işle / projeye uğraşma ve bu işleri takipte tamamlamakta güçlük gibi maddelerde kaza yapan grubun puan ortalamasının kontrol grubuna göre anlamlı biçimde yüksek olduğu, buna karşın kontrol grubuna göre anlamlı düşük ortalamaya sahip herhangi bir madde puanı olmadığı saptanmıştır. Bu sonuca göre kaza yapan ve yapmayan havalimanı çalışanlarında DEHB tanısı bakımından farklılık bulunmamakla birlikte kaza yapanların aşırı hareketlilikle ilgili belirtileri daha yüksek oranda gösterdikleri düşünülmektedir. DEHB’nin belirtileri, çalışma yaşamına etkisi ve sonuçları konusunda çalışanlar ve yöneticilerin bilgilendirilmesi; sürücülük becerisi gerektiren kritik işlerde çalışacak olan kişilerde DEHB belirtilerinin taranması kaza oranını azaltabilecektir.

Anahtar Kelimeler: dikkat eksikliği, hiperaktivite, dürtüsellik, iş kazası, yer hizmetleri, havaalanı



Abstract

Relation of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder Symptoms and Increased Accidents in Airport Workers

ADHD is a chronic and debilitating disorder characterized by inattentiveness and impulsiveness, the most commonly encountered symptoms of hyperactivity. Adults with ADHD can suffer performance loss and loss of employment. It has been determined that individuals with ADHD have difficulty driving. A total of 138 accidents involving vehicles occurred between 2012 and 2014 at Havaş, where the research was conducted. Hypothesis of the research was that "the airport workers with a history of workplace driving accident have higher level of symptoms of ADHD, compared to the workers without a history of workplace driving accidents" The research participants were given a questionnaire (study group was 110 workers involved in an accident; control group was 111 workers, matched with the study group for sex and age, although they were not involved in an accident) comprising AASRS and A-ADHDS. Using these scales, the participants were evaluated with respect to their accident status, performance, attendance and demographics. Diagnosis of ADHD was encountered only one employee in study group. A-ADHDS Hyperactivity subscale score was found to be significantly higher in study group compared to control group. Scores of the other subscales of A-ADHDS and AASRS found to be similar in groups. Although no item scores found to be higher in control group, scores of frequent change of jobs, difficulty in adjusting time, alcohol abuse, forgetfulness in daily activities, restlessness, hassle with many projects at a time and difficulty in completing these jobs items found to be statistically significantly higher in the group with a history of workplace accident. These results suggest that although there found to be no significant differences in rates of ADHD diagnosis in workers with a history of driving accident and the control group; the former may have higher rates of hyperactivity symptoms. Informing the workers and the employers about the effects and consequences of ADHD symptoms in workplace, screening the symptoms of ADHD in those to be employed in critical areas requiring driving skills might decrease the risk of workplace accidents.

Key words: attention deficit, hyperactivity, impulsiveness, workplace accident, ground handling, airport



KISALTMALAR SAYFASI

- A-ADHDS:** Adult ADD/ADHD DSM-IV Based Diagnostic Screening and Rating Scale
- ADHD:** Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder
- AASRS:** Adult ADHD Self-Report Scale
- APA:** American Psychiatric Association
- ASA:** Airport Services Association
- DEHB:** Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu
- DSM:** Diagnostig Statistical Manual Of Mental Disorders
- EDHÖ :** Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim Ölçeği
- E-DEHB:** DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/ DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri
- ICD :** International Classification of Diseases
- P:** Anlamlılık Düzeyi
- SHGM:**T.C. Ulaştırma Denizcilik ve Haberleşme Bakanlığı,Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü
- SPSS:** Statistical Package For Social Sciences

TABLolar LİSTESİ

Tablo 1 DEHB'nin Yaş Dönemlerine Göre Klinik Özellikleri	10
Tablo 2 : DEHB'li Yetişkinler İçin Olası İşyeri Düzenlemeleri	17
Tablo 3: Black Raporundan İş Performansını Artırmak İçin Çözüm Önerileri	18
Tablo 4: Hasar Sonuçlarına Göre Uçak Yer Kazaları	23
Tablo 5 : HAVAŞ'ta Gerçekleşen Araç Kazaları (2012-2014).....	24
Tablo 6: Örneklemin yaş ve kıdem ortalaması ve aralığı	36
Tablo 7: Örneklemin görev yerlerine göre dağılımları.....	37
Tablo 8: Örneklemin görevlerine göre dağılımı	38
Tablo 9: Kaza yapan ve yapmayan grupların yaş ve eğitim süresi ortalamaları.....	38
Tablo 10: Kaza yapan ve yapmayanların kıdem yılına göre dağılımları.....	39
Tablo 11: Kaza yapan ve yapmayan grupların son üç yılda izin ve işe devamsızlık süresi ortalamaları.....	40
Tablo 12: Kaza yapan ve yapmayan grupların iş verimliliği performans ortalamaları	40
Tablo 13: EDHÖ alt ölçek puanlarının kaza yapan ve yapmayan gruplarda karşılaştırılması	41
Tablo 14: E-DEHB alt ölçek puanlarının kaza yapan ve yapmayan gruplarda karşılaştırılması.....	42
Tablo 15 : Kaza yapan ve yapmayan gruplarda EDHÖ A alt ölçeği maddeleri için puanların karşılaştırılması.....	43
Tablo 16: Kaza yapan ve yapmayan gruplarda EDHÖ B alt ölçeği maddeleri için puanların karşılaştırılması.....	44
Tablo 17: Kaza yapan ve yapmayan gruplarda E-DEHB Dikkat Eksikliği alt ölçeği maddeleri için puanların karşılaştırılması.....	45
Tablo 18: Kaza yapan ve yapmayan gruplarda E-DEHB Aşırı Hareketlilik alt ölçeği maddeleri için puanların karşılaştırılması.....	46
Tablo 19: Kaza yapan ve yapmayan gruplarda E-DEHB Dürtüsellik alt ölçeği maddeleri için puanların karşılaştırılması	47
Tablo 20: Kaza yapan ve yapmayan gruplarda E-DEHB DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler alt ölçeği maddeleri için puanların karşılaştırılması	48
Tablo 21: DEHB Olma Durumu	50
Tablo 22 Normallik Testleri	51
Tablo 23: Ölçeklerin Kaza Yapma Durumuna Göre Değerlendirilmesi	52

GRAFIKLER LİSTESİ

Grafik 1 :Uçak Yer Kazaları.....	23
Grafik 2. 2014 Yılı Havalimanları Kaza Gerekçesi Oranları	24



EKLER LİSTESİ

Ek. 1:

- a)** Bilgilendirilmiş Gönüllü Olur Formu
- b)** Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim (EDHÖ) Ölçeği
- c)** DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/ DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri (E-DEHB)



İÇİNDEKİLER

BİLİMSEL ETİK SAYFASI	ii
YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI	iii
ÖNSÖZ	iv
Özet	v
Abstract	vii
KISALTMALAR SAYFASI	ix
TABLolar LİSTESİ	x
GRAFİKLER LİSTESİ	xi
EKLER LİSTESİ	xii
1 GİRİŞ.....	1
1.1 DEHB'NİN TARİHÇESİ	1
1.2 TANI VE KLİNİK ÖZELLİKLER	5
1.3 DEHB ETYOLOJİSİ	7
1.4 GÖRÜLME SIKLIĞI VE YAŞA GÖRE FARKLILIKLARI.....	8
1.5 EŞ TANILAR.....	11
1.6 DEHB TEDAVİSİ.....	13
1.7 DEHB'YE BAĞLI SOSYAL VE MESLEKİ SORUNLAR.....	13
1.7.1. İşyeri ve İstihdam İle İlgili Sorunlar	13
1.7.1 Kullanılan İzinler ve İş Kayıpları.....	15
1.7.2 İşe Alım ve Mülakat.....	16
1.7.3 DEHB için İşyeri Düzenlemeleri	16
1.7.4 İşyerinde Performans Sorunları	18
1.7.5 Sürücülükve Kazalar ile İlgili Sorunlar	19
1.8 HAVACILIKTA YER KAZALARI.....	21
2 ARAŞTIRMANINAMACI.....	25
3 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ.....	26
4 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ.....	27
4.1 ARAŞTIRMANIN GEREÇLERİ.....	27
4.2. ANAKÜTLE VE ÖRNEKLEM	27
4.2 ARAŞTIRMANIN SAYIL TILARI	28
4.3 ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ	28
4.4 ARAŞTIRMA KAPSAMI	28
4.5 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI (SORU FORMU) VE SAHA UYGULAMASI	31

4.6	VERİ GİRİŞİ, KONTROLÜ VE YAPILAN ANALİZLER.....	32
4.7	GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ	33
4.7.1	Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz Bildirim Ölçeği A Bölümü	33
4.7.2	Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz Bildirim Ölçeği B Bölümü	33
4.7.3	Dikkat Eksikliği Bölümü	34
4.7.4	Aşırı Hareketlilik Bölümü	34
4.7.5	Dürtüsellik Bölümü	34
4.7.6	DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler	34
5	ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI	35
6	BULGULAR.....	36
6.1	DEMOGRAFİK SONUÇLAR.....	36
6.2	NORMALLİK TESTLERİ	50
7	TARTIŞMA.....	53
8	ÖNERİLER.....	57
9	KAYNAKÇA.....	59
	ÖZGEÇMİŞ.....	65

1 GİRİŞ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB), hiperaktivitenin yaygın belirtileri olan dikkatsizlik ve dürtüsellik ile tanımlanan bir bozukluktur. Erken çocukluk döneminde kendini göstermeye başlayan bu belirtilerin etkileri yaşam boyunca sürer.

DEHB hastaların erişkin dönemde de psikolojik ve sosyal alanlar ile eğitim/meslek alanlarında sorunlar yaşamalarına neden olur (Duran, 2006; Wender, 1995). DEHB, hastaların biliş, algı ve dikkat kapasitelerindeki bozukluklar nedeniyle davranışsal, sosyal ve psikolojik alanlarda sorunlar yaşamalarıyla kendini gösterebilir (Duran,2006; Goldstein,2002).

1.1 DEHB'İN TARİHÇESİ

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB)'in bilinirliğinin çok eski bir geçmişi olduğu söylenemez. Sürekli sağa sola koşturan, yerinde duramayan bir çocuğun hareketliliği genellikle normal karşılanır ve çocukluk çağına özgü bir özellik olarak nitelendirilir. Tarihsel açıdan hiperaktivite ile ilgili ilk bilgiler, 1844 yılında Doktor Hoffman tarafından yazılan “Der Struwwelpeter” adlı resimli çocuk kitabında, hiperaktif çocuk tasvirleri ve gözlemlerinde yer almıştır (Gottlieb, 1987; akt. Erdoğan, 2002). Royal College of Physicians'da 1902 yılında, Still tarafından dikkatini sürdürmekte zorlanan ve ahlaki davranışların kontrolünde sorunlar yaşayan 43 çocuk üzerinde klinik çalışmalar yapılmıştır. George Still'in DEHB ile ilgili makalesinde, çocuklarda “Defects in Moral Control” adı altında hiperaktivite, öğrenme güçlükleri, dikkat problemleri ve davranım bozukluklarını içeren bir davranışsal problem kümesi tanımlamıştır (akt. Duran, 2006). 1908 yılında Tredgold tarafından Still'in yaptığı tanım benimsenmiş ve kurallara uymada yetersizlik, aşırı hareketlilik, dürtüsellik, dikkatsizlik, duygusal küntlük, okul başarısızlığı, aşırı saldırganlık gibi belirtileri içermiştir (Motavallı, 1993; akt. Duran, 2006). Daha sonra Bradley, amfetamin tedavisiyle

hiperaktif çocukların belirtilerinde düzelme görerek, bozukluğu 'Minimal Beyin Disfonksiyonu' olarak isimlendirmiştir (Weis, 2002; akt. Duran,2006).

1947 yılında Strauss ve Lehtren, "Beyin Hasarlı Çocukların Psikopatolojisi ve Eğitimi" adlı yapıtında, beyin hasarı sonucunda hiperaktivitenin, düşük engellenme eşiğinin ve dürtüselliğın oluştuğunu ileri sürmüştür. O dönemde, beyin hasarı ile eş anlamlı olmak üzere, algısal güçlükler ve davranış problemleri bütününe "Strauss sendromu" denilmeye başlanmıştır (Gottlieb, 1987). 1960'lı yıllara gelindiğinde Clements'in özel öğrenme bozuklukları, hiperaktivite, bilişsel ve algısal bozukluklar, atılganlık, kısa süreli bellek bozukluğu gibi belirtileri içeren "minimal beyin disfonksiyonu" kavramı, bozukluğun DSM-II (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de "hiperkinetik sendrom" olarak adlandırılana kadar kullanılmaya devam etmiştir (Gottlieb, 1987; akt Erdoğan 2002). 1980'de DSM-III'de "dikkat eksikliği bozukluğu" terimi kullanılmış ve bozukluk, "hiperaktivitesi olan ve olmayan" şeklinde gruplandırılmıştır. 1987'de DSM-III-R'de "dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu" terimi kullanılmaya başlanmıştır. 1994'de DSM-IV'de DEHB "Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranış Bozuklukları" genel başlığı altında verilmektedir. Bu grup içinde "Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu", "Davranım Bozukluğu", "Karşıt Olma-Karşı Gelme Bozukluğu" ve "Başka Türli Adlandırılmayan Yıkıcı Davranış Bozukluğu" bulunmaktadır. Bu üç temel bozukluk dışı vurum bozuklukları olarak da tanımlanabilmektedir."

DEHB tanı kriterleri, DSM V yayımlanana kadar çocuklara odaklanmıştır. DSM IVtanı kriterleri, 7 yaş ve öncesi dokümantasyonunu dikkate aldığı için ergen ve yetişkinlere DEHB tanısı konulamıyordu. DSM V ile birlikte 12 yaşındaki semptomlar dikkate alınmaya başladı. Böylece DEHB'in 7 yaş civarına ait kayıtlı verileri olmasa bile, çocukluğun sona erdiği ve ergenliğin başladığı dönemin verileriyle de ergen ve yetişkinler için DEHB teşhisi konması mümkün hale geldi. DSM V'deki tanı kriterlerine, yaş değişikliğinin yanı sıra yetişkin ve ergen DEHB'si, belirtileri, tanımı, genel özellikleri ile ilgili açıklamalar eklendi.

“Alt tipleri mi? Kendini Gösterme şekli mi?”

DEHB'nin üç farklı şekilde kendini gösterdiğini artık biliniyor.

Bunlar;

- Dikkat eksikliği
- Hiperaktivite
- Her ikisi birden

DSM IV TR'de DEHB'nin ***“alt tipleri”*** olarak geçen bu üç tanım, DSM V'de DEHB'nin ***“kendini gösterme şekli”*** olarak adlandırılmaya başladı. Bunun sebebi; DEHB'li bireyin hayatının farklı dönemlerinde, bu yapılarda görülen değişimler ve birbirine geçişler olması şeklinde açıklanabilir.

“Hafif, orta, ağır sınıflandırması”

DSM V ile DEHB'li kişiye konulan teşhisin derecesinin de belirtilmesi gerekiyor. Teşhisin derecesi, kişide görülen bulgulara ve bu bulguların hayatını ne denli zorlaştırdığına göre belirlenebiliyor.

“Arada bir görülen bulgu yeterli değil.”

DSM V ile birlikte, DEHB teşhisinin konulabilmesi için birkaç ortamda kendini gösteren birkaç bulgu yerine, birçok ortamda kendini gösteren birçok bulguya ihtiyaç var. “Kitap okurken ve ders anlatılırken odaklanamıyorum” gibi bir şikayet ile DEHB teşhisi konulamıyor. “Odaklanma” sorunu diğer DEHB bulgularından en az beşi ile birlikte ilgili sıkıntıları birçok farklı ortamda yaşamak gerekiyor.

“DSM IV'e göre DEHB teşhisi için daha az bulgu yeterliydi.”

Araştırmalar, yaşın büyümesiyle birlikte bulguların azaldığını gösteriyor. Belki de DEHB'liler bu bulgularla yaşamayı öğreniyor da olabilirler. DSM V'e göre teşhis konulabilmesi için çocuklarda altı bulgu veya fazlası, 17 yaş sonrası için ise en az beş

bulgu olması gerekiyor. Peki nedir bu bulgular? Eminim merak ediyorsunuz, kafanızdaki “acaba ben de mi DEHB’liyim?” sorusunun cevabını arıyorsunuz.

DSM V’te “gösterme şekline” göre bulgular şöyle özetleniyor:

Dikkat eksikliği

- Detaylara dikkat etmez, sürekli hata yapar,
- Dikkatini korumada sıkıntı yaşar,
- Dinlemez görünür,
- Verilen komutları izlemede güçlük çeker,
- Organizasyon sorunu yaşar,
- Yoğun düşünme gerektiren işlerden kaçınır ya da bu işleri yapmaktan hoşlanmaz,
- Eşyalarını kaybeder,
- Dikkati kolayca dağılır,
- Günlük işlerini unuttur.

