



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ALKOL BAĞIMLILIĞI SENDROMU HASTALARINDA
KLİNİK GİDİŞ VE BUNA DAİR KARŞILAŞTIRMALI
BİR ÇÖZÜMLEME**

Sinem ÖZCAN

**DİSİPLİNLERARASI ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

DANIŞMAN

Prof. Dr. Yıldırım B. DOĞAN

ANKARA

2017

**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

**ALKOL BAĞIMLILIĞI SENDROMU HASTALARINDA
KLİNİK GİDİŞ VE BUNA DAİR KARŞILAŞTIRMALI
BİR ÇÖZÜMLEME**

Sinem ÖZCAN

DİSİPLİNLERARASI ADLİ BİLİMLER ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN

Prof. Dr. Yıldırım B. DOĞAN

ANKARA

2017

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

Yüksek Lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “ALKOL BAĞIMLILIĞI SENDROMU HASTALARINDA KLİNİK GİDİŞ VE BUNA DAİR KARŞILAŞTIRMALI BİR ÇÖZÜMLEME” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin fikir/hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan deneysel çalışma ve araştırma tarafımdan yapılmış olup, tüm cümleler, yorumlar bana aittir. Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Sinem ÖZCAN

Tarih: 05.05.2017

İmza:

KABUL ve ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Disiplinlerarası Adli Bilimler Anabilim Dalı
Adli Biyoloji Tezli Yüksek Lisans Programında

Sinem ÖZCAN tarafından hazırlanan

“Alkol Bağımlılığı Sendromu Hastalarında Klinik Gidiş ve Buna Dair Karşılaştırmalı Bir
Çözümleme” adlı tez çalışması


aşağıdaki jüri tarafından **YÜKSEK LİSANS TEZİ** olarak
OY BİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

12.06.2017

Prof. Dr. İ.Hamit HANCI
Ankara Ü. Tıp Fakültesi
Jüri Başkanı




Prof. Dr. Yıldırım Beyatlı DOĞAN
Ankara Ü. Tıp Fakültesi
Üye


Doç. Dr. Hatice DEMİRBAŞ
Gazi Ü. Edebiyat Fakültesi
Üye

Tez hakkında alınan jüri kararı, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yönetim Kurulu tarafından onaylanmıştır.

Prof. Dr. Mehmet AKAN
Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürü V.

İÇİNDEKİLER

| | |
|---|----------|
| Etik Beyan | ii |
| Kabul ve Onay | iii |
| İçindekiler | iv |
| Önsöz | vi |
| Simgeler ve Kısaltmalar | viii |
| Şekiller | ix |
| Çizelgeler | x |
| 1. GİRİŞ | 1 |
| 1.1. Genel Tanım-Terminoloji | 1 |
| 1.2. İçme Davranışı Olarak Alkol Bağımlılığı Sendromu (ABS) | 2 |
| 1.3. İçme Davranışlarının Gözlemlenebilir Olması | 3 |
| 1.4. İçme Davranışının Tanımlı Özellikleri | 4 |
| 1.5. İçme Davranışı ve 7 Fenomen | 5 |
| 1.5.1. İçme Repertuarının Daralması | 5 |
| 1.5.2. İçki Arama Davranışının Yoğunluğu | 5 |
| 1.5.3. İçme Bağlantılı Olarak Toleransın Artması | 6 |
| 1.5.4. Tekrarlayan Kesilme Belirtileri | 6 |
| 1.5.5. Kesilme Belirtilerinin İçerek İyileştirilmesi/Önlenmesi | 7 |
| 1.5.6. İçme Davranışının Dürtü Halini Alması/Aşerme ve Öznel Farkındalık | 8 |
| 1.5.7. İçmeyi Bıraktıktan Sonra Yeniden İçilmesi Halinde Bağımlılığın Yeniden Kurulması | 8 |
| 1.6. Fenomenlerin Biyolojik Temeli | 9 |
| 1.6.1. Alkol Metabolizması/Hücre-Alkol Etkileşimi | 9 |
| 1.6.2. Klinik Akut ve Kronik Tablolar | 14 |

| | |
|---|-----------|
| 1.6.3. Akut Alkol İntoksikasyonu (Akut Zehirlenme) | 14 |
| 1.6.4. İdiyosenkratik Alkol İntoksikasyonu (Patolojik Zehirlenme) | 15 |
| 1.6.5. Alkol Yoksunluğu/Kesilmesi | 16 |
| 1.6.6. Deliryum Tremens (Alkol Yoksunluk Deliryumu) | 16 |
| 1.6.7. Komorbidite | 17 |
| 2. GEREÇ ve YÖNTEM | 19 |
| 2.1. Amaç | 19 |
| 2.2. Evren ve Örneklem | 19 |
| 2.3. Verilerin Toplanması | 19 |
| 2.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi | 20 |
| 3. BULGULAR | 21 |
| 4. TARTIŞMA | 43 |
| 5. SONUÇ ve ÖNERİLER | 46 |
| ÖZET | 48 |
| SUMMARY | 49 |
| KAYNAKLAR | 50 |
| ÖZGEÇMİŞ | 52 |

ÖNSÖZ

Alkol; yatıştırıcı, uyarıcı ve keyif verici yönleriyle yüzyıllardır insanların kullanageldiği ve neredeyse insanlık tarihi kadar eski olan maddelerden biridir. Zaman içerisinde, bulunduğu toplumun kural ve kabullerine bağlı olarak alkol kullanımına yönelik bakış açıları da değişiklik göstermiştir. Günümüzde ise alkol; kronik, kontrolsüz ve aşırı miktarlarda kötüye kullanımı ile halk sağlığı sorunları arasında ilk sıralarda yer almaktadır. İlişkili olduğu fiziksel ve ruhsal sağlık sorunları, kullanımına ilişkin klinik tabloları, aile bütünlüğünü bozması, mesleki-ekonomik şartları olumsuz etkilemesi, kişinin suça ve intihara eğilimi gibi sonuçlarıyla da çok boyutlu bir sorundur.

Bu araştırmada; alkol kötüye kullanımının yol açtığı sorunlar, alkol bağımlılığı sendromu hastalarının klinik gidişatı ele alınarak tanımlanmıştır. Alkol bağımlısı tanısı alan hastalardan oluşan örnekleme, bağımlı bireyde gözlemlenen klinik görüngüler incelenmiş ve bağımlılığa etkiyen faktörlere dair karşılaştırmalı bir çözümleme yapılmıştır. Çalışmanın amacı doğrultusunda bu içme davranışı ve kötüye kullanımı geniş bir kapsamda ele alınmıştır.

Örneklem grubunun demografik bilgileri ve hangi aralıklara düştüğü; sosyal içici konumundaki bireyin daralan içme repertuarı ve tüketilen içkinin tür-miktar ilişkisi; kalınan en uzun süreli remisyon süreci ve beliren yoksunluk belirtilerinin çeşitliliği; bireyin duygu durum değişimlerinin kendisine ve çevresine nasıl etkilediği; görülen detoks tedavileri ve buna bağlı olarak kişinin alkol almadığı dönemlerde yaşadığı olumlu ve/veya olumsuz değişimler çalışmamızın odak noktası olmuştur. Bahsi geçen bu biyopsikososyal etmen öbeklerinin klinik sonuçlarla desteklendiği çalışma, ABS'ye pek çok açıdan ışık tutacak fonksiyonel bir araştırmadır.