Hiperaktif-dürtüsel

- Durduğu yerde duramaz; elleri, ayakları kıpır kıpırdır,
- Uzun süre oturmada sıkıntı yaşar,
- Çocukken koşar ya da tırmanır, yetişkinde yerinde duramaz,
- Sessizce bir şeyle meşgul olmada sıkıntı yaşar,
- Motor takılmış gibi veya düz duvara turmanırcasına hareketlidir
- Çok konuşur,
- Karşıdaki kişi sorusunu bitirmeden cevabı yapıştırır,
- Bekleme gerektiren ya da sırayla yapılan işlerde sıkıntı yaşar,
- Başkalarının sözünü keser

Birleşik dikkat eksikliği & hiperaktif-dürtüsel

- Yukarıda her iki gruptaki bulgulara bir arada rastlanabilir.

1.2 TANI VE KLİNİK ÖZELLİKLER

Bu araştırmada kullanılan ölçekler, DSM-IV tanısı ile uyumludur. DSM-IV'e göre DEHB'in üç tipi vardır: 1. Dikkat eksikliğinin belirgin olduğu tip, 2. Aşırı hareketlilik ve dürtüsellik belirgin olduğu tip, 3. Kombine tip.

Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Tanı Kriterleri (DSM-IV)

A. Aşağıdakilerden (1) ya da (2) vardır:

1. Dikkatsizlik: Belirtilerinin 6 ay (ya da daha fazla) süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı derece sürmüştür.

Dikkatsizlik:

- a. Ayrıntılara dikkatsizlik, ödevlerinde, işlerde ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapar.
 - b. Üzerine aldığı görevlerde ya da oynadığı etkinliklerde dikkati dağınık.
 - c. Doğrudan kendisine konuşulduğunda dinlemiyormuş gibi görünür.
 - d. Yönergeleri izlemez, okul devlerini ufak tefek işleri ya da işyerindeki görevlerini tamamlayamaz.
 - e. Üzerine aldığı görevleri düzenlemekte güçlük çeker.
 - f. Uzun süreli zihinsel çaba gerektiren görevlerden kaçınır, bunları sevmez ya da bunlarda yer almaya isteksizdir.
 - g. Üzerine aldığı görevler için gerekli olan şeyleri kaybeder (oyuncaklar, ev ödevleri, kalemler vs).
 - h. Dikkati dış uyaranlarla kolaylıkla dağınık.
2. Hiperaktivite-Dürtüsellik: Semptomları, 6 ay (ya da daha fazla) süreyle uyumsuzluk doğurucu ve gelişim düzeyine göre aykırı derece sürmüştür.

Hiperaktivite

- a. Elleri, ayakları kıpır kıpırdır ya da oturduğu yerde kıpırdanıp durur.
- b. Sınıfta ya da oturması beklenen diğer durumlarda oturduğu yerden kalkar.
- c. Uygunsuz olan durumlarda koşuşturup durur ya da tırmanır (ergenlerde ya da erişkinlerde öznel huzursuzluk duyguları ile sınırlı olabilir).

- d. Sakin bir biçimde, boş zamanlarını geçirme etkinliklerine katılma ya da oyun oynama zorluğu vardır.
- e. Hareket halindedir ya da bir motor tarafından sürülüyormuş gibi davranır.
- f. Çok konuşur.

Dürtüsellik

- g. Sorulan soru tamamlanmadan önce cevabını yapıştırır.
- h. Sırasını bekleme güçlüğü vardır.
- i. Başkalarının sözünü keser ya da yaptıklarının arasına girer.

B. Bu belirtilerden bazıları 7 yaşından önce de vardır.

C. İki ya da daha fazla ortamda belirtilerden kaynaklanan bir bozulma vardır (okulda/işte ve evde).

D. Toplumsal, okuldaki ya da mesleki işlevsellikte klinik açıdan belirgin bir bozulma olduğunun açık kanıtları bulunmalıdır.

E. Bu belirtiler sadece Yaygın Gelişimsel Bozukluk, Şizofreni ya da diğer bir Psikotik Bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir mental bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn: DD Bozukluğu, Anskiyete Bozukluğu, Disosiyatif Bozukluk ya da Kişilik Bozukluğu).

Erişkin DEHB tanısı için geliştirilen Değerlendirme/Derecelendirme ölçekleri şunlardır (Duran, 2006).

- Copeland Symptom Checklist1 (Copeland, 1989),
- Wender Utah Rating Scale (WURS) (Ward et al., 1993),
- Adult Report Scale (ARS)2 (Weyandt, 1995),
- Brown ADD Scale1 (Brown, 1996),
- Attention Deficit Scales for Adults (ADSA) 2 (Triolo ve Murphy,1996),
- Symptom inventory for ADHD2 (Barkley, 1998),
- Conners' Adult ADHD Rating Scale (CAARS) 2 (Erhardt et al., 1999),
- Young ADHD Questionnaire- Self Report and -informant Report (YAO-S ve YAO-I) (Young, 2004),
- Adult ADHD Rating Scale1 (Adler, 2003).

1.3 DEHB ETİYOLOJİSİ

DEHB'nin etiolojisi üzerine yapılan araştırmalar, morfolojik farklılıklar, kalıtsal faktörler ve fonksiyonel farklılıklar olmak üzere üç alanda yürütülmüştür. DEHB'li çocuklardaki ve volumetrik ve kortikal kalınlık çalışmalarında, dorsalateral prefrontal korteks (DLPFC), fronto orbital korteks, anterior singulat korteks (ACC), inferior parietal kortekste (IPL) kortikostriatal sistemde anormallikler şeklinde morfolojik farklılıklar olduğu rapor edilmiştir. Yapılan basit genetik analizlerle, DEHB'deki muhtemel genetik aktarım oranının "0.6 ile 0.9" arasında olduğu ve ayrıca dopamin sistem genleri ile dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu arasında bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. DEHB'likilerde fonksiyonel anomali pek çok çalışmada belgelenmiş; bunun üzerine DEHB'in nöropsikolojik olarak kalıtsal olduğu öne sürülmüştür (Adamou et al., 2013).

Araştırmacılar, DEHB'nin biyolojik bir temeli olduğuna dair ciddi kanıtlar toplamıştır. Ailelerle yapılan çalışmalarda, bozukluğu kalıtsal geçişinin şizofrenide ve bipolar bozuklukta olduğu gibi yüksek olduğu görülmüştür. DEHB'li her çocuğu kardeşinin de DEHB olma oranının yaklaşık %20 olduğunu ve DEHB'li çocukların %15-20 oranı kadarının ebeveynlerinin de DEHB'li olduğu bildirilmiştir (Faraone, 1997b). DEHB'li olanlar ile olmayanların beyin yapılarının karşılaştırıldığı anatomik çalışmalarda, serebrum ve serebellum bölgelerinde küçülmeye ve tüm beyin hacminde de %4'lük bir düşüşe rastlanmıştır (Faraone, 1997a). Faraone, bu bulguların "nöral ağlarda hafif değişimlere" işaret olabileceğini bildirmiştir. DEHB'li çocuklarla yapılan fonksiyonel beyin görüntüleme çalışmalarında, bilişsel işlemlerin yapıldığı sırada frontal korteksin pek çok alanında bir dizi anormal aktivasyona rastlanmıştır; bunun sonucu olarak beynin işleyişinde bir farklılaşma olduğu iddia edilmiştir (Okie, 2006).

DEHB'de hamilelik, doğu komplikasyonları, prematürlük, fetüsün alkol ya da sigaraya maruz kalması gibi doğu öncesi çevresel faktörler, risk unsurları olarak görülmektedir. Psikiyatristler, DEHB tanısının büyük ihtimalle farklı birtakım biyolojik ve çevresel faktörlerin bileşiminden kaynaklanan şiddetli semptomlar gösteren bireylere konulduğunu söylemektedirler. Diğer akıl hastalıkları gibi DEHB için de objektif bir test yoktur; bu yüzden teşhisi ve tedavisi öznel temellere dayanır: hastanın, belirleyici

semptomlara ve işlevsel bozulmalara dair verdiği öyküye -ki durumun en azından 7 yaşından beri devam ediyor olması gerekir- ve klinisyenin hastanın tanı kriterlerini karşılayıp karşılamadığına dair yaptığı değerlendirmeye dayanır. Çalışmalarda, DSM-IV'e göre DEHB için değerlendirmeye alınan yetişkinlerin yalnızca 3'te 1'inin tanı kriterlerini karşıladığı görülmüştür ve ayrıca daha önce DEHB tanısı almamış çoğu kişinin de DEHB değerlendirme ölçeklerine göre tanı aldıkları görülmüştür. Bununla birlikte nöropsikolojik testler beyin davranış ilişkisi hakkında hipotezler geliştirmede önemli rolleri olan nesnel ölçütlerdir (Kılıç, 2005). Nöropsikolojik çalışmalarla DEHB'da bilgi işleme süreçlerine ilişkin bozukluklar güvenilir ve etkin bir biçimde saptanabilmektedir. DEHB'de nöropsikolojik işlev bozukluğu tanımları, araştırmaların temelindeki kuramsal eğilimleri yansıtmaktadır. DEHB gibi çok boyutlu heterojen bir klinik tabloda bilgi işlemenin birçok aşamasında bozukluklar saptanmakta bu da beyinde dağılmış işlev ağlarının dinamik bir etkileşimi ile açıklanabilmektedir (Okie, 2006).

Askeri havacılık alanında araştırmalar yapan Syoc ise, DEHB'nin teşhis edilebilmesi için çocuklukla ilgili geriye dönük bir tanının varlığı konusunda dikkat edilmesi, klinik kapsamlı bir görüşmeyle birlikte nöro psikolojik testlerin kullanılmasının gerekliliğini vurgulamıştır (Syoc, 2011).

1.4 GÖRÜLME SIKLIĞI VE YAŞA GÖRE FARKLILIKLARI

DEHB ile ilgili yapılan boylamsal araştırmalara göre, erken çocuklukta başlayıp, çoğunlukla ergenlik çağında kendiliğinden kaybolan ve yetişkinlikte farklılaşan belirtileri nedeniyle çocukluk çağı hastalığı olarak bilinen DEHB'nin yetişkinlikte de devam ettiği anlaşılmıştır (Barkley, 2002). DEHB'nin çocuklukta görülme sıklığının dünyada yaklaşık %8 civarında olduğu ve DEHB tanısı olan çocukların yaklaşık üçte ikisinin yetişkin olarak bozukluğu yaşamaya devam ettiği bulunmuştur (Adler, 2007). DEHB'nin ergenlik ve genç yetişkinlikte sürüp sürmüyor oluşu, görüşülen bireye ve bozukluğun tanımlanmasında kullanılan kriterlere göre değişkenlik gösterir. Örneğin, DSM-III-R kriterlerine göre, tanı için öz-bildirimler kullanıldığında bozukluğun

yetişkinlik döneminde devam etme oranı %5'tir fakat bu oran, ebeveyn bildirimleri kullanıldığında %46'ya yükselir (Barkley et al., 2002).

DEHB yaşa göre farklılıklar gösteren klinik özelliklere sahiptir (Erdoğan 2002). DEHB, çocukluk ve ergenlikte aşırı koşma, tırmanma, dikkatsizlik, dağınıklık, akademik başarısızlık, çevreyle uyumsuzluk ve söz dinlenmeme ön planda görülen görülebilen belirtileri sebebiyle giderek daha fazla tanınan bir hastalık olmuştur. Ancak kişinin yaşamını derinden etkileyebilen, ilişkilerinde bozulmaya, iş hayatında güçlüklerle yol açabilen bu hastalık sadece çocukluk dönemi ile sınırlı değildir. Hastanın yaşı büyüdükçe koşma, tırmanma, her an kıpır kıpır olma gibi belirtilere daha az rastlanır ancak bunların yerine işinde aşırı verimsiz çalışma, trafikte tehlikeli araç kullanımı gibi belirtiler ön plana çıkar. DEHB'nin yaş dönemlerine göre klinik özellikleri Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1 DEHB'nin Yaş Dönemlerine Göre Klinik Özellikleri

Bebeklik dönemi	Erken çocukluk	Okul öncesi dönem
Az ve düzensiz uyku	Aşırı hareketlilik Olaylara ve durumlara	Dikkati toplama güçlüğü
Yeme problemleri	düşünmeden dalma	Söz dinlememe
Aşırı bağımlılık	Korku hissetmeme Bir obje dışındakine dikkat edememe	Akranları ile iletişim ve oyun kurmada güçlük çekme Oyun oynarken başına buyruk davranma Amaca yönelik davranım azlığı Disipline yönelik olumsuz tavırlar sergileme
İlkokul	Ergenlik	Yetişkinlik
Dikkat toplama güçlüğü	Zayıf sosyal ilişkiler	Davranım bozukluğu
Dürtüsel ve saldırgan davranışlar	Antisosyal ve saldırgan davranışlar	İş ve evlilik yaşantısında sorunlar
Yaşlıları ile ilişkide güçlükler	Yaşlıları ile ilişkilerde güçlük çekme	Alkol ve psikoaktif madde kullanımı
Öğrenme güçlükleri	Okul başarısızlığı	
Düşük kendilik algısı	Düşük kendilik algısı	

Özellikle yetişkinlerde, DEHB değerlendirmelerinin yüksek bir bilgi birikimi ve uzmanlık gerektirmesi ve uzun zaman alabilmesi, hatalı teşhislere ve tanı koyulamamasına neden olmaktadır. Akademik beceriler geliştirmesi beklenen öğrencilere tanı koyulamaması ve uygulanan uygunsuz tedavi, akademik başarısızlık

için ciddi bir risk oluşturmaktadır. Tedavi edilmeyen DEHB, akademik aktivitelerde beklenenin altında bir başarı veya akademik çalışmaların yarım kalması ile sonuçlanır. (Manor, 2010).

DEHB'li gençlerin kontrol grubuna oranla daha fazla sınıf tekrarladıkları (%42'ye %13), okuldan uzaklaştırıldıkları (%60'a %19) ve kovuldukları (%14'e %6) bildirilmiştir (Barkley, 2002).

DEHB, yalnızca Batı'da değil, aynı zamanda Orta Doğu, Afrika ve Asya'da da yaygın olarak görülür. DEHB'de, komorbid olarak, "Anksiyete Bozuklukları", "Duygulanım Bozuklukları" ve "Madde Kötüye Kullanımı"na sık rastlanır. DEHB'e dair araştırmalar, 26-32 yaşlarından büyük hastalarla yapılmadığından bu bozukluğun orta yaştan sonraki geç yaşlardaki görünümüne dair çok az şey bilinmektedir. Çocukluğundan yetişkinliğine dek izlenen DEHB'li yetişkinler ile kendi başlarına kliniğe başvuranlar arasında farklılıklar olduğu gözlenmiştir. Her iki grup da aynı hastalıktan muzdarip olmasına rağmen, komorbid bozukluklar açısından gruplar arasındaki farklılık çarpıcıdır. Çocukluğundan yetişkinliğine dek izlenenlerin, hekime kendi başvuranlardan daha fazla antisosyal davranış sergilediği ve daha az yardım arayışında oldukları görülmüştür. Hekime kendi başvuranların, çocukluğunda teşhis almış olanlara göre daha yüksek düzeyde anksiyete ve depresyon düzeylerine sahip oldukları görülmüştür. Bu sebeple, yetişkinlere dair sonuçlar, örneklemelerin demografik özelliklerine ve çalışmanın metodolojik özelliklerine göre farklılık gösterir (Okie, 2006).

1.5 EŞ TANILAR

DEHB, dikkat eksikliği, hiperaktivite ve dürtüsellik ile tanımlanan bir bozukluk olduğu için çok sayıda uyum sorununa da yol açar. DEHB'li kişiler, dikkat dağınıklığı, görevleri sürdürme zorluğu ve organize olamama, dürtüsellik gibi DEHB'ye özgü belirtiler nedeniyle etkili başa çıkma becerileri geliştiremez ve bu yüzden üst üste başarısızlıklar yaşar. Yinelenen bu başarısızlıklar, hastanın kendisine dair işlevsel

olmayan inançlar geliştirmesine ve bunun sonucu olarak, benlik saygısının düşmesine, dikkatin kolayca dağılabilmesi gibi zaten var olan belirtilerin güçlenerek artmasına, kaygı bozukluğu ve depresyonun ortaya çıkmasına yol açabilir.

DEHB, nadiren tek başına görülür. DEHB tanısı almamış hastaların yardım istemelerinin nedeni genellikle DEHB ile komorbid seyreden başka bir hastalık olur. DEHB'li yetişkinlerde, madde kullanım bozukluğu, depresyon, anksiyete bozuklukları, kişilik bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu gibi komorbid bozukluklara sık rastlanır. Duygu durum semptomları, DEHB sendromunun ana belirtileri olarak daha iyi anlaşılabilir. Bundan öte, DEHB'li yetişkinler, DEHB'de, Otizm Spektrum Bozukluklarında, Dispraksi'de, Disleksi'de ve Diskalkuli'de de görülen "gizil bozulmalar" gösterebilirler. Bu yüzden bu bozuklukların teşhisinde dikkat edilmelidir (Adamouet al., 2013).

DEHB, kişiler arası ilişkileri de olumsuz bir şekilde etkiler. DEHB'si olan bireyler bu rahatsızlıktan yaşamları boyunca etkilenirler. DEHB'li çocuklarda, gelişimsel ve sosyal problemlerin yanında eş tanı olarak sıklıkla karşı olma/karşıt gelme bozukluğuna ve davranım bozukluğuna rastlanır. DEHB'nin ergenlikte ve genç yetişkinlik döneminde de devam edip etmediğinin tespiti, kişilere ve o kişiler için kullanılan tanı kriterlerine göre değişkenlik gösterir. DEHB'si devam eden ergenler ve yetişkinlerin eğitimle ilgili problemleri devam eder; iş dünyasında, sürücülükte, aile ve sosyal yaşamlarında problemler yaşama riski artmıştır (Barkley, 2002).

Yapılan araştırmalarda, tedavi edilmeyen DEHB belirtilerinin dikkat eksikliği, dürtüsellik ve hiperaktivitenin, okul ve iş performansını bozabildiği, özgüveni zedeleyebildiği, ilişkileri yıpratılabildiği ve hayatın pek çok alanında başarı ve tatmin elde etme olasılığını düşürerek sigara ve madde kullanımına, yaralanmaya, araç kazalarına ve başka birtakım psikiyatrik sorunların oluşumuna dair riskleri arttırılabildiği ileri sürülmektedir (Okie, 2006).

1.6 DEHB TEDAVİSİ

DEHB, erken çocukluk döneminde başlayan ve teşhis ve tedavi edilmezse de pek çok komorbid hastalığa yol açan ve bu nedenle de bütüncül bir yaklaşımla ele alınması gereken bir hastalıktır. Üst üste yinelenen başarısızlıklar, DEHB'li hastaların temel inançlarında ve dolayısıyla bilişlerinde işlev bozucu bir etkiye neden olabilir. Bu nedenle davranışçı bilişsel terapiler vb. DEHB'i tedavi etmede etkin yöntemler arasında yer alır. DEHB tedavisinde ilaçlar, anne-baba eğitimi, bireysel görüşme, aile tedavisi, grup tedavisi, bilişsel-davranışçı tedaviler sık kullanılan yöntemlerdir (Duran, 2006).

Şimdiye dek yapılan genetik çalışmalarda, beynin sinir sinapslarındaki nörotransmitterin -dopamin, norepinefrin ya da serotonin- düzeylerini ya da işlevselliğini etkileyen proteinleri kodladığı düşünülen ve DEHB'dan sorumlu olduğu düşünülen yedi ayrı gene rastlanmıştır ve DEHB'a karşı etkili olan uyarıcı ilaçların sinapslardaki dopamin ve norepinefrin düzeylerinde değişimler yaratarak çalıştıkları düşünülmektedir (Okie, 2006). Dolayısıyla DEHB'nin tedavisinde ilk basamak uyarıcı ilaçların kullanımınıdır. İlaç tedavisinde uyarıcılar ve yaygın olarak kullanılan metilfenidat iyi bilinen bir merkezi sinir sistemi (MSS) uyarandır. Metilfenidatın DEHB tedavisinde etkinliği, güvenilirliği ve yan etki profili iyi bilinmektedir. En sık görülen yan etkileri; uykuya dalmakta zorluk, iştah azalması, karın ağrısı ve baş ağrısıdır. Metilfenidata bağlı çok seyrek ortaya çıkan psikotik belirtiler de bildirilmiştir (Abalı, 2007).

1.7 DEHB'YE BAĞLI SOSYAL VE MESLEKİ SORUNLAR

1.7.1. İşyeri ve İstihdam İle İlgili Sorunlar

DEHB'li erişkinlerin en büyük güçlüklerinden biri işyeri ile ilgilidir. İşyeri, kişisel ve sosyal olarak karmaşık bir yapıdır. İş, 'aktif üretken yaşam' olarak adlandırılabilir. İş modelleri ile ilgili yapılan çalışmalarda, açık ve genel sistemler

teorilerini temel alan ve ona gönderme yapan ‘sistemler teorisi’ kullanılır. Son zamanlarda, ‘dinamik sistemler teorisi’, bireyin çevresini de esas alan dinamik bir bütün ile ilişki içinde olduğunu ve her bileşenin kümülatif toplamda dinamik olana katkıda bulunduğunu savunan “heterarşi” ilkesinin doğumuna öncülük etmiştir. Genelde, 20. Yüzyılın ikinci yarısındaki pek çok işçiye, büyük üretim aletlerindeki ‘mekanik’ dişliler olarak dizayn edilen işlerin sonucundaki üretimlerine bakılarak ‘saat’ üzerinden ödeme yapılır. DEHB’li yetişkinlerin, ‘kurallarla yönetilen bu organizasyonlarda’ çalışması istenmektedir ve fakat bu durum DEHB’li için her zaman başarıya ulaşmaz (Adamou et al., 2013).

DEHB’li kişilerin işyerinde sayısız güçlükleri vardır. Sürekli dikkatsizlik hatası yapan bir çalışanın bu gibi davranışları; çalışma arkadaşları ve yöneticisi tarafından, “*özensiz davranan, savsaklayan, işine yeteri kadar önem vermeyen, sakar, kendisine verilen görevleri baştan savan*” şeklinde etiketlenmesine yol açabilir. Neredeyse her toplantıya geç kalan, çalışmalarını zamanında tamamlayamayan veya yanlış işlere odaklanmasının sonucunda yaşanan aksaklıklar yüzünden sürekli özür dilemek zorunda kalan bir kişinin yaptığı bu hatalar, genellikle mizacına atfedilir ve onun klinik bir bozukluğa sahip olabileceği akla gelmez.

DEHB ile işyerindeki işlevsellik arasında çok yakın bir ilişki vardır. Hem yetişkinler hem de çocuklar motor koordinasyon problemleri yaşarlar. Bununla birlikte, yetişkinlerin yaşadığı motor koordinasyon problemleri, onların istihdamları açısından bir sorun yaratabilir. Ayrıca DEHB’li yetişkinler yaptıkları işlerle ilgili hafıza, planlama ve tahminlerle ilgili de problemler yaşayabilirler. Tüm bunların yanı sıra sözel ifade, iş bölümü, organizasyonel stratejilerin uygulanması ve duygusal heyecanların düzenlenmesi konularında da sıkıntı yaşayabilirler. Çalışanlar, zaman planlamasında, vardiyalarını organize etmede, işlerini takip etmede, talimatları izlemede ve duygusal yüklerinden kurtulmada güçlükler yaşayabilirler. Bunlar, normların üstünde ve ötesindeki aksama düzeylerini değerlendirmede önemli olan belirtilerdir. Zayıf sosyal beceriler ve işleri sürekli olarak erteleme alışkanlığı DEHB’li bireylerde bir dezavantaj yaratabilir ki bu durumda meslektaşlarıyla verimli çalışmada, yönetimi kabul etmede, ve/veya diğer kişilerle baş etmede zorluk yaşayabilirler.

Yetişkin DEHB'si üzerine yapılan çalışmaların çoğunluğu ABD'de yürütülmektedir ve pek az sayıdaki çalışmada DEHB'nin sosyal ve mesleki işlevsellik üzerindeki etkileri incelenmektedir. DEHB'li yetişkinler ile DEHB'li olmayan yetişkinler karşılaştırıldığında, DEHB'nin, düşük iş performansı, düşük mesleki düzey, zayıf iş istikrarı ve devamsızlık günlerinin fazlalığı gibi işle ilişkili problemlerle ilişkili olduğu belgelenmiştir. Günümüzdeki popüler sağlık ekonomi tartışmaları ile birlikte bunun literatürde daha baskın görüleceği beklenmektedir.

DEHB'nin istihdamıyla ilgili olarak hem işvereni hem de DEHB'li çalışanları etkileyen pek çok olumsuz sonuç yaşanmaktadır. DEHB'li bireylerin işten atılma oranı DEHB'li olmayan bireylerin üç katıdır. DEHB'li bireyler ayrıca 10 yıl içinde ortalama iki ya da üç kez iş değiştirir (Barkley et al., 2002). DEHB'li yetişkinlerin düşük performansları ve iş kayıpları ciddi ekonomik problemler yaşamalarına sebep olabilir.

1.7.1 Kullanılan İzinler ve İşKayıpları

Dünya Sağlık Örgütü tarafından 10 ülkede anket metodu ile yapılan bir araştırma, DEHB'li çalışanların %3.5'inin 143 milyon iş gününe karşılık gelen üretim kayıpları olduğunu göstermiştir. DEHB'li çalışanlar yılda fazladan 8.4 iş gününü hastalık izni olarak kullanmakta ve ayrıca yapılan işin niceliğinde 21.7 günlük, işin niteliğinde ise 13.6 günlük bir kayıp yaşamaktadırlar. Bundan öte, işlevselliği arttıran son derece etkin tedavi yöntemleri olmasına rağmen, DEHB'li çalışanların yalnızca küçük bir bölümü tedavi olmaya razı olmaktadır (Adamou et al., 2013).

Kessler ve arkadaşlarının büyük ölçekli bir imalat şirketinde yaptığı çalışmada yaş, cinsiyet, meslek ve ortalama çalışma saatleri değişkenlerine göre DEHB'li çalışanların diğer işçilerden yaklaşık % 4-5 daha düşük iş başı çalışma performansına sahip olduğu tespit edilmiştir. Bu hesaplamanın sonucu 250 günlük bir çalışma yılında DEHB ile ilişkilendirilen kayıp gün sayısının yaklaşık 10-12 güne eşdeğer olduğu bulunmuştur. Araştırmadan önceki bir ay içinde DEHB'li olan işçilerin hastalık sebebiyle en az bir gün devamsızlık yapmasının aynı yaş, cinsiyet ve mesleğe sahip

diğer işçilere göre anlamlı derecede yüksek olduğu bulundu (% 19.5 v. 10.1%). (Kessler et al., 2009).

1.7.2 İşe Alım ve Mülakat

DEHB'li yetişkinler, iş arama sürecinde, mülakat aşamasında ve işe alındıktan sonra çalıştığı zamanlar dahil olmak üzere iş ile ilgili her aşamada daha fazla sorun yaşarlar (Adamou et al., 2013). İş arama sürecinde dağınık ve düzensizdirler. Örneğin: dikkat problemleri ve sosyal toplantıları idrak etmede yaşadıkları zayıflıklar, ayrıntılı başvuru formları yazma, formdaki eksik yerleri tamamlama gibi “sıkıcı” işler için gönülsüzlükler vb. DEHB'li yetişkin, iş mülakatında oldukça arkadaş canlısı ve konuşkan bir kişi izlenimi bırakabilir. Geçmiş hakkında bazı önemsiz küçük yalanlar söyleyebilir ve işin gerektirdiği becerilere sahip olduğunu gösterebilmek için kendi becerilerini abartabilir. Bununla birlikte bu durum yalnızca DEHB'lilerde görülen bir durum değildir; işi almaktan umutlu pek çok görüşmecide aynı tutuma rastlanılabilir. Fakat DEHB'li kişilerin, başvuru formlarında ya da görüşme sırasında hastalıklarını ifşa edip etmemeye dair verecekleri karar önemlidir. Çoğu DEHB'li kişi hastalıklarının şiddetli ve sürekli olduğunu düşündükleri için panik yaşamaktadır ve hastalıklarının etkin biçimde tedavi edilebileceğinin ve yapılacak mantıklı düzenlemeler ile işyerindeki işlevselliklerinin arttırılabileceğinin bilincinde değildirler.

1.7.3 DEHB için İşyeri Düzenlemeleri

Adamou ve arkadaşları DEHB'li yetişkinler için olası işyeri düzenlemeleri önerilerinde bulunmuşlardır. Bu öneriler Tablo 2'de özetlenmiştir.

Tablo 2: DEHB’li Yetişkinler İçin Olası İşyeri Düzenlemeleri

Belirti	Olası Düzenleme
Dikkat ve Dürtüsellik	Özel ofis/ Daha sessiz bir oda, esnek zaman ayarlaması, kulaklıklar, düzenli süpervizyon, arkadaş desteği
Hiperaktivite/Huzursuzluk	İşyerinde randımanlı hareketlere izin vermek, aktivasyonu cesaretlendirmek, uzun toplantılarda yapılandırılmış molalar vermek
Zaman Yönetimi	Alarmlar, notlar, ajandalar kullanmak, sık geri bildirimlerle düzenli süpervizyon almak, sıkıcı işleri başkalarına devretmek, ödül sistemi kullanmak, sözel bilgiyle birlikte yazılı materyal sağlamak.

DEHB’li kişilerin işyeri hekimlerine yönlendirmesi ve çalışma ortamında bu gibi düzenlemelerin yapılması ile iş performansları artabilir. İş performansını düşüren sorunlar ve çözümleri konusunda önemli bir çalışmacı olan Black, DEHB ve diğer sağlık sorunları olan çalışanların iş performanslarını artırmak için bazı önerilerde bulunmuştur (Black, 2008). Bu öneriler 2008 yılında bir rapor olarak yayınlanmıştır ve Tablo 3’te özetlenmiştir.

Tablo 3: Black Raporundan İş Performansını Artırmak İçin Çözüm Önerileri

Anahtar Çözümler	
1	Çalışanların sağlık durumlarını desteklemek geniş bir profesyonel grubunun koordineli ve entegre biçimde çalışmasını gerektirir.
2	İşyerinde, sağlık ve huzur için yapılacak girişimlerin destekleneceğine dair bir taahhüt hazırlanmalıdır.
3	Çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlıklarının taşıdığı önemin toplum ne yazık ki farkında değildir. Hükümet kampanyalar düzenleyerek buna dair farkındalığı arttırmalıdır.
4	İnsanların çalışabilmeleri için %100 uygun durumda olmaları gerektiğine dair düşüncede bir değişiklik yapılmalıdır; buna insanların neyi yapabilecekleri değil de neyi yapamayacaklarını belirten bir “uygunluk notu” hazırlamakla başlanabilir.
5	Uzun süreli alınan hastalık izinlerini ve verimsizliği azaltmada, erken müdahale önemlidir.

1.7.4 İşyerinde Performans Sorunları

DEHB’li kişilerin dikkatsizlik, hiperaktivite ile ilgili sorunları, işteki performansı ile ilgili aksamalara yol açabilir. Ani öfkelenmeler, duygu değişimleri, sürekli konuşma, sabredememe ve karşıt olma gibi davranım bozukluklarına sahip DEHB’li kişinin işyerindeki arkadaşları ve yöneticisiyle ilişkileri bozulabilir. İşe yüksek motivasyonla başlasa bile, zaman içinde organize olma, zamanını planlayamama, hafıza ve dil problemleri gibi güçlükler, DEHB’li kişinin iş yerinde sergilediği performansta düşüşe yol açacaktır. Buna bir de buna rutin ve dikkat gerektiren yineleyici görevler eklenirse, performans düşüşü iş kaybıyla sonuçlanabilecektir.

Yetişkin DEHB'sinin iş performansındaki düşüşün, DEHB'si olan kişinin hastalığında önemli bozulmalara yol açtığına dair klinik gözlemler vardır (Kessler et al., 2009). İşyerindeki performans düşüşünün DEHB'si olan kişinin bilişsel işlevselliğine de zarar verdiğiine ilişkin nöropsikolojik kanıtlar klinik gözlemlerle tutarlılık gösterir. DEHB'nin sebep olduğu yıllık tahmini 4.336 dolarlık iş kaybı, diğer kronik fiziksel ya da zihinsel bozukluklarının yarattığı iş kaybından çok daha fazladır. Bu verimlilik kaybının, hastalıktan kaynaklı devamsızlıktan değil, düşük iş performansı ile ilişkili olduğu bulunmuştur. İş performansındaki düşüşün telafisi çok daha zordur. Hastalık sebebiyle işe gelinmemesinin maliyeti, o günlerin ödenmesi veya sakatlık sigortasıyla karşılanabilir. Deneysel kanıtlarda, yetişkin DEHB tedavisinin, görev performanslarında ve bilişte önemli kazanımlara yol açtığına görülmesine rağmen, bu değer kaybının ne kadarının tedavi ile kurtarılacağı belli değildir. İkibinbeş yılında yapılan bir araştırmada ABD'de DEHB'li yetişkinlerin yetersiz iş performansı, iş istikrarı, devamsızlık gibi iş kayıplarının ekonomik etkisini tespit edilebilmesi için yapılan çalışmada DEHB'li olan kadınlar için 1,20 milyar \$ ve DEHB'li olan erkekler için 2,26 milyar \$ dolaylı maliyet hesaplanmıştır (Matza et al., 2005).