Çalışmamın başlangıcından sonuçlandırılmasına kadar geçen sürede bilgi, öneri ve yardımlarını esirgemeyerek; akademik ve beşeri alanlardaki deneyimleriyle yetişme ve gelişmeye katkıda bulunan değerli hocam ve tez danışmanım A.Ü. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. Yıldırım B. DOĞAN'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Değerli danışmanıma ulaşmam ve akademik dünyanın inceliklerini kavramam konusunda emeklerini ve değerli katkılarını esirgemeyen A.Ü. Tıp Fak. Adli Tıp Anabilim Dalı Öğretim Üyesi Prof. Dr. İ. Hamit HANCI'ya ve tez yazımı sürecinde kaynaklara ulaşmam konusunda beni yönlendiren ve desteklerini esirgemeyen A.Ü. Fen Fak. Biyoloji Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. İrfan KANDEMİR'e bugüne kadar bana verdikleri emekler için teşekkür ederim.

Çalışmamın veri analizi ve değerlendirilmesi esnasında mesleki bilgileriyle çalışmamın istatistik boyutunu yorumlayan Uzman İstatistikçi Ebru KORKEM ÖZCAN'a, çalışmalarına uzmanlık alan bilgileri ve pratik çözümleriyle katkıda bulunan Bilim Doktoru Biyolog Hale TUFAN'a ve Biyolog Furkan BALBAY'a destekleri ve dostlukları için teşekkür ederim.

Son olarak; süreç boyunca atıf, iktibas ve intihal sınırlarında mekik dokurken yaşadığım yoğun zamanlara gösterdikleri anlayışla beni destekleyen ve yetişmemde fedakârlıkları ile varlık sebebim olan ailem; babam Muammer ÖZCAN ve annem Hanım ÖZCAN'a minnettarlığımı belirtmekten zevk ve gurur duyarım.

SİMGELER ve KISALTMALAR

| | |
|----------------|---|
| ABS | Alkol Bağımlılığı Sendromu |
| ADH | Alkol Dehidrogenaz |
| ALDH | Aldehit Dehidrogenaz |
| AMATEM | Alkol-Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi |
| DSM-IV | The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV |
| DSÖ | Dünya Sağlık Örgütü |
| GABA | Gama Aminobütirik Asit |
| GIS | Gastrointestinal Sistem/Mide-Bağırsak Sistemi |
| H ₀ | Sıfır Hipotezi |
| H ₁ | H ₀ ' a Karşı Oluşturulan Karşıt Hipotez |
| ICD-10 | International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 |
| MEOS | Mikrozomal Etanol Oksidasyon Sistemi |
| NAD | Nikotinamid Adenin Dinükleotit |
| SAS | Sitrik Asit Siklusu |
| SPSS | Statistical Package for the Social Sciences |
| SSS | Santral Sinir Sistemi |

ŞEKİLLER

- Şekil 1.1.** Alkol metabolizmasının iki basamaklı yıkımı 11
(Bode ve Bode, 1997'den değiştirilerek alınmıştır).
- Şekil 1.2.** Alkol oksidasyonu-koenzim ilişkisi (Tural, 2008-2009). 12
- Şekil 1.3.** Alkol kullanımıyla oluşan bağırsak mukozal yapı hasarı, 13
makromoleküllere geçirgenlik ve bakteriyel aktivite-hedef organ
hasarının şematik anlatımı (Bode ve Bode, 1997'den değiştirilerek
alınmıştır).
- Şekil 1.4.** Kandaki alkol düzeyi ve beklenen belirtileri(mg/ml) (Tural, 2008-2009). 15

ÇİZELGELER

| | |
|---|----|
| Çizelge 3.1. Araştırmaya katılan hastaların yaş aralıkları. | 21 |
| Çizelge 3.2. Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumu. | 21 |
| Çizelge 3.3. Araştırmaya katılan hastaların medeni durumu. | 22 |
| Çizelge 3.4. Araştırmaya katılan hastaların meslekleri. | 22 |
| Çizelge 3.5. Araştırmaya katılan hastaların alkol kullanma süresi. | 22 |
| Çizelge 3.6. Araştırmaya katılan hastaların çocuk sahibi olup olmaması. | 23 |
| Çizelge 3.7. Klinik gidişata etkiyen değişkenler ve frekans/yüzde değerleri. | 23 |
| Çizelge 3.8. Hastaların kaldıkları en uzun süreli kuru kalma öncesi içme sıklığı. | 24 |
| Çizelge 3.9. Hastaların kan-alkol düzeylerinin düşmesiyle yaşadıkları belirtiler. | 24 |
| Çizelge 3.10. Alkol kullanımına bağlı olarak gelişen fiziksel hastalığın varlığı. | 25 |
| Çizelge 3.11. İçilen zaman diliminde bulunulan yer/yapılan şeylerin hatırlanmaması | 27 |
| Çizelge 3.12. İş yerinde içme davranışı nedeniyle disiplin cezası alma. | 27 |
| Çizelge 3.13. Alkollüyken yasalarla başın derde girme sıklığı. | 27 |
| Çizelge 3.14. İçme davranışının ele alınıp denetlenmesinde rol alan etkenler. | 28 |
| Çizelge 3.15. Alkolü kendiliğinden bırakmak isteyen hastaların başvurduğu yollar. | 29 |
| Çizelge 3.16. Hastanın mesleği-Alkol kullanma sıklığı ilişkisi ve ki-kare testi. | 32 |
| Çizelge 3.17. Alkol kullanma süresi-Remisyon öncesi içme sıklığı ve ki-kare testi. | 33 |
| Çizelge 3.18. Alkol kullanım süresi-İntihar düşüncelerinin varlığı ve ki-kare testi. | 34 |

| | |
|--|----|
| Çizelge 3.19. Medeni durum-Alkol kullanımında rol alan nedenler ve ki-kare testi. | 35 |
| Çizelge 3.20. Alkol kullanımında rol oynayan etkenler-Ailede veya yakınlar arasında alkol kullanım problemi olan kişi varlığı ve ki-kare testi. | 36 |
| Çizelge 3.21. Alkollü iken kendinize veya çevrenize zarar verdiniz mi?-İntihar düşünceleriniz ve girişiminiz hiç oldu mu? ve ki-kare testi. | 37 |
| Çizelge 3.22. Eğitim durumu-Alkol kullanım süresi ve ki-kare testi. | 38 |
| Çizelge 3.23. Kendi kendinize alkolü bırakmayı denediniz mi?-Alkolü bırakmayı hangi yolla denediniz? ve ki-kare testi. | 39 |
| Çizelge 3.24. Hastanın yaşı-Alkol kullanma süresi ve ki-kare testi. | 40 |
| Çizelge 3.25. Kendi kendinize alkolü bırakmayı denediniz mi?-İçme davranışınızı denetlemeye neden olan etkenler? ve ki-kare testi. | 41 |
| Çizelge 3.26. Alkol kullanma süresi-Alkollüken yasalarla başın derde girmesi ve ki-kare testi. | 42 |

1. GİRİŞ

1.1. Genel Tanım-Terminoloji

İnsanların, ruhsallıklarını etkilesin diye yüzyıllardır yaygın olarak kullanageldikleri maddelerden biri de, keyif verici etkisiyle alkoldür. Bununla birlikte ilk ilkel çağlarda dinsel törenlerde, Orta Çağ'da ise "hayat iksiri" olarak tanımlayan simyacılar tarafından tedavi amaçlı kullanıldığı bilinmektedir (Tural, 2008-2009). Toplumun alkol kullanımına bakışı, sahip olduğu davranışsal ve ahlaksal kural ve kabullere bağlı olarak değişmiştir. Kimi yerde ayıplanırken kimi yerde doğrudan cezalandırılmış, pek çok örnekte ise yasaklanmıştır. Ancak her koşulda en vasat düzlemde bile başta ahlaksal bir aksama, kusur olarak düşünülmüştür. Kullanımı sonrasında, başka bir suç eyleminin olması halinde ise o eylem için tanımlı yaptırım 'alkol kullanımı' nedeniyle katlanarak artırılmıştır.