1.7.5 Sürücülük ve Kazalar ile İlgili Sorunlar

DEHB'nin etkilediği en önemli konulardan biri de sürücülüktür. Sürücülük, çoğu yetişkin için üzerinde fazla düşünmeyi gerektirmeyen **“Sadece direksiyonun arkasına oturulup gidilen”** karmaşık olmayan bir eylemdir. (Turckman, 2009). Bununla birlikte, sürücülük saliseler içinde karar vermeyi ve konsantre olmayı, sürdürülebilir dikkati gerektirir. Bir anlık dikkat kaybı veya dürtüsellikle yapılan tek bir hatalı seçim, ağır sonuçlar doğurabilir. DEHB'li kişilerin yaşamlarının diğer alanlarında olduğu gibi sürücülükte de; ehliyetlerinin alıkonulması veya iptali, ağır yaralamalı veya yüksek hasarlı kazalar olmak üzere sürüşle ilgili pek çok zorlukları olduğu tespit edilmiştir (Goldstein ve Ellison, 2002). Sürücü hataları nedeniyle ehliyetine bir süreliğine veya geri verilmemek üzere el konulan DEHB'li kişiler 42% iken, DEHB'li olmayan kişiler 28% 'dir. Araba kazalarında, DEHB'li sürücüler 49% iken DEHB'li olmayan sürücüler 16% 'dir. Vurup kaçma şeklinde yaşanan (**“hit- and- run**

accidents”) kazaların oranı DEHB’li kişilerde 14% iken DEHB tanısı olmayan kişilerde 2% ‘dir. Hiperaktivite bozukluğu olan genç yetişkinler, ehliyet sınavını yapan yetkililer tarafından kolayca dikkati çelinebilir ve dürtüsel davranış puanları yüksek olarak değerlendirilmişlerdir (Barkley, 1998a). Araştırmalar gösteriyor ki, DEHB’li kişilerin tedavi olmalarının, sürücülüklerinin güvenli olması bakımından gerekli olduğunu göstermektedir (Turckman, 2009).

Barkley ve arkadaşlarının yaptığı (2002) Milwaukee Genç Yetişkinlik Sonuçları Çalışması’nda DEHB’nin, ergenler ve genç yetişkinler üzerine etkileri değerlendirilmiştir. Bu çalışmada DEHB’si olan 25 kişi ve DEHB’si olmayan 23 kişi olmak üzere yaş aralığı 17-30 arasında olan 48 kişi bulunuyordu. Sürücülükle ilgili sonuçlar, yapılandırılmış görüşmelerle, öz-bildirim ve yolcu bildirimleriyle, sürücülük bilgisinin test edildiği videolarla, bilgisayar simülasyonu ile yapılan sürüm testleriyle ve sürüm kayıtları ile birlikte değerlendirildiği bu çalışmada DEHB’li sürücülerin araba kazalarında daha kusurlu taraf olduğu saptanmıştır. Genç yetişkinlik döneminde DEHB’li sürücülerin %40’ının en az iki kaza geçirdiği görülürken DEHB’li olmayan sürücülerin sadece %6’sının en az iki kaza geçirdiği görülmüştür. DEHB’li sürücülerin sebep oldukları mali zarar, DEHB’li olmayan sürücülerin sebep oldukları mali zararın 3 katı olarak bulunmuştur. Bütün bunlara ilaveten, DEHB’li sürücülerin %60’ı, DEHB’li olmayan sürücülerin ise %17’si yaralanma olan kazalar geçirmişlerdir. DEHB’li sürücülerin ehliyetlerinin alıkonulma oranı DEHB’li olmayan sürücülerin 3 katıdır ve ehliyetlerinin alıkonulmasının nedeni, zayıf sürücülük raporlarına rağmen, hukuki süreçte kendilerini başkaları kadar iyi savunamıyor olmalarından kaynaklanmaktadır. DEHB’liler, mahkemede görülen davalarına gelmeyebilirler ya da kendilerine bir avukat tutamayabilirler. Kısaca, o kadar dağınık olabilirler ki kendilerini savunamayabilirler. Mahkemeye gelmeyi başaramadıklarında ehliyetleri iptal edilir. Bu sebepten DEHB’lilerin hukuki süreçteki dağınık davranışları ve etkili başa çıkamayıları ehliyetlerinin iptal edilme nedenleri arasında yer alabilir.

Kessler ve arkadaşları, kazalar-yaralanmalarla ilgili olarak, DEHB tedavisinin araba kazalarının azalmasında ve sürüm performansının artışında önemli etkilere yol açtığı belirtilmektedir. İşyerlerinde oluşturulan örneklem gruplarında, hastalık sebebiyle devamsızlığın azalmasında ve iş yeri performansının yükselmesinde etkili olan

faktörlerin benzerlerinin, genel işyeri kazaları ve yaralanmalarında için de geçerli olup olmadığını tespit edebilmek için etkililik denemeleri yürütmek faydalı olacaktır. Son zamanlardaki çalışmalarda işyerinde yapılan etkililik denemelerinde, çalışanların arasında kolayca majör depresyon taramasının ve tedavisinin yapılabilindiği ve bu türdeki uygulamaların işverenin perspektifinden bakıldığında olumlu bir yatırım olarak değerlendirildiği bildirilmiştir. DEHB'nin, işyerinde çalışan başına olan maliyetinin, depresyondan bile daha fazla olduğuna dair kanıtlara dayanarak DEHB'nin benzeri etkililik denemeleri için iyi bir aday olabileceği öne sürülebilir. Yapılan çalışmaların sonucu olarak, DEHB'nin kaza ve yaralanmaların iki katına çıkmasıyla ilişkili olduğunun bulunmasından hareketle sonraki çalışmalar için DEHB ile ilişkili kazaların ya yaralanmaların doğasıyla ilgili daha ayrıntılı bilgi toplamanın ve bu bilgiyi işverenin perspektifinden parasal giderleri tahmin edebilmek için kullanmanın faydalı olacağı öne sürülmüştür (Kessler et al., 2009).

DEHB'li olanların yaptığı kazaların maliyetini ölçmek için, tüm nüfus genelinde en az bir tane eşleştirilmiş kontrol grubunu kullanarak analizler yapılan bir çalışmada muhtemel kaza, DEHB'li olmayanlar yetişkinlerde %18, DEHB'li olanlarda ise %38 olarak saptanmıştır (Matza, 2009). DEHB'li olanların kaza maliyeti kişi başı 642 \$ olurken, DEHB'li olmayan kontrol grubunda bu maliyet kişi başı 194 \$ olarak bildirilmiştir.

1.8 HAVACILIKTA YER KAZALARI

Havaalanları, çalışanlar bakımından, sınırlı sürelerde, koordinasyon ve organizasyon becerisi gerektiren, çok katı kuralların hüküm sürdüğü ve sürekli tetikte olunması gereken iş yerleridir. Havaalanında uçaklara ekipman hizmeti vermek üzere çalışan kişilerin, en ufak bir dikkat kaybı, dürtüsel veya kurallara aykırı tek bir davranışı uçuş ve yer emniyeti açısından son derece büyük zararlara, can ve mal kayıplarına yol açar.

Hava alanlarında, hava araçlarının hizmet almak için park ettiği apron ve/veya hizmet araçlarının kullandığı servis yollarının her ikisini de kapsayan bölümüne “Ramp Sahası” adı verilir. Ramp sahası, ulusal/uluslararası standart ve 25 km hız sınırı gibi oldukça sınırlayıcı kuralların hüküm sürdüğü PAT sahalarının içinde yer alır. Hava aracı ve bunların faaliyetleri ile ilgili araç-gereçlerin hareket ve park edilmesinde kullanılan asfalt, beton ve toprak yapıdaki pist apron ve taksi yollarının tamamına PAT sahası denir (SHGM HAD/T-21,S.26, 2014).

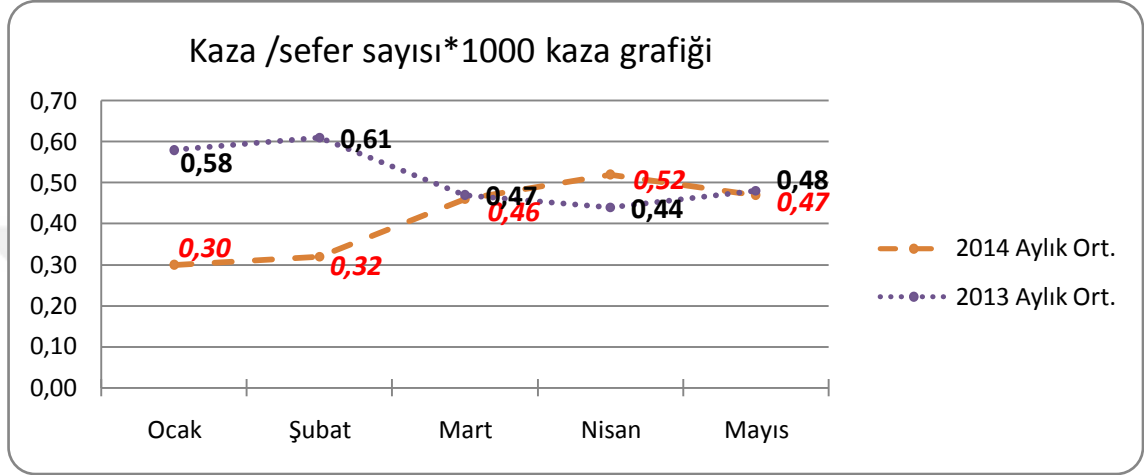
Uluslararası Hava Taşımacılığı Birliği (IATA) 2007 yılı verilerine göre, dünya çapında her yıl yaklaşık 27,000 uçak hasarlı ramp kazası ve vakasının gerçekleştiği (her bin kalkıştan birinde) tahmin edilmektedir. Bu kazalarda 243.000 kişinin yaralandığı ve yaralanma oranının 1000 kalkışta 9 olduğu saptanmıştır. Dünya çapında büyük havayollarının, rampte gerçekleşen kazalar nedeniyle ortaya çıkan maliyetinin yılda en az 10 milyar ABD Doları olduğu sanılmaktadır. Ramp kazalarının, havaalanı operasyonunu etkilediği, yaralanmaya, uçak, tesis ve yer ekipmanının hasarıyla sonuçlandığı bilinmektedir (Flight Safety Foundation, 2007).

Uçak Hasarlı Yer Kazaları Karşılaştırılması ASA (Airport Services Association) Raporu’na göre, “2014 yılının ilk çeyreğinde uçak hasarlı yer kazası yaşanan kazalarda, dünya çapında yaklaşık %31.6 oranındaki kazanın uçak gövdesinde hasara yol açtığı ve %25 oranında kazanın uçağın kargo kompartıman kapılarında hasara yol açtığı görülmüştür. Diğer kazalar ise %5.3 uçağın iniş takımlarının, %13.2 uçak kanatlarının, %6.6 uçak motorlarının, %7.9 uçak yolcu servis kapılarının ve %10.5 uçaktaki diğer bölgelerin hasarıyla sonuçlanmıştır.”

Hizmetin hangi aşamasında kazanın gerçekleştiğine bakıldığında, ilk çeyrekte dünya genelinde kazaların %19.7 civarında ekipman yanaştırılması/geri alınması / servis alanına getirilmesi esnasında, %14.5 ise yükleme esnasında olduğu görülmektedir. Tuvalet / su / ambulift vb. servis hizmetleri esnasındaki kaza oranları da %10.5 civarındadır. ASA tarafından net tanımlanmayan ve diğer kısmında belirtilen oran ise %32.9 olarak belirtilmiştir (ASA Yer Kazaları Raporu, 2014).

İstatistiklere göre son iki yılda ilk beş ayın verilerine göre aylık ortalamaya göre her 1000 uçak operasyonunun 46'sında kaza gerçekleşmektedir. Uçak yer kazalarının aylara göre dağılımı Grafik 1'de verilmiştir.

Grafik 1 :Uçak Yer Kazaları



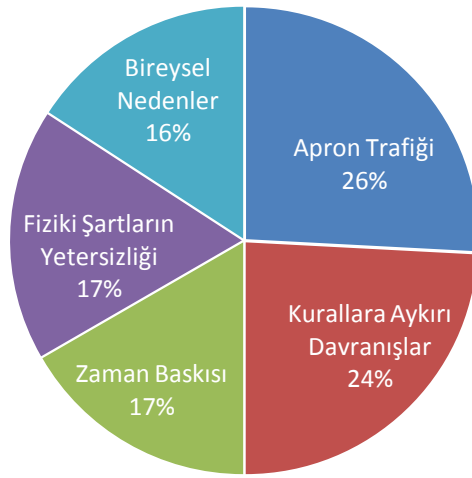
PAT sahalarında gerçekleşen bu kazaların 2013-2014 ortalamalarına bakıldığında; araçların başka araçlarla kaza yapma oranı %63, araçların uçaklarla yaptığı kazaların oranı %11, araçların PAT sahalarındaki aydınlatma direği, körük gibi tesislere çarparak yaptığı kazaların oranı %15 ve diğer kategorideki kaza oranı %11'dir. Hasar sonuçlarına göre uçak yer kazaları dağılımı Tablo 4'te verilmiştir.

Tablo 4: Hasar Sonuçlarına Göre Uçak Yer Kazaları

Kaza tipi	2013		2014	
	Sayı	Oran (%)	Sayı	Oran (%)
Araç-araç	65	%61	57	% 65
Araç-uçak	9	%11	11	%11
Araç-tesis	21	%15	18	%16
Diğer	6	%13	9	%8
Toplam	101	%100	95	%100

Kazaların gerekçelerine bakıldığında ise en sık bildirilen sebeplerin apron trafiğinin yoğunluğu, çalışanın kurallara aykırı davranışı, zaman baskısı, fiziki şartların yetersizliği ve bireysel faktörler (yorgunluk, unutkanlık, dikkatsizlik, tecrübe eksikliği vb) olduğu görülmektedir. Kazaların nedenleri Grafik 2’de gösterilmiştir.

Grafik 2: 2014 Yılı Havalimanları Kaza Gerekçesi Oranları



Ülkemizde de HAVAŞ’ta gerçekleşen yer araç kazalarının sayısının son üç yılda 41, 43 ve 54 kaza olduğu bildirilmiştir. Yıllara göre yer kazası dağılımı Tablo 5’de verilmiştir.

Tablo 5: HAVAŞ'ta Gerçekleşen Araç Kazaları (2012-2014)

Yıl	Araç Kazası Sayısı
2012	41
2013	43
2014	54

2 ARAŞTIRMANIN AMACI

Çalışmanın yapıldığı Havaş'ta yaşanan iş kazalarının yaklaşık %10'u araç kazasıdır ve 2012-2014 yılları arasında toplam 138 araç kazası gerçekleşmiştir. Bu kazaların % 98'i Ramp sahasında olmuştur.

Bu çalışmanın amacı, uçaklara verilen hizmet sırasında kaza yapan araç surclerinin, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu belirtilerine sahip olmaları halinde bu durumun kazaya olan etkisinin araştırılmasıdır. Çalışmada, bu kazaları yapan ve şu anda çalışmakta olan 110 surcnn DEHB belirtileri ve bu puanın gerçekleşen kazalar ile ilişkisi araştırılmıştır.

3 ARAŞTIRMANIN ÖNEMİ

Havaalanlarındaki kazaların yarısından çoğu kurallara aykırı davranışlar, dikkatsizlik gibi bireysel nedenler ve zamanın iyi yönetilememesi sonucunda gerçekleşmektedir. DEHB’li sürücülerin, DEHB’li olmayan sürücülerle karşılaştırıldıklarında, hızlı sürmeye meraklı oldukları, ehliyetlerine el konulma oranlarının daha fazla olduğu, daha çok kaza geçmişine sahip oldukları bilinmektedir. Uçağa hizmet vermek için yanan tüm ekipmanların, hız sınırının 25 km olmasına rağmen üç kez durup fren kontrolü yapmak zorunda olması en önemli araç kurallarından biri olması, literatüre yaptığı hız ihlalleriyle geçmiş ve tedavi olmamış DEHB’li sürücünün bu iş için ne kadar riskli olabileceği hakkında bir fikir verecektir. Ekipmanların birinin 500 tonluk uçakları çeken 60 tonluk traktörler olduğunu düşünecek olursak, sözü edilen riskin büyüklüğü daha da netleşecektir.