Neredeyse insanlık tarihi kadar eski olan alkollü içeceklerin üretim ve tüketimi; tahıl, meyve suyu ve bal gibi çeşitli kaynaklardan fermente edilmeleriyle, sanayi devriminden günümüze artan bir ivmeyle devam etmiştir (Özpoyraz, Taman, Şentürk, 1998). 1700'lü yılların başında Avrupa'da alkollü içecekler daha azken, tarım devrimiyle birlikte, tahıl ve meyvelerin fazlasıyla üretilmesi bu durumu tersine çevirmiş ürün arttıkça talep de artmıştır (Boyle ve ark., 2013). 1800'lü yılların ikinci yarısına gelindiğinde ise ahlaksal bir aksama olarak değerlendirilmiş ve Protestan Kiliseleri içki içme davranışını günah; alkolün ise uğursuz olduğunu niteleyerek, halka öğretmeye başlamıştır (Boyle ve ark., 2013). Tarihsel süreçte Hipokrat başta olmak üzere sayısız hekim, fizyolojik bozukluklara sebep olması nedeniyle alkolün insan sağlığına zararlarından bahsetmiştir. Bu içme davranışındaki kötüye kullanım ve bağımlılığa "hastalık" olarak yaklaşılması ancak 19. yy ve sonrasına uzanmaktadır (Arıkan, 2012, Bölüm 4). Alkolizme bir hastalık olarak yaklaşma fikri 19. yy'da Kerr (1887) ve Crothers (1893) isimli araştırmacılar tarafından; 20. yy'a gelindiğinde ise Jellinek (1960) tarafından savunulmuştur (Edwards, Marshall ve Cook, 2003). Böylece alkolizm 19. yy'da ayrı bir klinik tablo olarak ele alınırken; 20. yy dolaylarında bu fikrin karşıt görüşleri de söz konusu olmuştur.

E.M. Jellinek 1960'da alkolizmi; "kişinin kendisine ve/veya bulunduğu çevreye zarar verecek miktarda içme davranışı göstermesi" olarak tanımlayarak, 5 grupta incelemiştir. Ancak, bağımlılık davranışı çalışan araştırmacılar olan Prof. Dr. Griffith Edwards ve Milton Gross'un 1976'da yaptıkları "Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome" adlı çalışmada alkol bağımlılığı sendromu (ABS) modelini tanımlaması üzerine, DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü) 1977 yılında bu davranışçı modeli benimsemiştir (Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

1.2. İçme Davranışı Olarak Alkol Bağımlılığı Sendromu (ABS)

"Bağımlılık Sendromu" tanımı, Edwards ve Gross'un 1976'da klinik açıdan ayrıntılı olarak açıkladığı sendrom modelinde, ilk kez alkol bağımlılığı için kullanılmıştır (Edwards ve Gross, 1976; Kumbasar, 1990; Edwards, Marshall ve Cook, 2003; Arıkan, 2012, Bölüm 4).

ABS'nin anlaşılmasında, gözlemlenen içme davranışının tanımlanması önceliklidir. Bu tanımlama yapılırken, bilinen nicel ve nitel ölçütlerle hastanın klinik gidişatı belirlenerek süreç tarif edilmelidir (Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14). ABS'yi; bağımlı bireyde beliren ruhsal, bedensel ve bilişsel değişimlerin oluşturduğu süreç tanımlar ve sendromun ana tanımlayıcı karakteri alkole karşı duyulan arzudur. Beynin ödüllendirme düzeneği doğal yolla uyarıldığı zaman tekrara gerek duyulmayan doğal bir hoşnutluk hali oluşur. Ancak diğer bağımlılık yapıcı maddelerde de olduğu gibi, alkol kullanımının verdiği sahte hoşnutluk halinin süresi sınırlı ve geçicidir. Bu yüzden tekrar kullanımı mutlak arzulanır (Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14). Alkole karşı duyulan bu istek sık sık tekrarlayan aralıklarla oluşabileceği gibi, kişinin denetleyemediği karşı konulamaz dürtüler halinde de gelişebilir (Arıkan, 2012, Bölüm 4). Aynı zamanda ABS, yalnızca alkol ve ilgili parametrelerle sınırlı kalmayıp; etkileşim halindeki biyolojik, psikolojik ve sosyolojik temelli çoklu bir etmen topluluğuyla tümleşik olarak oluşmaktadır¹ (Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

¹ Yanlış Kabul: Alkol bağımlılığı sadece aşırı alkol tüketimine maruz kalındığında oluşur fikri yanlış kabuldür!

Doğru: "Bağımlılık yalnızca alkol ve ilişkili değerlerle değil; bedensel, ruhsal ve çevresel etmenlerle bir arada tümleşik bir etmen öbeğinin oluşumu olarak tanımlanmalıdır!"

1.3. İçme Davranışlarının Gözlemlenebilir Olması

İçme davranışı bozukluklarının tanı ve tedavisinde hastalara yöneltilen klinik sorular genellikle farklı hasta öyküleri ile cevap bulsa da, aslında her biri tekrarlayan benzer belirtiler barındırmaktadır (Edwards ve Gross, 1976). Edwards ve Gross (1976), ağır içiciler üzerinde yaptıkları klinik gözlemlerde bazı belirti ve bulguların tekrarlayan bir kümelenme gösterdiğini görmüşlerdir (Marshall, Humphreys ve Ball, 2010).

Psikiyatri, ruhsal ve davranışsal bozukluk olarak nitelendirdiği her olguyu, fenomenolojik yaklaşım olarak da adlandırılan, esasını görüngülerin (fenomen) oluşturduğu psikiyatrik bir taksonomiyle tanımlar (Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14). Fenomenoloji (Görüngü Bilimi), mutlak bir tecrübenin özsel ve içsel akışının tam algısını; yönelinmiş, algılanmış, imgelelenmiş saf bilinç kavramları ile anlaşılır kılar. Saf, dolayumsuz sezgi bilimi ve felsefi bir yöntemdir.

Fenomenolojik yaklaşım, bozukluğu tanımlarken, öncelikli olarak kişide beliren değişimleri incelemektedir. Psikiyatrik bozuklukları tanımlarken, kuramsal bir açıklama getirmeden yalnızca belirtileri temel alan yaygın iki tanı sistemi kullanılmaktadır. İlki DSÖ'nün 1992'de yaptığı uluslararası ruhsal ve davranışsal bozukluklar sınıflandırması ICD-10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10)'dur. Diğeri ise, Amerikan Psikiyatri Birliği'nin 1994'te yayınladığı ruh sağlığı ve hastalıkları tanı ve istatistik kitabındaki DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV) tanı ölçütleridir (Edwards ve Gross, 1976; Kumbasar, 1990; American Psychiatric Association, 1995; Yargıç ve Özdemiroğlu, 2010).

Hastaya ABS tanısı koyulurken, ICD-10 ve DSM-IV-TR'un esasında yer alan yedi görüngüden yararlanılır. Bu görüngülerin tamamının sırasıyla belirmesi aranmazken; en az üçünün varlığı bile kişiyi bağımlı olarak nitelendirmek için yeterlidir (Arıkan, 2012, Bölüm 4; Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

1.4. İçme Davranışının Tanımlı Özellikleri

ABS, esasında barındırdığı yedi görüngü ile klinik belirtiler bütünü olarak değerlendirilebilir (Edwards, Marshall ve Cook, 2003).