Bu nedenle çalışmanın yapıldığı HAVAŞ’ta, havaalanında uçaklara yer hizmeti veren araç sürücülerinin kurallara uyması ve sahip oldukları dikkat becerilerinin yeterliliği uçuş ve yer emniyeti bakımından hayati derecede önemlidir. DEHB belirtileri olan personelin iş kazası oranının daha yüksek olduğunun saptanması durumunda işe alım sürecinde bu belirtilerin titizlikle değerlendirilmesi, uygun tedaviye yönlendirilmeleri önem taşımaktadır.

4 ARAŞTIRMANIN YÖNTEMİ

4.1 ARAŞTIRMANIN GEREÇLERİ

Araştırma, kendi kendine anket doldurma yöntemi ile yapılmış ve gerekli izin hem HAVAŞ'tan hem de Üsküdar Üniversitesi, Girişimsel Olmayan Araştırmalar Etik Kurul'undan alınmıştır. Araştırma için kendisine soru formu verilen katılımcıların tamamının anketleri eksiksiz olarak doldurması sağlanmıştır.

Araştırmada, HAVAŞ çalışanlarının kaza yapanlar ve yapmayanlar ayrımında betimsel açıdan incelenmesi, kaza yapan ve yapmamış deneklerin iş performansı, işe devam devam durumları, DEHB belirtileri açısından incelenmiştir.

1.2. ANAKÜTLE VE ÖRNEKLEM

Araştırmanın ana kütesini HAVAŞ çalışanları oluşturmaktadır. HAVAŞ çalışan sayısı yaklaşık 3800-4000 arasında değişmektedir. Araştırmanın katılımcıları son üç yıldır (2012-2014) HAVAŞ'ta görev sırasında araç kazası yapmış ve kaza yapmamış çalışanlar seçilmiştir. HAVAŞ'ta çalışan ve son üç yıldır araç kazası yapmış personel sayısı, 138 kişidir. Araştırmaya kaza yapan çalışanların arasından araştırmaya katılmayı kabul eden 110 kişi, kaza yapmayan çalışanların arasından ise araştırma grubu ile yaş ve cinsiyet açısından eşleştirilmiş 111 kişi seçilmiştir. Örneklem hacmi (n) 221 kişidir.

Örneklem, HAVAŞ'ın Adana, Adıyaman, Ankara, Antalya, Batman, Muğla, Elazığ, Gaziantep, İstanbul, İzmir, Kayseri, Konya, Nevşehir, Şırnak, Trabzon illerinde çalışan personelden oluşmaktadır. Örnekleme yöntemi olarak kotalı örnekleme yapılmış ve kaza yapan, yapmayan ayrımı göz önünde tutulmuştur. Araştırma katılımcıları ağırlıklı olarak erkektir. Örneklem ana kütle temsil etmek konusunda yeterlidir.

4.2 ARAŞTIRMANIN SAYILTILARI

Araştırma için hesaplanan örneklem ana kütleyi temsil etmek için yeterlidir. Araştırmanın kapsamı ve bunu ölçmeye yönelik olarak hazırlanan soru formu doğru bir araçtır. Katılımcılar, araştırmaya bilgilendirilmiş onam formunu okuyarak ve gönüllü olarak katılmışlar ve kendilerine sunulan tüm soruları gerçekten okuyarak ve anlayarak cevaplamışlardır. Katılımcıların verdikleri yanıtlar, kendi durumlarını gerçeğe uygun olarak samimi bir şekilde yansıtmaktadır. Katılımcıların cevapları kendi düşüncelerini yansıtmakta olup başkalarından etkilenmemişlerdir. Katılımcılar verdikleri yanıtları kişisel deneyimlerine göre yanıtlamışlardır. Katılımcılar bu kişisel deneyimleri açısından kendi yaşantılarını doğrulukla hatırlamaktadır. Katılımcılar anket sorularının klinik gözlem gerektiren maddelerini kendilerini doğru gözlemleyerek yanıtlamışlardır.

4.3 ARAŞTIRMA HİPOTEZLERİ

Araştırmanın hipotezi, “*araç kazası yapmış olanların DEHB puanları, araç kazası yapmamış olanlara kıyasla daha yüksektir*” olarak belirlenmiştir.

4.4 ARAŞTIRMA KAPSAMI

Araştırma kapsamında aşağıdaki konu başlıkları ve maddelerine yer verilmiştir:

Bireyi Tanıma:

Yaş

Cinsiyet

Halen Düzenli Kullanılan İlaçlar

Varsa daha önce alınan bedensel-psikiyatrik tanılar

Alkol Kullanımı

Uyuşturucu madde kullanımı

Çocukluk döneminde DEHB tanısı konulma durumu

Yetişkin DEHB Belirtileri:

Dikkat Eksikliği Belirtileri:

1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü
3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme
4. Okul ödevlerini ya da iş yerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya bağlı değildir).
5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/ organize etme güçlüğü
6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden Hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik
7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örn: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)
8. Dikkatin kolayca dağılması
9. Günlük etkinliklerde unutkanlık

Aşırı Hareketlilik Belirtileri

Aşırı Hareketlilik

1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama
2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma
3. Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi
4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük
5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme
6. Çok konuşma

Dürtüsellik Belirtileri

1. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme
2. Sıra beklemekte zorluk çekme
3. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme

DEB/DEHB ile ilişkili özellikler

1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi
2. Başlanan bir işi bitirememe ya da işe başlama güçlüğü
3. Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte tamamlamakta güçlük
4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da aklına geleni o anda söyleme eğilimi
5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma
6. Sıkılmaya tahammül edememe
7. Herkes tarafından izlenen yolları ve kuralları uygulamamak
8. Sabırsızlık; engellenme eşiğinin düşük olması
9. Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)
10. Kendini güvensiz hissetme
11. Duygu durumunda sık görülen oynamalar
12. Aniden parlama, tepki gösterme
13. Düşük benlik değeri
14. Parmaklarda tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma
15. Sık sık iş değiştirme
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama
17. Zamanı ayarlamakta güçlük
18. Unutkanlık
19. Sözel saldırganlık
20. Fiziksel saldırganlık
21. Alkol kullanımı
22. Madde kullanımı
23. Yasal güçlük ve sorunlar
24. Çökkünlük (depresyon)

25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)
27. İşinden zevk alamama
28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi
29. Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi
30. Kapasiteyle uyumlu bir düzeye ulaşamama

4.5 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI (SORU FORMU) VE SAHA UYGULAMASI

Araştırmanın tasarımına uygun olarak hazırlanan soru formu Ek'te yer almaktadır. Son üç senede araç kazası yapmış kişiler tespit edilmiştir. Kontrol grubu kaza geçmişi olmayan aynı yaştaki ve cinsiyetteki çalışanlardan seçilmiştir. Anket, kaza yapan ve kaza yapmayan çalışanlara vardiyalarına göre ayrı zamanlarda dağıtılmış ve doldurulduktan sonra toplanmıştır. Anket, katılımcıların kendi kendine dolduracağı niteliktedir.

Araştırma kapsamında uygulanan ölçekler şunlardır:

Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Öz Bildirim Ölçeği (EDHÖ): Dünya Sağlık Örgütü tarafından erişkinlerde DEHB tanınması amacıyla geliştirilen bir ölçektir (Kessler et al.,2005). Her bir maddesinin 0 ile 4 arasında derecelendirildiği beşli Likert tipinde olan ölçeğin ‘dikkat eksikliği’ ve ‘hiperaktivite/dürtüsellik’ olmak üzere her biri dokuz sorudan oluşan iki alt ölçeği vardır. Sorular her belirtinin son altı ay içinde hangi sıklıkta ortaya çıktığını belirlemeye yöneliktir. İki alt ölçeğin herhangi birinden 24 puan ve üzerinde alanların “yüksek olasılıkla DEHB”, 17-23 puan alanların “olasılıkla DEHB” olduğu, 0-16 puan alanların DEHB olmadıkları bildirilmiştir. Ölçeğin, Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Doğan ve ark., 2009 tarafından yapılmıştır.

DSM-IV'e Dayalı Erişkin DEB/ DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri (E-DEHB) (Turgay, 1995) Turgay tarafından geliştirilen (19) ölçeğin standardizasyon çalışması 2004 yılında Günay ve ark. (20) tarafından gerçekleştirilmiştir. E-DEHB geliştirilirken DSM-IV tanı ölçütlerindeki 18 belirti alınarak ölçeğin birinci dikkat eksikliği ve ikinci aşırı hareketlilik bölümü oluşturulmuştur. Üçüncü bölüm hazırlanırken DSM-IV'e girmeyen ama konu ile ilgili yapılan ve çeşitli yayınlarda sözü edilen belirtiler taranmış ve DEHB ile ilişkili özellikler alt ölçeği oluşturulmuştur. Puanlamada birinci bölümdeki toplam 9 sorudan en az altı tanesine 2 veya 3 cevabı alınmışsa "bireyde dikkat eksikliği olabileceği", ikinci bölümde toplam 9 sorudan en az altısına 2 veya 3 cevabı alınmışsa "bireyde aşırı hareketlilik/ dürtüsellik olabileceği" bildirilmiştir. Üçüncü bölümdeki sorulara verilen cevaplar toplanarak DEB/ DEHB ile ilişkili özellikler puanı bulunmaktadır.

Bununla birlikte çalışılan kişilerin performans puanları ve devamsızlık bilgileri HAVAŞ İnsan Kaynakları ve Eğitim Müdürlüğü ile Personel Müdürlüğü'nden katılımcıların izni ile elde edilmiştir.

4.6 VERİ GİRİŞİ, KONTROLÜ VE YAPILAN ANALİZLER

Anketlerin tamamlanmasının ardından açık sorular için kodlama yapılmış ve veriler optik okuma yöntemi ile bilgisayara girilmiştir. Veri girişi hataları incelenerek ve baz kontrolleri yapılarak mantık hataları düzeltilmiştir. Araştırma kapsamında betimsel istatistikler, hipotez testleri (güvenirlilik analizleri, normallik testleri, Mann Whitney U testi, KWH, Fisher kesin ki kare testi, Pearson ki kare testi) yapılmıştır. Analizler için SPSS 20.0 versiyon programından yararlanılmıştır.

Hipotez testlerinin bulguları incelendiğinde; 30 maddelik DEB/DEHB ile ilişkiler ölçeği kaza yapma durumuna göre değerlendirilmiştir. Ölçek normal dağılmadığı için Mann Whitney U testi yapılmıştır. P değeri 0,09 olarak bulunmuş ve kaza yapanlarla yapmayanlar arasında anlamlı fark bulunamamıştır. Tüm ölçekler

cinsiyet açısından değerlendirilmiştir. Tüm ölçekler normal dağılmadığından Mann Whitney U testleri yapılmıştır. Bütün sonuçlar anlamsız çıkmış (P1:0.11 P2:0.20, P3:0.17, P4:0.33, P5:0.32, P6:0.17), cinsiyetin bu kavramlar üzerine etkisi olmadığı görülmüştür. Tüm ölçekler yaş açısından değerlendirilmiştir. Tüm ölçekler normal dağılmadığından Kruskal Wallis H testleri yapılmıştır. Bütün sonuçlar anlamsız çıkmış (P1:0.88 P2:0.91, P3:0.92, P4:0.54, P5:0.48, P6:0.66), yaşın bu kavramlar üzerine etkisi olmadığı görülmüştür. Tüm ölçekler kaza yapma durumu açısından değerlendirilmiştir. Tüm ölçekler normal dağılmadığından Mann Whitney U testleri yapılmıştır. Bütün sonuçlar anlamsız çıkmış (P1:0.20 P2:0.08, P3:0.45, P4:0.34, P5:0.18, P6:0.09), kaza yapma durumunun bu kavramlar üzerine etkisi olmadığı görülmüştür.

4.7 GÜVENİLİRLİK ANALİZLERİ

4.7.1 Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz Bildirim Ölçeği A Bölümü

Yetişkin dikkat eksikliği hiperaktivite sendromu öz bildirim ölçeği “**A bölümü**” maddeleri için Cronbach Alfa değeri 0.79 olup ölçeğin iyi düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

4.7.2 Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz Bildirim Ölçeği B Bölümü

Yetişkin dikkat eksikliği hiperaktivite sendromu öz bildirim ölçeği “**B Bölümü**” maddeleri için Cronbach Alfa değeri 0.83 olup ölçeğin oldukça iyi düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

4.7.3 Dikkat Eksikliği Bölümü

Dikkat eksikliği bölümü maddeleri için Cronbach Alfa değeri 0.78 olup ölçeğin iyi düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü maddesinin silinmesi halinde değer 0.79 olacaktır ancak bu artış önemli olmadığından madde silinmesine gerek yoktur.

4.7.4 Aşırı Hareketlilik Bölümü

Aşırı hareketlilik bölümü maddeleri için Cronbach Alfa değeri 0.76 olup ölçeğin iyi düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir. Madde silinmesi halinde artış olmadığından madde silinmesine gerek yoktur.

4.7.5 Dürtüsellik Bölümü

Dürtüsellik bölümü maddeleri için Cronbach Alfa değeri 0.67 olup ölçeğin orta düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

4.7.6 DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler

DEB/DEHB ile ilişkili özellikler bölümü maddeleri için Cronbach Alfa değeri 0.94 olup ölçeğin çok iyi düzeyde güvenilir olduğunu göstermektedir.

5 ARAŞTIRMANIN SINIRLILIKLARI

Araştırma sadece HAVAŞ çalıŐanlarını temsil etmektedir. TGS, Çelebi Hava Servisi ve kendi yer hizmetlerini veren havayollarının da dahil olacağı bir çalışma çerçevesinde karŐılaŐtırılmalđ araştırma gerçekleŐtirilmesi zaman ve maddi maliyetler açısından oldukça zordur.

Araştırmada kaza yapan ve yapmayan HAVAŞ alıŐanlarının kendilerini değerlendirmesi istenmiŐtir. Çalışanların kendilerini yanlı deđerlendirmiŐ olma ihtimali bulunmaktadır. Çalışma diğer çalışmalarda olduğu gibi hastane ortamında yapılmadığından, klinisyen görüşü içermemektedir.

6 BULGULAR

6.1 DEMOGRAFİK SONUÇLAR

Araştırmada toplam 221 Havaş personeli yer almıştır. Örnekleme bulunan 221 kişinin 218'i erkek, 3'ü kadındır. Bunların yaş ortalamaları $33,67 \pm 6,24$ olarak, yaş aralığı ise 19-52 olarak bulunmuştur. Katılımcıların şirketteki ortalama kıdem yılları $4,99 \pm 3,75$ yıl, kıdem aralığı ise 0-19 yıl olarak saptanmıştır. Örneklemin yaş ve kıdem ortalaması ve aralığı Tablo 6'de gösterilmiştir.

Tablo 6: Örneklemin yaş ve kıdem ortalaması ve aralığı

	Ortalama	St. Sapma	Minimum	Maksimum
Yaş (yıl)	33,67	6,24	19,00	52,00
Kıdem (yıl)	4,99	3,75	0,00	19,00

Katılımcıların %100'ü geçmişte psikiyatrik bir tedavi görmediklerini bildirmişlerdir. Katılımcıların %99'u çocuklukta hiperaktivite tanısı almamıştır. Kaza yapan grupta çocuklukta DEHB tanısı aldığını bildiren 1 olgu bulunmaktadır.

Örnekleme oluşturan 221 kişi aynı şirkete ait 18 farklı lokasyonda görev almaktaydılar. Lokasyonlara göre dağılım Tablo 7'de verilmiştir. Katılımcıların %47'si Havaş'ın İstanbul Atatürk Havalimanı'nda çalışmakta, %26'sı Antalya Havalimanı'nda görev yapmaktadır. Kaza yapanların %34'ü uçuş trafiği en yoğun havalimanlarından olan İstanbul Havaş'ta ve %24'ü de özellikle yaz aylarında yoğunluğu artan AYT Havaş'ta çalışmaktadır.

Tablo 7: Örneklemin görev yerlerine göre dağılımları

Görev yeri	n	%
Adıyaman (ADF) Havalimanı	1	0,45
Dalaman (DLM) Muğla Havalimanı	1	0,45
Genel Müdürlük İstanbul	1	0,45
Şırnak (NKT) Havalimanı	1	0,45
Kayseri (ASR) Havalimanı	2	0,9
Gazipaşa (GZP) Havalimanı	2	0,9
Konya (KYA) Havalimanı	2	0,9
Adana (ADA) Havalimanı	3	1,36
Batman (BAL) Havalimanı	3	1,36
Elazığ (Ezs) Havalimanı	3	1,36
Gaziantep (GZT) Havalimanı	3	1,36
Nevşehir (NAV) Havalimanı	3	1,36
Trabzon (TZX) Havalimanı	3	1,36
Esenboğa (ESB) Havalimanı	7	3,17
Bodrum (BJV) Havalimanı	9	4,07
İzmir (ADB) Havalimanı	15	6,79
Antalya (AYT) Havalimanı	58	26,2
İstanbul (IST) Havalimanı	104	47,1
TOPLAM	221	100

Araştırmaya katılan 221 kişi farklı iş tanımlarına sahipti. Örneklemin en büyük kısmını %41,63 ile işçi şoförler ve %23.08 ile makinistler oluşturmaktaydı. Örneklemin görev dağılımları Tablo 8’de verilmiştir.

Tablo 8: Örneklemin görevlerine göre dağılımı

Görev	n	%
Harekat Memuru	5	2,26
Mekanik Teknisyeni	5	2,26
Ramp Şefi	4	1,81
Ekip Sorumlusu	5	2,26
İşçi	6	2,71
Diğer	6	2,71
Operatör Şoför	47	21,27
Makinist	51	23,08
İşçi Şoför	92	41,63
Toplam	221	100

Örneklemin içinde kaza yapmış olan 111 kişi araştırma grubu olan “kaza yapan” grubunu; bu gruba yaş, cinsiyet, eğitim düzeyi bakımından eşleştirilmiş 110 kişi ise kontrol grubu olan “kaza yapmayan” grubunu oluşturdu. Kaza yapan ve yapmayan grupların yaş ve eğitim süresi ortalamaları Tablo 9’da verilmiştir.

Tablo 9: Kaza yapan ve yapmayan grupların yaş ve eğitim süresi ortalamaları

	Kaza yapan	Kaza yapmayan	p
Yaş (yıl)	33.70±6.26	33.63±6.24	0.95
Eğitim süresi (yıl)	11.14±4.72	11.28±4.51	0.91

Kontrol grubu, kaza yapan çalışanlarla aynı yaşta kişilerden oluşturulmuştur. Son üç yılda kaza yapma durumuna bakıldığında, yaşın kaza yapma oranında bir etkisi bulunmamaktadır.

Kaza yapan ve yapmayanların kıdem yılına göre dağılımları Tablo 10'da verilmiştir.

Tablo 10: Kaza yapan ve yapmayanların kıdem yılına göre dağılımları

		Son 3 Yılda Kaza Yapma Durumu		Toplam
		Kaza yapmayan N (%)	Kaza yapan	
Kıdem Yılı	0- 5 Yıl	60 (%54,5)	77 (%69,4)	137
	6-10 Yıl	42 (%38,2)	29 (%26,1)	71
	11 Yıl ve üstü	8 (%7,3)	5 (%4,5)	13
Toplam		110	111	221

Kaza yapan çalışanların, ilk altı yılında kaza yapma oranı toplam kaza oranının % 65'ini oluşturmaktadır.

Kaza yapan ve yapmayan gruplarda son üç yıl içinde kullandıkları izinler ve izinli ya da izinsiz olarak işe gelmeme süreleri ile belirlenen iş gücü kaybı verileri incelendiğinde iki grubun benzer oranlarda ücretli ya da ücretsiz izin kullanıyor olmalarına rağmen kaza yapmış olan grubun istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha fazla ücretsiz devamsızlığı olduğu dikkat çekmektedir. Kaza yapan ve kaza yapmayan kontrol grubunun habersiz işe gelmeme, ücretli iş kazası izni kullanma, İşyeri hekiminden ücretli rapor alma, mazeret izni kullanma, ücretli veya ücretsiz sağlık izni kullanma gibi iş kayıpları birbirleriyle kıyaslanmış ve kaza yapanların iş kayıpları % 39 iken, kaza yapmayanların iş kayıpları % 32 bulunmuştur. Kaza yapan ve yapmayan grupların son üç yılda izin ve işe devamsızlık süresi ortalamaları Tablo 11'de verilmiştir.

Tablo 11: Kaza yapan ve yapmayan grupların son üç yılda izin ve işe devamsızlık süresi ortalamaları

	Kaza yapan	Kaza yapmayan	p
Ücretli İş Kazası İzni (gün)	12,14±28,06	10,24±14,93	0.43
İşyeri Hekimi Raporu (gün)	2,24±1,22	2,00±1,10	0.94
Mazeret İzni (gün)	2,43±1.62	2,40±1.41	0.35
Ücretli Sağlık İzni (gün)	5,15± 4,54	5,99±5,09	0.46
Ücretsiz Sağlık İzni (gün)	19,72±51,66	15,36±23,20	0.49
Ücretsiz Devamsızlık	11,00±10,60	2,17±1,47	<0.01
Toplam İş Kaybı (gün)	17,62±40,02	15,10±22,05	0.35

İşveren tarafından yıllık olarak hesaplanan iş verimliliği performans ortalamaları ise 2014 yılı için kaza yapan ve yapmayan gruplar arasında farklı bulunmamıştır. Kaza yapan ve yapmayan grupların iş verimliliği performans ortalamaları, Tablo 12’de verilmiştir.

Tablo 12: Kaza yapan ve yapmayan grupların iş verimliliği performans ortalamaları

	Kaza yapan	Kaza yapmayan	p
2014 Performans puanı	3.52±0.21	3.50±0.17	0.05

Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz - Bildirim Ölçeği (EDHÖ) ve DSM-IV’e Dayalı Erişkin DEB/ DEHB Tanı ve Değerlendirme Envanteri (E-DEHB) aracılığı ile incelenen örnekleme bu ölçeklere göre DEHB tanısı alan kişi saptanmamıştır. Bu nedenle kaza yapan ve yapmayan gruplar için EDHÖ A bölümü toplam puanı, EDHÖ B bölümü toplam puanı, E-DEHB dikkat eksikliği bölümü toplam puanı, E-DEHB aşırı hareketlilik toplam puanı, E-DEHB dürtüsellik toplam puanı ve E-DEHB DEB/DEHB ile ilişkili özellikler toplam puanı ortalamaları hesaplanmış, Tablo 13 ve 14’de verilmiştir. Kaza yapan ve yapmayan gruplar arasında EDHÖ alt ölçek puanları arasında bir farklılık izlenmezken E-DEHB alt ölçek puanlarında Aşırı Hareketlilik alt ölçeği puanının kaza yapan grupta istatistiksel olarak anlamlı biçimde

daha yüksek olduğu saptanmıştır (p=0.04). EDHÖ alt ölçek puanlarının kaza yapan ve yapmayan gruplarda karşılaştırılması Tablo 13'te yapılmıştır.

Tablo 13: EDHÖ alt ölçek puanlarının kaza yapan ve yapmayan gruplarda karşılaştırılması

ÖLÇEK	Son 3 Yılda Kaza Yapma Durumu						p
	Kaza yapan			Kaza yapmayan			
	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	
EDHÖ A Bölümü Toplam Puanı	5,09	3,87	4	4,39	3,56	4	0.20
EDHÖ B Bölümü Toplam Puanı	6,55	4,99	7	5,4	5,17	4	0.36

E-DEHB alt ölçek puanlarının kaza yapan ve yapmayan gruplarda karşılaştırılması, Tablo 14'de yapılmıştır.

Tablo 14: E-DEHB alt ölçek puanlarının kaza yapan ve yapmayan gruplarda karşılaştırılması

ÖLÇEK	Son 3 Yılda Kaza Yapma Durumu						p
	Kaza yapan			Kaza yapmayan			
	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	Ortalama	Standart Sapma	Medyan	
E-DEHB Dikkat Eksikliği Toplam Puanı	3,88	3,71	3	3,64	3,85	3	0.75
E-DEHB Aşırı Hareketlilik Toplam Puanı	2,38	2,51	1	1,82	2,02	1	0.04
E-DEHB Dürtüsellik Toplam Puanı	0,94	1,28	0	0,68	1,05	0	0.07
E-DEHB DEB/DEHB ile İlişkili Özellik Toplam Puanı	9,29	10,32	6	7,4	9,02	3	0.52

Kaza yapan ve yapmayan gruplarda EDHÖ A alt ölçeği puanları her bir madde için karşılaştırıldığında “İnsanlar doğrudan sizinle konuştuklarında bile, ne sıklıkta size ne söylediklerine konsantre olmakta güçlük çekersiniz?”; “Zor kısımlarını bitirdiğiniz bir işin son detaylarını tamamlamakta ne sıklıkta zorluk çekersiniz?”; “Çok düşünmeyi gerektiren bir iş yapacağınızda ne sıklıkta başlamayı gerektiriyor ya da kenara atıyorsunuz?” soruları için verilen cevap ortalamasının Likert tipi sınıflamada kaza yapmış olan grup için anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuçlar Tablo 15’de verilmiştir.

Tablo 15 : Kaza yapan ve yapmayan gruplarda EDHÖ A alt ölçeği maddeleri için puanların karşılaştırılması

Ölçek Maddesi	Kaza yapan	Kaza yapmayan	P
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Sıkıcı ya da zor bir iş yapmak zorunda kaldığınızda ne sıklıkta dikkatsizce hatalar yaparsınız?	0,82 ± 0,65	0,66 ± 0,60	0,78
Sıkıcı ya da tekrarlanan bir iş yaparken ne sıklıkta dikkatinizi sürdürmekte zorluk çekersiniz?	0,57 ± 0,70	0,57 ± 0,73	0,84
İnsanlar doğrudan sizinle konuştuklarında bile, ne sıklıkta size ne söylediklerine konsantre olmakta güçlük çekersiniz?	0,56 ± 0,75	0,38 ± 0,56	0,01
Zor kısımlarını bitirdiğiniz bir işin son detaylarını tamamlamakta ne sıklıkta zorluk çekersiniz?	0,42 ± 0,65	0,34 ± 0,53	0,01
Düzenleme gerektiren bir iş yapmak zorunda kaldığınızda, ne sıklıkta işleri sıraya koymakta zorluk çekersiniz?	0,54 ± 0,67	0,39 ± 0,63	0,11
Çok düşünmeyi gerektiren bir iş yapacağınızda ne sıklıkta başlamayı gerektiriyor ya da kenara atıyorsunuz?	0,63 ± 0,78	0,49 ± 0,63	0,02
Ne sıklıkta evde ya da iş yerinde eşyaları yanlış yere koyar ya da bulmakta zorluk çekersiniz?	0,49 ± 0,71	0,48 ± 0,64	0,49
Ne sıklıkta etrafınızdaki hareketler ya da sesler dikkatinizi dağıtır?	0,82 ± 0,84	0,63 ± 0,70	0,08
Ne sıklıkta randevularınızı ya da sorumluluklarınızı hatırlamakta zorluk çekersiniz?	0,33 ± 0,56	0,38 ± 0,62	0,19

Kaza yapan ve yapmayan gruplarda EDHÖ B alt ölçeği puanları her bir madde için karşılaştırıldığında “Sıraya girmeniz gerektiği durumlarda ne sıklıkta sıranızı beklemekte zorluk çekersiniz?” sorusu için verilen cevap ortalamasının Likert tipi sınıflamada kaza yapmış olan grup için anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuçlar Tablo 16’da verilmiştir.

Tablo 16: Kaza yapan ve yapmayan gruplarda EDHÖ B alt ölçeği maddeleri için puanların karşılaştırılması

Ölçek Maddesi	Kaza yapan	Kaza yapmayan	P
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Uzun süre oturmanız gerektiğinde ne sıklıkta sıkıntılı hareketler yapar, ellerinizle oynar ya da ayaklarınızı hareket ettirirsiniz?	1,00 ± 0,95	0,85 ± 1,01	0,16
Toplantılarda ya da oturmanız gereken durumlarda ne sıklıkta koltuğunuzu terk edersiniz?	0,35 ± 0,64	0,36 ± 0,67	0,58
Ne sıklıkta huzursuz ya da kıpır kıpır (yerinde duramaz) hissedersiniz?	0,83 ± 0,91	0,64 ± 0,83	0,54
Kendinize zaman ayırdığınızda bile ne sıklıkta rahatlamak ve gevşemekte zorluk çekersiniz?	0,59 ± 0,78	0,50 ± 0,72	0,41
Ne sıklıkta kendinizi aşırı aktif ve bir motor takılmış gibi birçok şeyi yapmak zorunda hissedersiniz?	1,12 ± 1,16	0,80 ± 1,03	0,14
Sosyal ortamlarda ne sıklıkta çok konuştuğunuzu fark dersiniz?	0,95 ± 0,94	0,78 ± 0,92	0,96
Sohbet sırasında ne sıklıkta karşınızdaki kişi sözünü bitirmeden onun cümlesini tamamladığınızı hissedersiniz?	0,77 ± 0,94	0,69 ± 0,91	0,69
Sıraya girmeniz gerektiği durumlarda ne sıklıkta sıranızı beklemekte zorluk çekersiniz?	0,57 ± 0,92	0,45 ± 0,72	0,04
Meşgul oldukları sırada ne sıklıkta başkalarının işini bölersiniz?	0,38 ± 0,65	0,32 ± 0,60	0,24

Kaza yapan ve yapmayan gruplarda E-DEHB dikkat eksikliği alt ölçeği puanları her bir madde için karşılaştırıldığında “Günlük etkinliklerde unutkanlık” maddesi için verilen cevap ortalamasının Likert tipi sınıflamada kaza yapmış olan grup için anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuçlar Tablo 17’de verilmiştir.

Tablo 17:Kaza yapan ve yapmayan gruplarda E-DEHB Dikkat Eksikliği alt ölçeği maddeleri için puanların karşılaştırılması

Ölçek Maddesi	Kaza yapan	Kaza yapmayan	P
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0,56 ± 0,66	0,49 ± 0,66	0,85
Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0,53 ± 0,94	0,51 ± 0,95	0,97
Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0,23 ± 0,48	0,28 ± 0,53	0,16
İş yerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme	0,29 ± 0,49	0,31 ± 0,55	0,44
Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/organize etme güçlüğü	0,47 ± 0,83	0,41 ± 0,85	0,66
Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0,52 ± 0,73	0,51 ± 0,70	0,81
Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme	0,33 ± 0,64	0,29 ± 0,58	0,29
Dikkatin kolayca dağılması	0,45 ± 0,58	0,44 ± 0,66	0,47
Günlük etkinliklerde unutkanlık	0,54 ± 0,73	0,35 ± 0,58	0,02

Kaza yapan ve yapmayan gruplarda E-DEHB Aşırı Hareketlilik alt ölçeği puanları her bir madde için karşılaştırıldığında “el ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama”, “oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma”, “sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme” maddeleri için verilen cevap ortalamasının Likert tipi sınıflamada kaza yapmış olan grup için anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuçlar Tablo 18’de verilmiştir.

Tablo 18: Kaza yapan ve yapmayan gruplarda E-DEHB Aşırı Hareketlilik alt ölçeği maddeleri için puanların karşılaştırılması

Ölçek Maddesi	Kaza yapan	Kaza yapmayan	P
	Ort ± SS	Ort ± SS	
El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0,49 ± 0,71	0,36 ± 0,54	<0,01
Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0,17 ± 0,38	0,12 ± 0,35	0,04
Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0,28 ± 0,54	0,25 ± 0,45	0,14
Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük	0,28 ± 0,56	0,26 ± 0,46	0,27
Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme	0,58 ± 0,81	0,41 ± 0,59	0,03
Çok konuşma	0,48 ± 0,62	0,37 ± 0,57	0,08

Kaza yapan ve yapmayan gruplarda E-DEHB Dürtüsellik alt ölçeği puanları her bir madde için karşılaştırıldığında “Sıra beklemekte zorluk çekme” maddesi için verilen cevap ortalamasının Likert tipi sınıflamada kaza yapmış olan grup için anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuçlar Tablo 19’da verilmiştir.

Tablo 19: Kaza yapan ve yapmayan gruplarda E-DEHB Dürtüsellik alt ölçeği maddeleri için puanların karşılaştırılması

Ölçek Maddesi	Kaza yapan	Kaza yapmayan	P
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0,35 ± 0,57	0,27 ± 0,50	0,06
Sıra beklemekte zorluk çekme	0,38 ± 0,62	0,22 ± 0,43	<0,01
Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0,21 ± 0,43	0,20 ± 0,42	0,72

Kaza yapan ve yapmayan gruplarda E-DEHB DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler alt ölçeği puanları her bir madde için karşılaştırıldığında “Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi”, “Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte tamamlamakta güçlük”, “Duygudurumda sık oynamalar”, “Aniden parlama, tepki gösterme”, “Parmaklarda tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma”, “Sık iş değiştirme”, “Zamanı ayarlama güçlük”, “alkol kullanımı”, “çökkünlük”, “Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma”, “Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi” maddeleri için verilen cevap ortalamasının Likert tipi sınıflamada kaza yapmış olan grup için anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Sonuçlar Tablo 20’de verilmiştir.