ABS'nin temel unsurları olan bu yedi temel görüngü;

1. İçme Repertuarının Daralması
2. İçki Arama Davranışının Yoğunluğu
3. İçme Bağlantılı Olarak Toleransın Artması
4. Tekrarlayan Kesilme Belirtileri
5. Kesilme Belirtilerinin İçerek İyileştirilmesi/Önlenmesi
6. İçme Davranışının Dürtü Halini Alması (Aşerme) ve Öznel Farkındalık
7. İçmeyi Bıraktıktan Sonra Tekrar İçilmesi Halinde Bağımlılığın Yeniden Kurulması, şeklindedir (Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

Sürecin tanımlanmasında yararlanılan bu yedi görüngü, aynı şekilde, alkol dışı madde kötüye kullanımlarını tanımlamakta da kullanılabilir² (Edwards, Marshall ve Cook, 2003; Arıkan, 2012, Bölüm 4; Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

Görüngülerin eşdeğere sahip olduğu savunulamayacağı gibi; ayrı ayrı önem ve etkiye sahip oldukları bir gerçektir. Aynı zamanda, sendromun bireysel ve kültürel etmenlerle farklı görünümlere sahip olabileceği de göz önünde bulundurulmalıdır. Her bireyin kendi klinik tablosu içerisinde özgül olarak değerlendirilmesi akılcı bir yaklaşım olacaktır³ (Edwards, Marshall ve Cook, 2003; Marshall, Humphreys ve Ball, 2010).

² Doğru: ABS tanısı konulabilmesi için yedi görüngünün aynı anda tanımlanmasından ziyade en az üçünün varlığının arandığı unutulmamalıdır. Her alkol bağımlısı, tanı koyma esnasında bu görüngüler doğrultusunda özgül olarak değerlendirilmelidir. İki temel sınıflama sistemi: DSM-IV ve ICD-10, bahsi geçen yedi görüngüyü esasında barındırmaktadır!

³ Yanlış Kabul: Kişinin burun ve göz çevresinde kızarıklık, ellerinde tremor veya zayıf bir görünüme sahip olması o kişinin alkol bağımlısı olarak nitelendirilmesi için yeterli değildir. Bu fiziksel belirtilere sahip her insan alkol bağımlısıdır genellemesi/ön yargısı yanlış kabuldür!

Doğru: Her alkol bağımlısı kişi aynı fiziksel belirtilere sahip olmadığı gibi; her bağımlı kişinin tanı öyküsü de farklıdır.

1.5. İçme Davranışı ve 7 Fenomen

Sendromun psikiyatrik açıdan değerlendirilmesinde, biyolojik temelli bu yedi görüngünün her birinin, ayrı ayrı açıklanması önemlidir (Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

1.5.1. İçme Repertuarının Daralması

Sosyal içici konumundaki kişinin, planlanmamış uzun aralıklara denk gelen alkol tüketme düzeni değişir. Zaman içerisinde bağımlılığın oluşmasıyla, kişinin içme sıklığı ve tükettiği içki miktarı "stereotipik" olarak; günden güne, haftadan haftaya veya aydan aya tekrarlar şeklinde rutinleşir. Bu durum, kişinin günlük olarak yerine getirdiği; mesleki, toplumsal ve boş zamanlarındaki olağan davranış repertuarının içine girer ve zamanının büyük bir bölümünü almaya başlar. Rutinleşen bu repertuar daralmasında kişi başlangıçta içki tüketimi için tür ayırdımı yapmazken, zamanla belli bir ürün (rakı, bira, şarap vs.) veya markaya yönelebilir⁴ (Edwards ve Gross, 1976; Edwards, Marshall ve Cook, 2003; Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14; Arıkan, 2012, Bölüm 4).

1.5.2. İçki Arama Davranışının Yoğunluğu

Günlük rutin davranışların yerine, alkolü elde etme ve kullanma amacı önem kazanır. Bağımlılıkla birlikte ilerleyen içme davranışına olan bu yoğun eğilim, kişinin önceliği haline gelir. Kişi var olan rol, ödev ve sorumluluklarını ikinci veya üçüncü plana atmaya başlar. Eşi, çocukları ve hatta çevresiyle olan ilişkileri ya da iletişimi

⁴ Yanlış Kabul: 'İçen herkes bağımlıdır.' genellemesi yanlış kabuldür!

Doğru: Alkol tüketen herkes bağımlı olarak tanımlanamaz. Kullanımı emniyetli olmayan her bağımlılık yapıcı madde gibi, alkol de, alkol tüketen herkes için eşdeğerde bağımlılık riski taşımaktadır.

giderek artan bir şekilde sekteye uğrar. Normalinde geleneksel ahlaki sınırlara sahip kişi, alkole ulaşmak için yalvarmaktan, ödünç para almaya ve hatta çalmaya uzanan davranışsal sapmalara yönelebilir. Bu şiddetli ulaşma dürtüsü alkolle daha çok birlikte olmaya başlayan kişide doyum etkisi yaratır (Edwards ve Gross, 1976; Edwards, Marshall ve Cook, 2003; Arıkan, 2012, Bölüm 4; Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

1.5.3. İçme Bağlantılı Olarak Toleransın Artması

Alkolün SSS (Santral Sinir Sistemi) üzerinde, sinaptik bağlantılara etkiyerek tolerans oluşturduğu bilinmektedir. Kesin mekanizması bilinmemekle birlikte, vücudun maruz kaldığı alkol miktarına homeostatik bir tepkiyle duyarlılığını azaltmasıdır. Tolerans, tekrarlayan dozlarda alkol tüketimine devam eden kişide; keyif, gevşeme ve sarhoşluk gibi belirtilerin bir sonraki seferde de ortaya çıkması için, kişinin daha yüksek miktarlarda alkol tüketimine gereksinim duymasındır. Klinik olarak, bağımlı kişinin doz-yanıt eğrisinde alkole karşı artan bir dayanıklılık meydana gelir. Tolerans oluşturmuş kişi çok yüksek miktarlarda alkol tüketimiyle bile işine devam edebilirken, bu miktar bağımlı olmayan bir kişide ölümcül sonuçlara yol açabilmektedir. Sonuç olarak tolerans oluşumuyla her defasında daha ve daha fazla miktarda alkol tüketimi söz konusudur. Ancak bu tolerans düzeyi, artık yerleşik hale gelmiş bağımlılık evresinde, hücrelerde öğrenme süreci ile oluşan harabiyete bağlı olarak yavaşlayarak biter. Artık kişi eser miktarda alkolle bile sarhoş olabilmektedir. Bireyin alınan tanı öyküsünde bu nokta atlanmamalıdır (Edwards ve Gross, 1976; Edwards, Marshall ve Cook, 2003; Arıkan, 2012, Bölüm 4; Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

1.5.4. Tekrarlayan Kesilme Belirtileri

Bu görüngünün toleransın artmasıyla olan yakın ilişkisi, ortaya çıkan kesilme belirtilerini anlamak açısından önemlidir. Alkolün yokluğunda, tüketilen miktarının azaltılmasıyla veya tamamen bırakılmasıyla kişide rahatsızlık veren yoksunluk belirtileri oluşmaktadır. Hayvan deneyleri ile gerçekleştirilen çalışmalarda alkol yoksunluk sendromunun gerçekliği teyit edilmiştir. Terleme, tremor (titreme), bulantı,

kusma, anksiyete (endişe), baş ağrısı, uykusuzluk, huzursuzluk, hiperakuzi (ses ve gürültüye karşı aşırı duyarlılık), tinnitus (kulak çınlaması), deliryum tremens gibi geniş bir yelpazede baş gösteren belirtiler başlarda hafif, aralıklarla veya küçük yeti yitimleriyle deneyimlenebilir.