Tablo 20: Kaza yapan ve yapmayan gruplarda E-DEHB DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler alt ölçeği maddeleri için puanların karşılaştırılması

Ölçek Maddesi	Kaza yapan	Kaza yapmayan	P
	Ort ± SS	Ort ± SS	
Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi	0,48± 0,57	0,35± 0,53	0,04
Başlanan bir işi bitirememeye ya da işe başlama güçlüğü	0,24 ± 0,47	0,21 ± 0,47	0,47
Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte tamamlamakta güçlük	0,47 ± 0,60	0,29 ± 0,46	<0,01
Zamanı ve yeri uygun olmasa da aklına geleni o anda söyleme eğilimi	0,41 ± 0,65	0,38 ± 0,56	0,37
Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma	0,42 ± 0,70	0,38 ± 0,57	0,21
Sıkılmaya tahammül edememe	0,55 ± 0,76	0,40 ± 0,64	0,09
Herkes tarafından izlenen yolları ve kuralları uygulamamak	0,33 ± 0,59	0,29 ± 0,65	0,65
Sabırsızlık; engellenme eşiğinin düşük olması	0,43 ± 0,66	0,32 ± 0,56	0,07
Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)	0,24 ± 0,47	0,28 ± 0,49	0,24
Kendini güvensiz hissetme	0,24 ± 0,45	0,18 ± 0,41	0,07
Duygudurumda sık oynamalar	0,39 ± 0,59	0,32± 0,51	<0,05
Aniden parlama, tepki gösterme	0,61 ± 0,81	0,42 ± 0,63	0,03
Düşük benlik değeri	0,25 ± 0,43	0,21 ± 0,43	0,25

Parmaklarda tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	0,43 ± 0,68	0,29 ± 0,53	<0,01
Sık sık iş değiştirme	0,15 ± 0,36	0,09 ± 0,29	<0,01
Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama	0,37 ± 0,66	0,37 ± 0,57	0,62
Zamanı ayarlamakta güçlük	0,31± 0,52	0,23 ± 0,44	0,01
Unutkanlık	0,52 ± 0,65	0,43 ± 0,53	0,15
Sözel saldırganlık	0,21 ± 0,47	0,17 ± 0,42	0,22
Fiziksel saldırganlık	0,10 ± 0,36	0,09 ± 0,29	0,59
Alkol kullanımı	0,30± 0,52	0,22 ± 0,46	0,02
Madde kullanımı	0	0	-
Yasal güçlük ve sorunlar	0,15 ± 0,41	0,14 ± 0,40	0,72
Çökkünlük (depresyon)	0,21± 0,47	0,13 ± 0,38	<0,01
Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	0,05 ± 0,27	0,07 ± 0,29	0,36
Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma	0,29 ± 0,61	0,18 ± 0,41	<0,01
İşinden zevk alamama	0,31 ± 0,54	0,25 ± 0,59	0,37
Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi	0,32 ± 0,54	0,18 ± 0,39	<0,01

Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi	0,30± 0,57	0,23 ± 0,57	0,16
Kapasiteyle uyumlu bir düzeye ulaşamama	0,28± 0,47	0,21 ± 0,49	0,09

DEHB olma durumu incelendiğinde, katılımcıların %97'sinin DEHB olmadığı, %2'sinin olasılıkla DEHB olduğu sadece 1 kişinin yüksek olasılıkla DEHB olduğu tespit edilmiştir. Sonuçlar Tablo 21’de gösterilmiştir.

Tablo 21: DEHB Olma Durumu

DEHB Olma Durumu		n	%
Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz - Bildirim Ölçeği puanına göre	Yüksek olasılıkla DEHB	1	0,5
	Olasılıkla DEHB	5	2,3
	DEHB değil	215	97,3
Toplam		221	100

6.2 NORMALLİK TESTLERİ

Yapılan Kolmogorov-Smirnov normallik testi sonuçlarına göre tüm ölçeklerin toplam puan dağılımları normal dağılıma uygun değildir. Sonuçlar, Tablo 22’de gösterilmiştir.

Tablo 22 Normallik Testleri

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz - Bildirim Ölçeği A Bölümü Toplam Puanı	0,135	221	0	0,926	221	0
Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz - Bildirim Ölçeği B Bölümü Toplam Puanı	0,123	221	0	0,922	221	0
Dikkat Eksikliği Bölümü Toplam Puanı	0,16	221	0	0,873	221	0
Aşırı Hareketlilik Toplam Puanı	0,198	221	0	0,836	221	0
Dürtüsellik Toplam Puanı	0,325	221	0	0,719	221	0
DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler Toplam Puanı	0,195	221	0	0,817	221	0

a. Lilliefors Significance Correction

Tüm ölçekler kaza yapma durumu açısından değerlendirilmiştir. Tüm ölçekler normal dağılmadığından Mann Whitney U testleri yapılmıştır. Bütün sonuçlar anlamsız çıkmış, kaza yapma durumunun bu kavramlar üzerine etkisi olmadığı görülmüştür. Diğer deyişle kaza yapanların bu hastalıkların etkisi altında kaza yaptığını söylemek güçtür. Bu hastalıklara sahip olmayanlar da kaza yapmaktadır. Sonuçlar, Tablo 23’de gösterilmiştir.

Tablo 23: Ölçeklerin Kaza Yapma Durumuna Göre Değerlendirilmesi

Mann-whitney U Testi	
	P
Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz - Bildirim Ölçeği A Bölümü Toplam Puanı	0,202
Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz - Bildirim Ölçeği B Bölümü Toplam Puanı	0,083
Dikkat Eksikliği Bölümü Toplam Puanı	0,454
Aşırı Hareketlilik Toplam Puanı	0,343
Dürtüsellik Toplam Puanı	0,183
DEB/DEHB ile İlişkili Özellikler Toplam Puanı	0,94

7 TARTIŞMA

DEHB erken çocukluk yıllarında başlayan ve çoğunlukla okula başladıktan sonra akademik başarısızlık veya çocuğun arkadaş veya öğretmenleriyle yaşadığı sosyal ilişkilerdeki sorunlarla kendini gösteren psikolojik ve fizyolojik bir bozukluktur. DEHB, çocuklukta yaşanan belirtilerinin erişkin yaşantıda değişikliğe uğraması ile kronik seyre sahip bir bozukluk olarak bilinir. DEHB'nin belirtileri; bu bozukluğa sahip bireyin kişilik özellikleri veya onun tercihleri sonucu yaşananlar şeklinde değerlendirilebilecektir. Araştırmalar, çocuklukta DEHB tanısı konulmamış olan DEHB'li erişkinlerin, hastalığın semptomlarını daha ağır yaşadıklarını ve duygu durum bozukluklarının buna eşlik ettiğini ortaya çıkarmıştır.

Bu çalışmanın yapıldığı HAVAŞ'ta, havaalanında uçaklara yer hizmeti veren araç sürücülerinin kurallara uyması ve sahip oldukları dikkat becerilerinin yeterliliği uçuş ve yer emniyeti bakımından hayati derecede önemlidir. DEHB tanısı olan bireylerin çalışma yaşamında karşılaştıkları zorlukların, havaalanı çalışanı için yaratacağı risk göz ardı edilemez önemdedir. DEHB tanısı ya da belirtileri olan personelin iş kazası oranının daha yüksek olduğunun saptanması durumunda işe alım sürecinde bu belirtilerin titizlikle değerlendirilmesi, uygun tedaviye yönlendirilmeleri önem taşıyacaktır.

Ülkemizde de HAVAŞ'ta gerçekleşen yer araç kazalarının sayısının 2012 yılında 41, 2013 yılında 43 ve 2014 yılında 54 olduğu bildirilmiştir. Kaza yapan çalışanların, ilk altı yılında kaza yapma oranı toplam kaza oranının % 65'ini oluşturmaktadır. Bu oran deneyim süresinin kaza üzerinde etkili olduğu anlamına gelebilir.

DEHB, yetişkinlerde % 4-6 görülmesine rağmen örneklemimizde katılımcıların %100'ü geçmişte psikiyatrik bir tedavi görmediklerini ve %99'u çocuklukta hiperaktivite tanısı almadıklarını bildirmişlerdir. Kaza yapan grupta, çocuklukta DEHB tanısı aldığını bildiren 1 olgu bulunmaktadır. Katılımcıların hasta görünme ve iş kaybetme kaygısı nedeniyle ile kendilerini iyi gösterme çabasına girmiş olabilecekleri düşünülmektedir. Çalışmada, EDHBÖ puanına göre DEHB tanısı alan yalnızca 1

katılımcı olması nedeniyle ölçek puanları tanı için kullanılmamış, alt ölçeklerin ve her bir maddenin grup ortalaması hesaplanarak gruplar arası karşılaştırma yapılmıştır.

Kaza yapan ve yapmayan gruplarda son üç yıl içinde kullandıkları izinler ve izinli ya da izinsiz olarak işe gelmeme süreleri ile belirlenen iş güç kaybı verileri incelendiğinde, iki grubun benzer oranlarda ücretli ya da ücretsiz izin kullanıyor olmalarına rağmen kaza yapmış olan grubun istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha fazla ücretsiz devamsızlığı olduğu dikkat çekmektedir. Bu bulgu, literatür ile uyumludur. İşveren tarafından yıllık olarak hesaplanan iş verimliliği performans ortalamaları ise 2014 yılı için kaza yapan ve yapmayan gruplar arasında farklı bulunmamıştır.

Kaza yapan ve yapmayan gruplar arasında, EDHÖ alt ölçek puanları arasında bir farklılık izlenmezken E-DEHB alt ölçek puanlarında “Aşırı Hareketlilik” alt ölçeği toplam puan ortalamasının kaza yapan grupta istatistiksel olarak anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Kaza yapan ve yapmayan gruplarda EDHÖ maddelerine ait puanların karşılaştırmasında kaza yapmış olan grup için anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanan maddeler şunlardır:

- “İnsanlar doğrudan sizinle konuştuklarında bile, ne sıklıkta size ne söylediklerine konsantre olmakta güçlük çekersiniz?”
- “Zor kısımlarını bitirdiğiniz bir işin son detaylarını tamamlamakta ne sıklıkta zorluk çekersiniz?”
- “Çok düşünmeyi gerektiren bir iş yapacağınızda ne sıklıkta başlamayı gerektiriyor ya da kenara atıyorsunuz?”
- “Sıraya girmeniz gerektiği durumlarda ne sıklıkta sıranızı beklemekte zorluk çekersiniz?”

Kaza yapan ve yapmayan grupların E-DEHB ölçek maddelerine ait puanların karşılaştırmasında, kaza yapmış olan grup için anlamlı biçimde daha yüksek olduğu saptanan maddeler ise şunlardır:

- “Günlük etkinliklerde unutkanlık”

- “El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama”
- “Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma”
- “Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılıymış gibi hareket etme”
- “Sıra beklemekte zorluk çekme”
- “Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi”
- “Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte tamamlamakta güçlük”
- “Duygudurumda sık oynamalar”
- “Aniden parlama, tepki gösterme”
- “Parmaklarda tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma”
- “Sık iş değiştirme”
- “Zamanı ayarlama güçlüğü”
- “Alkol kullanımı”
- “Çökkünlük hissi”
- “Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma”
- “Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi”

Erişkin DEHB, toplum tarafından çok fazla bilinmediği için DEHB’li birey, bu bozukluğun sonucu olarak yaşadığı konsantre olamama, sabırsızlık, organize olamama, motor takılmış gibi konuşma, düşündüğünü yer ve zaman göz etmeksizin hemen ifade etme, aniden beklenmedik şekilde sinirlenme, engellemeye karşı dayanıksızlık, talimatları takip edememe, unutkanlık, konuşan kişinin sözünü kesme, dinlerken sıra bekleyememe, duygu ve heyecanlarını kontrol edememe, düşük tolerans, olumsuz yaklaşım, gibi davranım bozukluklarını, kişilik özelliklerine atfedilerek etiketlenme riski ile karşı karşıyadır.

DEHB’li kişiler, sürücülük becerisi için gereken odaklanma, detaylara dikkat etme, organize olmak ve hız sınırına uyma konularında zorluklar yaşarlar. Araştırmada kaza yapanlar arasında DEHB’ye rastlanmamıştır. Bu nedenle araştırma kapsamındaki kaza yapan sürücülerin, bu hastalıkların etkisiyle kaza yaptığını söylemek güçtür. Ayrıca bu hastalıklara sahip olmayanlar da kaza yapabilmektedir. Bununla birlikte havaalanı gibi kaza riski yüksek olan ve çok tehlikeli iş sınıfındaki işlerin yapıldığı yerlerde, dikkatsizlik ve dürtüsellik eğilimi yüksek olan çalışanların söylenenleri dinlemekte

zorluk, sıra bekleyememe, zamanı ayarlama gibi belirtiler nedeni ile artmış kaza riskine sahip oldukları düşünülebilir.

Bu sonuçlara göre araştırmamızın hipotezlerinden “araç kazası yapmış olanların DEHB puanları, araç kazası yapmamış olanlara kıyasla daha yüksektir” sayılı bazı ölçek maddeleri ve E-DEHB Aşırı Hareketlilik alt ölçeği için doğrulanırken, EDHÖ alt ölçekleri ve E-DEHB Dikkat Eksikliği, Dürtüsellik, DEB/DEHB İlişkili Özellikler alt ölçekleri için doğrulanmamıştır.



8 ÖNERİLER

Çocukluk çağında başlayıp, erişkinlikte de sürebilen ve tedavi edilmezse yaşam boyu pek çok sorunun yanı sıra eşdeğer başka psikolojik hastalıklara yol açan DEHB konusunda toplumun bilinçlendirilmesine ihtiyaç vardır. Özellikle DEHB'linin ailesi, yakın çevresinin kabul ve anlayışını geliştirebilmek için DEHB'nin günlük yaşama etkisi ve sonuçları konusunda aileye ve yakın çevreye eğitim verilebilir.

Günümüz rekabet ortamında bir DEHB'linin işini koruyabilmesi çok güçtür. Yapılan araştırmalarda 10 yıl içinde, % 43 DEHB'linin iş değiştirdiği görülmüştür. DEHB'li kişiler özellikle uzun süren kağıt işlerinde, detay gerektiren raporlamalarda, zaman tahditli işlerde zorlanırlar. Dikkati kolayca dağılabilen, organize olmakta ve zaman planı yapmakta güçlük çeken DEHB'linin bu sınırlılıkları göz önünde bulundurularak çalışma ortamının yeniden düzenlenmesi çalışmanın verimi için çok önemlidir. DEHB'li kişi, işinde karşılaşacağı zorluklarla baş edebilmek için sessiz bir çalışma ortamına ihtiyaç duyar. DEHB'li çalışan için esnek çalışma saatleri, gerçekçi iş hedefleri, sürekli güncellenen yapılacaklar listesi ve bunlarla ilgili tutulan ajandalar, yapılması gerekenleri hatırlatan sesli veya görsel alarmlar, zamanlayıcılar, yönetici desteği, toplantı ve telefon konuşmaları sırasında alınan notlar, meditasyon gibi rahatlatıcı tekniklerin kullanımı önerilir. Bunların yanısıra konsantrasyon gücü çeken, odaklanmada sorun yaşayan bireylerin bir an önce tıbbi tedavi yollarına başvurması önerilmektedir. Bilişsel ve davranış terapilerinin ilaç tedavisiyle birlikte kullanımı tedavinin etkinliğini arttıracaktır.

DEHB'li kişiler için işyerleri zorluklarla doludur. DEHB'liler tarafından yaşanan bu güçlüklerle ilgili iş yerlerinin bilinçlendirilmesi, konuyla ilgili seminerler düzenlenerek DEHB'ye ilişkin farkındalığın artırılması bakımından yararlı olacaktır. İşyerindeki arkadaşları ve yöneticileri tarafından empatiyle karşılanan ve desteklenen DEHB'li kişilerin performansı ve psikolojik sağlığı bundan olumlu etkilenecektir.

İşe alım süreçlerine ve istihdam aşamalarında fiziksel olduğu kadar ruh sağlığına da gereken önem verilmeli ve kişilerin hem farklı fiziksel, bilişsel yetenekleri hem de bunlarla ilgili sınırlılıkları olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Bu amaçla

işyerlerindeki insan kaynakları biriminin bakış açısını geliştirmek için temel psikoloji konusundaki farkındalığını arttıracak seminerler düzenlenmelidir.

Son zamanlarda, giderek kullanımı artan açık ofisler, gürültülü yerler, katı kuralların hüküm sürdüğü iş yerleri, DEHB’li kişilerin çalışmasını güçleştirir. Bu ortamlar, DEHB’li kişinin bozukluktan kaynaklanan belirtileri daha şiddetli yaşamasına ve buna ilaveten duygu durum bozukluklarının ortaya çıkmasına neden olabilir. DEHB olduğu saptanan çalışanların çalışma ortamlarında gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Bilhassa sürücülük becerisi gerektiren işlerde çalışacak olan kişilere, dikkat ve dürtüsellik eğiliminin ölçülebilmesi amacıyla dikkat testleriyle birlikte gerekli hallerde de DEHB ölçekleri de uygulanabilir. Bu uygulamaların hayata geçirilebilmesi için, test ve ölçekleri kullanabilme ehliyetine sahip psikologların istihdamına yönelik İş Sağlığı ve Güvenliği kapsamında yeni yasa ve düzenlemelerin çalışılmasına ihtiyaç vardır.