Bağımlılık ilerledikçe belirtilerin şiddeti ve görülme sıklığında da artış görülmektedir. Bu belirtilerin ortaya çıkmasında hangi görüngünün ne kadar etkili olduğu henüz kesin değildir. Tipik olarak sabahları kişinin uyanmasıyla veya direk kişinin uyanmasına sebep olarak ortaya çıkan bu çoklu belirtiler, ilerlemiş bir alkol bağımlılığı tablosunda gün içinde devam eden aralıklarla baş gösterebilir. Oluşan bu çoklu belirtiler içerisinde; titreme, terleme, bulantı ve uykusuzluk 4 anahtar belirti olarak görülmektedir. Bahsedilen her görüngü gibi kesilme belirtileri de taşıdığı özellikleriyle biyolojik temellidir. Kandaki alkol yoğunluğunun düşüşüyle tetiklenmektedir (Edwards ve Gross, 1976; Kumbasar, 1990; Edwards, Marshall ve Cook, 2003; Arıkan, 2012, Bölüm 4; Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

1.5.5. Kesilme Belirtilerinin İçerik İyileştirilmesi/Önlenmesi

Kesilme belirtilerini deneyimleyen kişi, akabinde bu belirtileri yatıştırmaya yönelir. Bu öğrenme sürecinde, kişi kendinde beliren değişimleri tekrar alkol kullanımıyla denetleyebildiğinin farkına varmıştır. Örneğin kişi, güne başlamadan her sabah içki içmeye gereksinim duyabilir. Hatta bunu yataktan çıkmadan önce bir ritüel haline getirebilir. Kişi, kesilme belirtilerinin iyileştirilmesini, ayarlanmış alkol miktarı ve dakik bir zamanlamayla yönetir. Tekrarlayan ve daha fazla dozda alkol alımlarıyla kan alkol düzeyindeki düşüşü engelleyen kişi, bu oturtulmuş davranış kalıbıyla belirtilerin iyileştirilmesini ya da önlenmesini ayarlamaktadır (Edwards ve Gross, 1976; Edwards, Marshall ve Cook, 2003; Arıkan, 2012, Bölüm 4; Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

1.5.6. İçme Davranışının Dürtü Halini Alması/Aşerme ve Öznel Farkındalık

Bağımlı olan kişi, dürtü halini almış içme davranışının farkındadır, ancak kişinin bu subjektif deneyimini açıklamakta kullandığı ifadeler tatmin edici değildir. Kişi algıladığı aşerme düzeyindeki içme sorununu "kontrol kaybı" gibi akılcı sebeplerle tariflemektedir. Bu dönemde tükettiği alkolle yoğun bir beyinsel birliktelik yaşayan kişi, aşermenin getirdiği anksiyeteyi yenemez ve hızla alkol elde etmeye ve kontrolsüz içki tüketimine yönelir (Edwards ve Gross, 1976; Edwards, Marshall ve Cook, 2003; Arıkan, 2012, Bölüm 4; Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

1.5.7. İçmeyi Bıraktıktan Sonra Yeniden İçilmesi Halinde Bağımlılığın Yeniden Kurulması

Kişi süreç içerisinde kendi isteğiyle veya tıbbi müdahale ile alkol kullanımından uzaklaşabilir. Böylece bir kuru kalma/içmeme dönemi başlar ve 10 gün gibi kısa bir sürede kesilme belirtilerinin önüne geçilebilmektedir. Bu dönemde toleransın da kırıldığı bilinmektedir.

Ancak kişinin ya hatırlatıcı uyaranlar üzerine ya da az ve kontrollü içeceğine kanaat getirerek yeniden alkol kullanmaya başlaması ile hemen hemen üç haftalık bir süre içerisinde bağımlılık tekrarlar. Vücutta yeni bir bağımlılık kurulmazken; önceden yaşanan tolerans ve kesilme belirtileri ile bağımlılığın bırakıldığı yerden hafıza tazelemesi söz konusudur. Hücrelerdeki öğrenilmiş bilgi güncellenmektedir⁵ (Edwards ve Gross, 1976; Edwards, Marshall ve Cook, 2003; Arıkan, 2012, Bölüm 4; Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

⁵ Doğru¹: Bu yedi fenomenin bütünü bağımlılık sürecini oluşturur.

Doğru²: Alkol bağımlılığı görüngüleri, parmak izi özgüllüğü gibi, her hastanın tanı öyküsünde farklı görünümlerle ortaya çıkar. Her ne kadar alkol bağımlılığı sendromunda ana tanımlayıcı ölçüt alkole duyulan arzu olsa da, bağımlı bireylerin tıbbi müdahalesinde genellemeler ve ön yargılarla yol alınmaz!

1.6. Fenomenlerin Biyolojik Temeli

Bağımlılık sürecini oluşturan yedi fenomenin her biri taşıdığı özellikleriyle biyolojik temellidir.

1.6.1. Alkol Metabolizması/Hücre-Alkol Etkileşimi

Alkollü içecekler içeriklerinde eser miktarda vitamin, mineral ve proteinle birlikte; birincil olarak saf-etil alkol, su ve değişen miktar ve formlarda karbonhidrat bulundurulur (Türkcan, 2010). Mayaların, anaerobik doğal ortam koşullarında, tahıl taneleri ve meyvelerde bulunan karbonhidratları enzimatik olarak fermente etmesiyle oluşurlar (Kumbasar, 1990; Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14). Fermantasyon ile % 12-14 civarında elde edilen alkol yoğunluğu, distilasyon⁶ yoluyla daha üst seviyelere çıkartılabilir (Kumbasar, 1990; Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14). Oral yolla alınan alkol, GIS (Gastrointestinal Sistem/Mide-Bağırsak Sistemi) boyunca emilim hızları farklı olan mukoza epitellerinden difüze edilir (Kumbasar, 1990; Yenigün, 2006; Türkcan, 2010). Bu hız midede %20 iken, geriye kalan büyük bölümünü ise duodenum (ince bağırsak proksimali) emilimi oluşturur (Yenigün, 2006). Emilim midede yavaşlarken; buna alkol yoğunluğu, ilaç kullanımı, midenin doluluk oranı ve hatta mide ameliyatları gibi etkenler neden olmaktadır (Kumbasar, 1990; Yenigün, 2006). Emilerek kana geçen alkol miktarıyla doğru orantılı olarak kandaki alkol düzeyi (KAD) de artacaktır. Vücutta depo edilmesi mümkün olmayan alkolün vücuttan uzaklaştırılması ise; ter, idrar, feçes ve eser miktarda solunum ile gerçekleştirilir (Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

Alkol suda incelir ve tamamen çözülebilir. Hızla kan dolaşımına katılan alkolün vücuttaki hedef doku ve organlara dağılımı da yine bireyin toplam sıvı ve yağ oranıyla ilişkili olacaktır. Bundan dolayı aynı kilolarda bile olsalar; erkek vücudunda toplam sıvı oranının, kadınlarda ise toplam yağ oranının fazlalığı alkolün metabolik yıkımında

⁶ Distilasyon (Damıtma): Homojen bir sıvı karışımın bileşenlerinin buharlaştırılması ve uçuculuk farkı prensibiyle buhar fazına geçen bu bileşenlerin birbirinden ayrılmasıdır.

farklılıklar oluşturacak, kadınlarda daha uzun sürmesinin sebebi olacaktır (Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

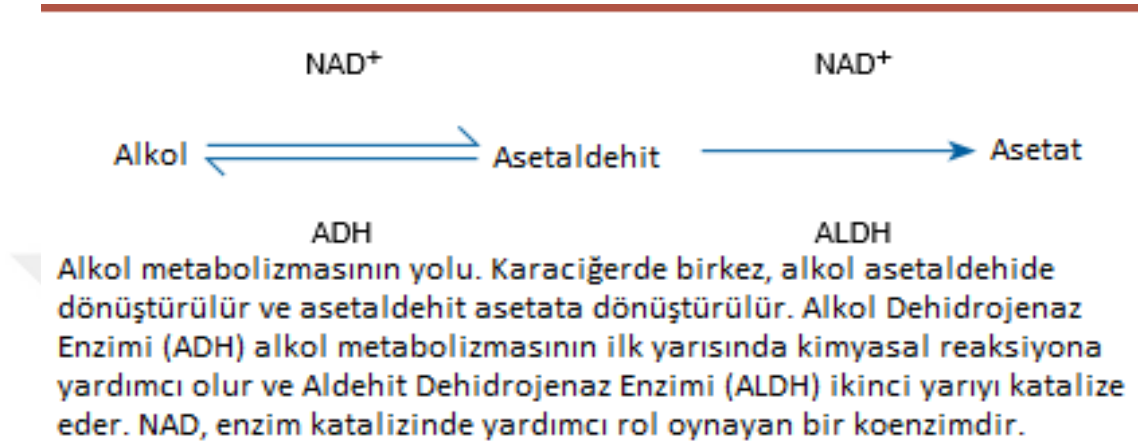
Etanolün bu dağılım hacmi kadınlarda 0,6 lt/kg iken, erkeklerde 0,7 lt/kg'dır ve bu değerler kadınlarda hepatik ilk geçişin daha düşük olması anlamına gelmektedir. Bu bilgiden hareketle, aynı dozlarda alkol tüketseler bile, kadınlardaki yüksek kan etanol düzeyinin cinsiyete bağlı olarak erkeklerden farklılık göstereceği de savunulabilir. Çünkü kadınların mide mukozalarındaki ADH (Alkol Dehidrogenaz) enzim muhtevası ve aktivitesi erkeklere göre daha düşüktür. Böylece yapılan çalışmalar ile 1983'de Pestalozzi ve arkadaşları tarafından bildirilen GIS'daki ADH varlığının, etanolün ilk geçişinde önemli olduğu anlaşılmıştır (Pestalozzi, Buhler, Von Wartburg ve Hess, 1983; Yenigün, 2006; Türkcan, 2010).

Alkol tüketiminin ardından etanolün ilk geçiş yolu GIS ve bölümleri olacağından, oluşması beklenen akut ve kronik bozukluklar da birincil olarak GIS doku ve organlarında gözlemlenecektir. Bunlardan belli başlıları; özofagus mukoza hasarları, mide lezyonları ve asit salınımı, mukoza bütünlüğünün bozulması nedeniyle endotoksinlerin veya bakteriyel toksinlerin kan ve lenflere kolayca geçişi, sistem boyunca besin emiliminin sekteye uğraması, bağırsaklarda (ince/kalın) peristaltik kas hareketlerinin bozulması ve çeşitli sistem kanserlerinin artışı şeklindedir (Pestalozzi, 1983; Türkcan, 2010).

Birincil olarak karaciğerde metabolize edilen alkolün, mide de yıkımı da söz konusudur. GIS boyunca yer alan ve emilim hızları farklı mukozal epitellerden difüze edilen etanol, midedeki ADH tarafından oksidasyona uğratılır. Böylece karaciğere ulaşan etanol miktarı da sınırlanabilir. Mide ve bağırsak kanalındaki bu ADH'ın izozimleri karaciğerdekilerden farklıdır (Türkcan, 2010). GIS mukozal yapısı; uzun zincirli büyük alkollerin yanı sıra steroid ve aldehit gibi birtakım substratların da yıkımında rol alan çeşitli ADH izozimlerinden oluşur. Bahsedilen farklı kinetik değerlere sahip bu ADH izozimlerinin varlığı yüksek yoğunluklu alkole tolerans gösterir ve yıkım hızında farklılıklara yol açar. Bu sayede alkol bağımlıları, kan ve

dokularındaki yüksek etanol düzeylerini mikrozomal etanol okside edici sistem (MEOS)'leri ile metabolize edebilmektedir (Pestalozzi 1983; Bode ve Bode, 1997).

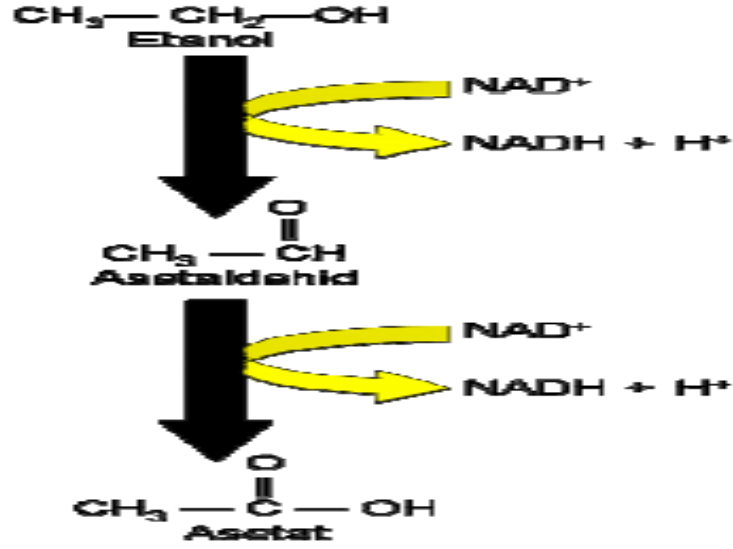
GIS boyunca, büyük bir miktarı duedonum yoluyla emilen alkolün karaciğerdeki metabolik yıkımı, iki basamaklı enzimatik bir yolla gerçekleşir.



Şekil 1.1. Alkol metabolizmasının iki basamaklı yıkımı (Bode ve Bode, 1997'den değiştirilerek alınmıştır).

Etanol metabolizmasının ilk yıkım basamağı; ADH-aracılı hepatik metabolizma olarak bilinir. Etanolün asetaldehite oksitlendiği, bu ilk geçiş alkol metabolizması basamağı hepatositlerin sitozolünde bulunan ADH tarafından katalizlenir. Alkol yıkımının ikinci yarısı ise asetaldehitin asetata (asetik asit) çevrim basamağıdır ve katalizleyen mitokondriyal bir enzim olan ALDH (Aldehit Dehidrojenaz)'tır. Bu basamak sonunda son ürün olarak asetatla birlikte karbondioksit ve su oluşabileceği gibi; sitrik asit siklusu (SAS) aracılığıyla yağ asitleri de oluşabilir. Metabolik süreç boyunca alkolün oksidasyonuna çok etkimeyen endoplazmik retikulum orijinli MEOS ise yüksek kan ve doku etanolü varlığında devreye girer. Oksidatif yollar; çeşitli ADH tiplerinin yanı sıra, mikrozomal sitokrom P4502E1 (CYP2E1) ve sadece H₂O₂ (hidrojen peroksit) varlığında etkiyen katalaz gibi çeşitli enzim sistemlerini de içerir. Yıkım sürecinin enzim katalizörlüğünü NADH/NAD⁷ koenzim varlığı etkiler ve alkolün yıkımı sonucu ortamda NADH birikir (Tural, 2008-2009; Tükcan, 2010).

⁷ NADH, NAD'nin (Nikotinamid Adenin Dinükleotid) indirgenmiş halidir. Bir H iyonu alıcısı olan NAD, bünyesine H katarak NADH oluşturur.



Şekil 1.2. Alkol oksidasyonu/koenzim ilişkisi (Tural, 2008-2009).