Havaalanlarında gerçekleşen araç kazalarında DEHB’nin etkisini araştırmak üzere yapılan bu çalışmanın kapsamı genişletilerek, Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü’nün havaalanlarındaki kazaları azaltılması başlıklı çalışmaya katkı vermek üzere tüm yer hizmetleri şirketlerinde yaygınlaştırılabilir.

9 KAYNAKÇA

Abalı, O., Mukaddes, N.M., 2007, “Metilfenidat tedavisi ile ortaya çıkan varsanılar: olgu sunumu”, Klinik Psikofarmakoloji Bülteni, 17: 195-197.

Adamou, M., Arif, M., Asherson, P., Aw,T., Bolea,B., Coghill,D., Guðjónsson, G., Halmøy, A., Hodgkins,P., Müller,U., Pitts,M., Trakoli,A., Williams, N., and Susan Young, S.,2013, “Occupational issues of adults with DEHB”, BMC Psychiatry. DOI:<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/59>.

Adler, L.A., 2007, “From Childhood into Adulthood: The Changing Face of DEHB”,CNS Spectrums / Volume 12 / Supplement S23, pp 6-9 Copyright © Cambridge University Press. DOI: <http://dx.doi.org/10.1017/S1092852900003783> (About DOI), Published online: 07 November 2014.

APA American Psychiatric Publishing Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5 Available on site <http://www.dsm5.org/Documents/changes%20from%20dsm-iv-tr%20to%20dsm-5.pdf>.

ASA Yer Kazaları Raporu, 2014 asa-airport services association Basel Switzerland <https://www.asaworld.aero/>.

Barkley, R.A.,2002,“Major Life Activity and Health Outcomes Associated with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder”, J Clin Psychiatry; 63 (suppl 12).

Black, D.C., 2008, “Working for a healthier tomorrow, London: Crown Publications.

Doğan,S., Öncü,B., Saraçoğlu,G.V.,Küçükgöncü,S.,2009,“Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-v1.1): Türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirliği”,Anadolu Psikiyatri Dergisi; 10:77-87.

Duran, Ş., 2006, “Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Erişkin Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı Ve Eştanı Durumları Psikiyatri Uzmanlık Tezi”.

Erdoğan, E., 2002, “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Frontal ve Parietal Bölge Disfonksiyonları”, Klinik Psikiyatri ;5:145-150.

Faraone, S.V., Biederman, J., Menin, D. (1997a), “Attention deficit hyperactivity disorder with bipolar disorders; a familial subtype?”, J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36;1378-1387.

Faraone, S.V., Biederman, J., Mick, E., 1997b, “Symptom reports by adults with attention deficit hyperactivity disorder: are they influenced by attention deficit hyperactivity”.

Flight Safety Foundation AEROSAFETYWORLD, MAY 2007 vol 2 issue 5 http://flightsafety.org/asw/may07/asw_may07.pdf?dl=1

Goldstein, S. ve, Ellison, A.T., 2002, “Clinicians’ Guide To Adult ADHD Assessment and Intervention”, An imprint of Elsevier Science, Amsterdam Boston. Library of Congress Catalog Card Number: 2002102336.

Kessler, R.C., Lane1, M., Stang, P.E., and Brunt, V., D. L., 2009, “The Prevalence and Workplace Costs of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder in a Large Manufacturing Firm Psychological Medicine”, 39, 137–147. Cambridge University Press doi:10.1017/S0033291708003309 Printed in the United Kingdom.

Kılıç, G.B, 2005, “Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Nöropsikolojisine İlişkin Kuramlar ve Araştırmalar”, Türk Psikiyatri Dergisi; 16(2):113-123.

Manor A.,B.,N., Vurembrandt C.,S., Rozen A.,D., Gevah D.,A., Weizman B.,E.,F. G., Zalsman A.,B.,G., 2010, “Low self-awareness of DEHB in adults using a self-report screening questionnaire”.

Matza, L.S., Paramore, C. and Prasad, M., 2005, “A review of the economic burden of DEHB”, BioMed Central Ltd. Cost Effectiveness and Resource Allocation 2005, 3:5 doi:10.1186/1478-7547-3-5.

Okie, S., M.D., 2006, “DEHB in adults”, The New England Journal of Medicine.

SHGM (Sivil Havacılık Genel Müdürlüğü) Havaalanları Daire Başkanlığı, 2014, “Ramp Hizmetleri”, Yayın No: HAD/T-21 ISBN:978-975-493-066-5, 1. Baskı, Pegem Akademi Yayıncılık.

Syoc, D.V.,2011,“Clinical Practice Guideline for Attention Deficit Hyperactivity Disorder (DEHB)”

Turckman, A., 2009., “More attention, less deficit : success strategies for adults with DEHB”, ISBN 978-1-886941-74-8 (alk. paper); 1. Attention-deficit-disorder in adults. 2. Attention-deficit disorder in adults– Treatment. I. Title. RC394.A85T834.



EK-1

ERİŞKİN DİKKAT EKİSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU DEĞERLENDİRME ENVANTERİ

Bu test iş kazaları ile dikkat eksikliği belirtilerinin ilişkisini araştıran bir yüksek lisans bitirme tez çalışmasıdır ve işinizde, çalışma durumunuzda değişiklik yapacak bir biçimde kullanılmayacaktır. Yaklaşık 200 kişiden toplanacak sonuçlar bir havuzda kümelenecek ve sonuçlar toplu halde ele alınacaktır. Bireylerin isimleri kurum kayıtlarından iş kazalarına ulaşılabilmesi için gereklidir, bunun dışında herhangi bir amaçla kullanılmayacak ya da şirket yetkilisi ile paylaşılmayacaktır.

Adınız, Soyadınız:

Varsa daha önce aldığınız bedensel-psikiyatrik tanılar:

Sicil Numaramız:

Halen Düzenli Kullandığınız İlaçlar:

Yukarıdaki bölümü tamamladıktan sonra, aşağıdaki cümleleri dikkatle okuyun ve şu anki durumunuzu en iyi ifade eden rakamı işaretleyin. Dikkatli ve dürüst yanıtlarınızla teşhisinizin güvenilirliği artacak ve sorunlarınızın şiddeti ve doğası hakkında temel verileri elde edeceğiz. Anlamadığınız sorular olursa size bu soru formunu veren kişiye danışabilirsiniz. İşbirliğiniz için teşekkür ederiz.

BİREY TANIMA FORMU

Alkol Kullanımı :

a. Alkol kullanmıyorum

b. Düzenli olarak her akşam alkol kullanıyorum

c. Alkol kullanma düzeyimin çok yüksek olduğunu düşünüyorum.

d. Canım istedikçe biraz kullanıyorum.

Uyuşturucu madde kullanımı : Var

Yok

(A)

(B)

(C)

(D)

Varsa İsmi ve Miktarı:

Çocukluk döneminde psikolojik danışman veya psikiyatriste başvurduğunuz oldu mu?

Evet

Hayır

Olduysa tedavi süresi:

Çocukluk döneminde hiperaktivite tanısı konuldu mu?

Evet

Hayır

Hiperaktivite tanısı konulduysa ilaç tedavisi gördünüz mü?

Evet

Hayır

Kullanılan ilacın adı:

İlkokul

Ortaokul

Lise

Üniversite

Annenizin Eğitim Durumu :

Kullanma süreniz:

Babanızın Eğitim Durumu :

Yetişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Sendromu Öz - Bildirim Ölçeği (ASRS)

Aşağıdaki soruları yanıtlarken sağdaki ölçeği kullanarak, ölçütlerden her biriyle ilgili kendinizi derecelendiriniz. Her soruya 6 aydaki duygu ve davranışlarınızı göz önünde bulundurarak cevap verin.

	Hiç Bir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Çok Sık
BÖLÜM A					
1. Sıkıcı ya da zor bir iş yapmak zorunda kaldığınızda ne sıklıkta dikkatsizce hatalar yaparsınız?	0	1	2	3	4
2. Sıkıcı ya da tekrarlanan bir iş yaparken ne sıklıkta dikkatinizi sürdürmekte zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
3. İnsanlar doğrudan sizinle konuştuklarında bile, ne sıklıkta size ne söylediklerine konsantrte olmakta güçlük çekersiniz?	0	1	2	3	4
4. Zor kısımlarını bitirdiğiniz bir işin son detaylarını tamamlamakta ne sıklıkta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
5. Düzenleme gerektiren bir iş yapmak zorunda kaldığınızda, ne sıklıkta işleri sıraya koymakta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
6. Çok düşünmeyi gerektiren bir iş yapacağınızda ne sıklıkta başlamayı gerektiriyor ya da kenara atıyorsunuz?	0	1	2	3	4
7. Ne sıklıkta evde ya da iş yerinde eşyaları yanlış yere koyar ya da bulmakta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
8. Ne sıklıkta etrafınızdaki hareketler ya da sesler dikkatinizi dağıtır?	0	1	2	3	4
9. Ne sıklıkta randevularınızı ya da sorumluluklarınızı hatırlamakta zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4

	Hiç Bir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Çok Sık
BÖLÜM B					
10. Uzun süre oturmanız gerektiğinde ne sıklıkta sıkıntılı hareketler yapar, ellerinizle oynar ya da ayaklarınızı hareket ettirirsiniz?	0	1	2	3	4
11. Toplantılarda ya da oturmanız gereken durumlarda ne sıklıkta koltuğunuzu terk edersiniz?	0	1	2	3	4
12. Ne sıklıkta huzursuz ya da kıpır kıpır (yerinde duramaz) hissedersiniz?	0	1	2	3	4
13. Kendinize zaman ayırdığınızda bile ne sıklıkta rahatlamak ve gevşemekte zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
14. Ne sıklıkta kendinizi aşırı aktif ve bir motor takılmış gibi birçok şeyi yapmak zorunda hissedersiniz?	0	1	2	3	4
15. Sosyal ortamlarda ne sıklıkta çok konuştuğunuzu fark dersiniz?	0	1	2	3	4
16. Sohbet sırasında ne sıklıkta karşınızdaki kişi sözünü bitirmeden onun cümlesini tamamladığınızı hissedersiniz?	0	1	2	3	4
17. Sıraya girmeniz gerektiği durumlarda ne sıklıkta sıranızı beklemekte zorluk çekersiniz?	0	1	2	3	4
18. Meşgul oldukları sırada ne sıklıkta başkalarının işini bölersiniz?	0	1	2	3	4

	Hiç Bir Zaman	Nadiren	Bazen	Sık Sık	Çok Sık
BÖLÜM 1					
Dikkat eksikliği Bölümü					
1. Ayrıntılara dikkat etmekte zorluk ya da okul, iş ve diğer etkinliklerde dikkatsizce hatalar yapma	0	1	2	3	4
2. Dikkat gerektiren görevler ya da işlerde dikkati sürdürme güçlüğü	0	1	2	3	4
3. Birisiyle yüzyüze konuşurken dinlemede güçlük çekme	0	1	2	3	4
4. Okul ödevlerini ya da iş yerinde verilen görevleri bitirmekte zorlanma, verilen yönergeleri izlemekte zorluk çekme (yönergeleri anlama güçlüğüne ya da inatlaşmaya)	0	1	2	3	4
5. Görevleri ve etkinlikleri düzenleme/ organize etme güçlüğü	0	1	2	3	4
6. Uzun zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınma, bu işlerden Hoşlanmama ya da bu işlere karşı isteksizlik	0	1	2	3	4
7. Görev ve etkinlikler için gereken eşyaları kaybetme (örn: oyuncak, okul ödevleri, kalem, kitap ya da araç gereç)	0	1	2	3	4
8. Dikkatin kolayca dağılması	0	1	2	3	4
9. Günlük etkinliklerde unutkanlık	0	1	2	3	4

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm:

1. bölümde karşılanan kriter sayısı: _____ 1. Bölümden elde edilen DEHB puanı: _____

	Hiç Bir Zaman	Nadiren	Sık Sık	Çok Sık
BÖLÜM 2				
Aşırı Hareketlilik ve Dürtüsellik				
II-a) Aşırı Hareketlilik				
1. El ve ayakların kıpır kıpır olması, oturduğu yerde duramama	0	1	2	3
2. Oturulması gereken durumlarda yerinden kalkma	0	1	2	3
3. Koşuşturup durma ya da huzursuzluk hissi	0	1	2	3
4. Boş zaman faaliyetlerini sessizce yapmakta güçlük	0	1	2	3
5. Sürekli hareket halinde olma ya da sanki motor takılmış gibi hareket etme	0	1	2	3
6. Çok konuşma	0	1	2	3
II-b) Dürtüsellik				
7. Sorulan soru tamamlanmadan yanıt verme	0	1	2	3
8. Sıra beklemekte zorluk çekme	0	1	2	3
9. Başkalarının işine karışma ya da konuşmalarını bölme	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm:

2. bölümde karşılanan kriter sayısı: _____ 1. ve 2. bölümlerde elde edilen toplam DEHB puanı: _____

1. ve 2. bölümlerde karşılanan toplam kriter sayısı: _____

BÖLÜM 3**DEB/DEHB ile ilişkili özellikler**

	Hiç Bir Zaman	Nadiren	Sık Sık	Çok Sık
1. Hedeflerine ulaşamama ve başarısızlık hissi	0	1	2	3
2. Başlanan bir işi bitirememe ya da işe başlama güçlüğü	0	1	2	3
3. Aynı anda pek çok işle/projeyle uğraşma; bu işleri takipte tamamlamakta güçlük	0	1	2	3
4. Zamanı ve yeri uygun olmasa da aklına geleni o anda söyleme eğilimi	0	1	2	3
5. Sık sık büyük heyecanlar peşinde koşma	0	1	2	3
6. Sıklımaya tahammül edememe	0	1	2	3
7. Herkes tarafından izlenen yolları ve kuralları uygulamamak	0	1	2	3
8. Sabırsızlık; engellenme eşiğinin düşük olması	0	1	2	3
9. Dürtüsellik (düşünmeden hareket etme)	0	1	2	3
10. Kendini güvensiz hissetme	0	1	2	3
11. Duygu durumunda sık görülen oynamalar	0	1	2	3
12. Aniden parlama, tepki gösterme	0	1	2	3
13. Düşük benlik değeri	0	1	2	3
14. Parmaklarda tempo tutma, ayak sallama ya da ayak vurma	0	1	2	3
15. Sık sık iş değiştirme	0	1	2	3
16. Strese karşı aşırı duyarlılık, dayanamama	0	1	2	3
17. Zamanı ayarlamakta güçlük	0	1	2	3
18. Unutkanlık	0	1	2	3
19. Sözel saldırganlık	0	1	2	3
20. Fiziksel saldırganlık	0	1	2	3
21. Alkol kullanımı	0	1	2	3
22. Madde kullanımı	0	1	2	3
23. Yasal güçlük ve sorunlar	0	1	2	3
24. Çökkünlük (depresyon)	0	1	2	3
25. Kendine zarar verecek davranışlarda bulunma	0	1	2	3
26. Sebepsiz yere sinirli ve gergin olma (kaygı)	0	1	2	3
27. İşinden zevk alamama	0	1	2	3
28. Hayal kırıklığı ve cesaretsizlik hissi	0	1	2	3
29. Uzun süredir devam eden mutsuzluk hissi	0	1	2	3
30. Kapasiteyle uyumlu bir düzeye ulaşamama	0	1	2	3

Klinisyenin yanıtlayacağı bölüm:

1. bölümde karşılanan kriter sayısı: _____

1.Bölümden elde edilen DEHB puanı: _____

ÖZGEÇMİŞ

Kişisel Bilgiler :

Doğum Tarihi ve Yeri: 01.01.1970 -Erzurum

Medeni Hali : Evli

Eğitim durumu :

- 2015 Üsküdar Üniversitesi Psikoloji Yüksek Lisans
- 1997 Anadolu Üniversitesi İktisat Fakültesi
- 1988 Anadolu Üniversitesi Sivil Havacılık MYO Yer Hizmetleri

Yabancı Dil (ler) ve düzeyi

- İngilizce - Orta

İş deneyimi

- 1989-1998 Havaş Harekat Memuru ve Uçuş Operasyon Uzmanı
- 1998-2001 Çelebi Eğitim Uzmanı
- 2001-2002 HEAŞ Nöbetçi Meydan Mdr Yrd
- 2002-2003 HEAS Terminal Şefi
- 2003-2004 HEAS AIS Memuru
- 2004- HAVAŞ Eğitim Uzmanı