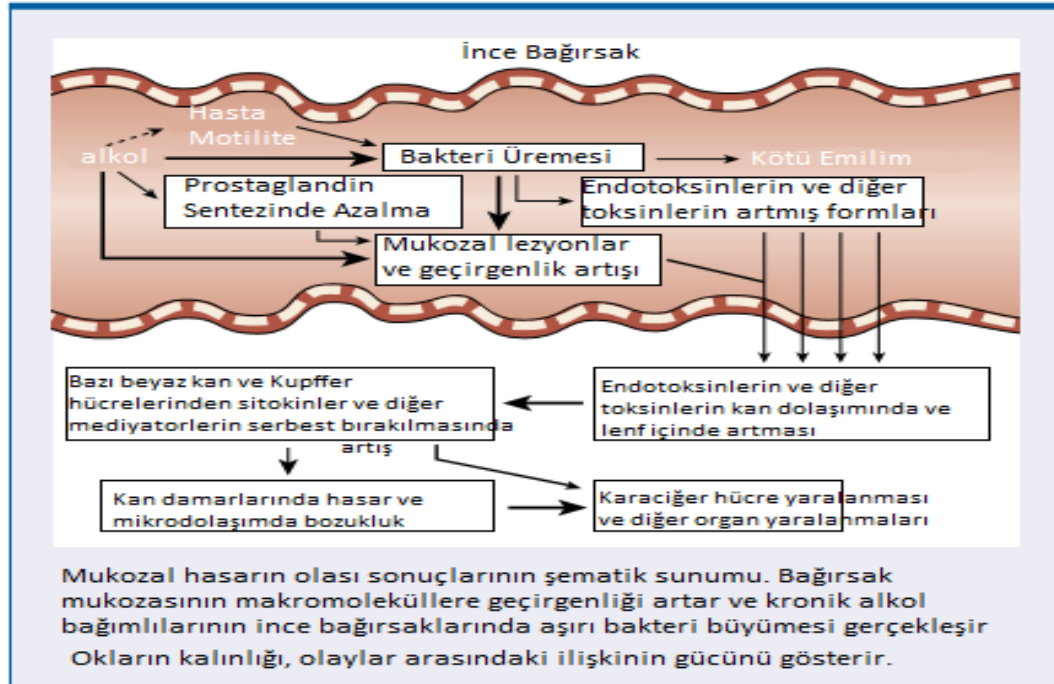
İlk geçiş metabolizmasında alkolün oksidasyonu sonucu hidrojen ve asetaldehit oluşur. Oluşan asetaldehit yüksek oranda sitotoksik ve reaktif bir yıkım ürünüdür. ‘Akşamdan kalma halleri’ olarak da nitelendirilen bulantı, baş ağrısı gibi belirtilerin sebebi de yine bu asetaldehit birikimidir. Artan ADH aktivitesinin hızlandırdığı yıkım sonucu oluşan yüksek kan asetaldehiti; mukoza yapısının yozlaşmasına, programlı hücre ölümü (apoptozis)’nün baskılanmasına ve akabinde kanserleşmenin başlamasına neden olur. Kune ve Vitetta’nın 1992 yılında yaptıkları çalışmada da bu bilgiyi destekler yönde sonuçlara ulaşılmıştır. Kronik alkol kullanımlarında, kolon kanserine oranla rektum kanserinin oluşma riski yüksek ADH aktivitesi ile artmaktadır. Asetaldehitin oksidasyonu sonucu oluşan atıl bir ürün olan asetat ise; SSS depresesinin ve yağlı karaciğer oluşumunun (hepatik steatoz⁸) temel etkenidir (Bode ve Bode, 1997).

Yakın tarihli çalışmaların gösterdiği bir diğer gerçek ise; orofarenks⁹, mide ve jejunum bakteriyel mikroflorasının da alkol metabolizmasında yetenekli olduğudur.

⁸ Hepatik Steatoz/Hepatosteatoz: Hepatositlerin içerisinde, karaciğerin toplam ağırlığının %5’ini geçecek miktarda yağ birikmesidir.

⁹ Orofarenks: Boğazın hemen arkasında; dil kökü, tonsil bölgesi, yumuşak damak ve yutak bölgelerinin kesişim noktası olan boşluk.

Bode ve Bode (1992) yaptıkları çalışmada, birincil endotoksin kaynağı olarak bilinen bazı bakteri suşlarının, bağımlı bireylerin jejunumunda normalde olması gerekenden hem fazla hem de aktif olduğunu bildirmiştir. Zeikus (1980)'da aynı şekilde; başta orofarenks bakterileri ile *Helicobacter pylori* (HP) olmak üzere birtakım maya ve bakterilerin ADH aktivitesine sahip olduğunu bildirmiştir. Etanolü asetaldehite çevirerek mukozal hasara yol açabildikleri, yüksek düzeyde asetaldehit birikimine neden olabildikleri ve anaerobik koşullar altında fermantasyonla enerji üretebildikleri görülmüştür. Alkol nedeniyle bağırsak membranının geçirgenliği değişeceğinden bu endotoksinler, bağırsaktan kan yoluyla karaciğere ulaşarak kalıcı hasarlara ve/veya kanserleşmeye neden olmaktadır (Zeikus, 1980; Pestalozzi, 1983; Kune, 1992; Bode ve Bode, 1997; Helmut, 1997; Tükcan, 2010).



Şekil 1.3. Alkol kullanımıyla oluşan bağırsak mukozal yapı hasarı, makromoleküllere geçirgenlik ve bakteriyel aktivite-hedef organ hasarının şematik anlatımı (Bode ve Bode, 1997'den değiştirilerek alınmıştır).

Alkolün neden olduğu toksisitenin altında yatan moleküler olaylar; sitotoksinite, hipoksi, inflamasyon, ER stresi, apoptozis, DNA hasarı, mitokondri hasarı, iyon kanalları fonksiyonunda bozulmalar, dengesiz nörotransmitter salınımı veya lipid metabolizması gibi birçok alt başlıkta görülmektedir.

Sitolojik açıdan bakıldığında; alkolün metabolizması için gerekli enerji, hücresel ATP (Adenozin Trifosfat)'den sağlanır. ATP tüketimi hücre kompozisyonunda çeşitli değişikliklere yol açmaktadır. Artan metabolik faaliyetler ile oksijen gerektiren kimyasal reaksiyonlar hipoksi (oksijen azlığı) oluşturur. Dolayısıyla hipoksiyi, dehidratasyon (suyun tükenmesi) ve fosfat enerjisinin tükenmesi takip eder. Yığılan toksik özellikli metabolik atıklar hücreler arası sinyal iletimini engeller. Membran akışkanlığı azalan ve yapısal deformasyona uğrayan sinir hücrelerinde nöronal iletim aksar (Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14). Böylece alkol, nöronal aktiviteyi baskılama yoluyla SSS'yi deprese etmektedir. Alkol bu depresan etkisini hücre membranlarına etkileyerek gösteren zehirli ve bağımlılık yapıcı bir ajandır. Ortaya çıkan bu tablo alkolün hücresel patofizyolojisini tanımlamaktadır.

Bağımlılık yapıcı her madde gibi alkolün de hücreler tarafından öğrenilme süreci herkes için eşdeğerdedir. Tek bir hücredeki değişim; komşu hücelere, dokulara, organlara ve sonuç olarak davranışa yansımaktadır. Hücre, artık, bağımlılık yapan maddeyi; su, tuz, şeker gibi yaşamsal gereksinimleri arasında görmekte ve yokluğunda ihtiyaç duymaktadır.

1.6.2. Klinik Akut ve Kronik Tablolar

Alkol kullanımıyla ortaya çıkan tüm klinik akut ve kronik tablolar, bahsi geçen bu dört temel patofizyoloji (hipoksi, dehidratasyon, fosfat enerjisinin tükenmesi ve hücrede metabolik atıkların birikmesi ile nöronal iletimde aksama) üzerine inşa edilir.

1.6.3. Akut Alkol İntoksikasyonu (Akut Zehirlenme)

Akut alkol zehirlenmesi, acil müdahale gerektiren ve alkolün akut etkileri arasında en sık karşılaşılan zehirlenme tablosudur. Karaciğerin detoksifikasyon¹⁰

¹⁰ Detoksifikasyon (Ağusuzlaştırma): Vücutta zehir etkisi gösteren bir maddenin enzimatik olaylarla bileşiklerine yıkılarak zehir etkisinin azaltılarak atılması. Arınma süreci...

kapasitesini aşan hızlı ve aşırı miktarda alkol tüketimiyle ortaya çıkar. Ülkemizde, yasal kan alkol düzeyi 0.5 g/L(promil)=50 mg/ml (kan alkol kompozisyonunun %0,025'lik kısmını alkolün oluşturması)'dır. Kandaki alkol düzeyinin 100 mg/ml'nin üzerine çıkması ile SSS deprese olurken, artan alkol yoğunluğuyla birlikte; bilişsel yetide ve motor koordinasyonlarda bozulma, nistagmus (titrek göz, göz dönmesi), stupor veya koma gibi belirtiler ortaya çıkmaktadır. Böyle bir durumda eğer kişinin bilinci açık değilse, aspirasyon ve solunum depresyonu oluşabileceği göz önünde bulundurularak müdahale edilmelidir. 350 mg/ml ve üzeri kan alkol düzeylerinde ise ölüm tehlikesi artmaktadır (Yenigün, 2006; Türkcan, 2010; Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

| | |
|-------------------|---|
| 10-30 | Hafif fizyolojik bozukluk. |
| 30-50 | Araba kullanma gibi kompleks hünerlerde bozukluk |
| 50-70 | Efori, kendine güvende artış, reaksiyon cevabında ve dikkatte bozulma, gülme, fazla konuşma ve duygusallaşma. |
| 70-100 | Reaksiyon cevabı, dikkat, görüş keskinliği, duyuşsal- motor koordinasyon ve muhakeme gücünde artan bozulma. |
| 100-150 | Heceleri karıştırarak konuşma, kararsızlık, huzursuzluk. |
| 150-200 | Ataksi, belirgin sarhoşluk, mide bulantısı, sendeleyerek yürüme, koordinasyon kaybı, uyuklamaya eğilim. |
| 200-300 | Letarji, kusma, uyuklama, koma riski. |
| 300-350 | Stupor veya koma, kusmuşun aspire edilme tehlikesi. |
| 350 mg/ml ve üstü | Solunum merkezi paralizisi sonucu artan ölüm tehlikesi. |

Şekil 1.4. Kandaki alkol düzeyi ve beklenen belirtileri (mg/ml) (Tural, 2008-2009).

1.6.4. İdiyosenkratik Alkol İntoksikasyonu (Patolojik Zehirlenme)

Bazen kişide zehir etkisi yaratmayacak eser miktardaki alkol kullanımı bile, alkolün normalde beklenen etkilerinden farklı olarak, ajite ve saldırgan davranışların eşlik ettiği ağır sarhoşluğa neden olabilir. Konfüzyon (bilinç sislenmesi), dürtüsel

saldırgan ve şiddetli davranışlar ve geçici görsel varsanılar (halüsinasyon) ile karakterize edilen bu klinik tablo, kısa sürerek, kişinin birkaç saat içinde uzun bir uykuya dalmasıyla sonlanır. Uyandığında, kişide bu döneme ait anılar yoktur. Özel bir tedavi uygulanmayan bu zehirlenmenin sağaltımı hastanın klinik seyrine göre yapılmaktadır. Ancak bu tanı adli bilimler açısından önemli bulunmaktadır. Alkol zehirlenmesi, adli psikiyatride kişinin davranışlarından dolayı suçsuz kabul edilmesi için bir gerekçe olarak kabul edilmezken, aksine patolojik zehirlenme cezai sorumluluğun azaltılması yönünde etkilidir (Türkcan, 2010; Arıkan, 2012, Bölüm 4).

1.6.5. Alkol Yoksunluğu/Kesilmesi

Kişinin alkol alımını azaltması, tamamen kesmesi veya farklı bir içkiye yönelmesi nedeniyle kandaki alkol düzeyinin düşmesine bağlı olarak oluşan belirtilerdir. Belirtiler, son kullanımdan sonraki 4-36 saat aralığında belirginleşir. DSM-IV tanı ölçütleriyle tanımlanan bu belirtiler; terleme, kan basıncında artış, artan el tremoru, bulantı-kusma, uykusuzluk, geçici halüsinasyonlar, duygu durumu bozuklukları, ajitasyon, anksiyete vb. ile kendini gösterebilmektedir. Bununla birlikte hafif belirtilerle başlayan yoksunluk sendromu epileptik nöbetler veya deliryum tremens gibi ağırlaşan tablolarla da kendini gösterebilir. Yoksunluk sendromunun altında yatan mekanizma, nörobiyolojik yolları kontrol eden inhibitör GABA¹¹'nin azalması ile aktivatör glutamat nörotransmitterleri¹²'nin artması arasındaki salınım ilişkisinden kaynaklanmaktadır (Türkcan, 2010; Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

1.6.6. Deliryum Tremens (Alkol Yoksunluk Deliryumu)

Kendisini, yoksunluk belirtileri taşıyan hastalarda ilk 48-96 saat aralığında gösteren ve kişinin bilinç düzeyinde akut gelişen karmaşadır. Gözlemlenen birincil

¹¹ GABA (Gamma-Aminobutyric Acid): Beynin dengesi için gerekli inhibitör nörotransmitter madde. Vücutta doğal olarak üretilen gama-aminobutirik asit, SSS'de stres etkenlerinin alıcılara ulaşmasına ket vurarak normal beyin fonksiyonlarının çalışmasına katkıda bulunur. Araştırmalar alkol yoksunluğu belirtilerini hafiflettiği yönündedir.

¹² Nörotransmitter: Nöronlar arasındaki iletişimi sağlayan, sinir sistemindeki sinyallerin işlenip bilgiye dönüştüğü sinapslarda sinyalleri artıran ve baskılayan maddelerdir.

belirtileri; duyu durumunda dalgalanmalar, bellek-dikkat-algılama yetilerinde ve uyku döngüsünde meydana gelen kusurlardır. Akut konfüzyon olarak tanımlanan bu durumun acil müdahaleyle engellenmesi gerekmektedir. Aksi bir durumda ciddi morbiditeye¹³ ve %30 sıklıkla mortaliteye¹⁴ neden olabilmektedir. Tedavi edilmediği takdirde; kalp, karaciğer, böbrek gibi organ yetmezliklerine ve/veya %30 sıklıkta görülen ölüme neden olmaktadır. Müdahale edilerek bu oran, %5'lik risk aralığına çekilebilmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008; Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

Olağan yoksunluk belirtileri deliryum tablosunda çok şiddetli olarak kendisini gösterir. İç içe geçmiş çoklu zaman ve mekân algılarıyla dikkati dağılan kişi, etrafındaki uyaranlara yönelimde uyumsuzluklar yaşamaktadır. Deliryum tablosu değerlendirilirken; kafa travmaları, sıvı ve elektrolit düzeylerinde bozulmalar gibi farklı nedenlerle de görülebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Böyle bir durumda ajite ve hiperaktivite ile karakterize edilen hasta alkol yoksunluk deliryumu; sakin ve hipoaktivite ile karakterize edilen hasta ise farklı nedenle oluşan deliryum kategorisine konularak ayırt edilmektedir. Deliryum tedavisinde hastaya, aşırı ses ve ışık uyaranlarından arındırılmış steril ortamlarda yatırılarak müdahale edilmeli, kendisine fiziksel olarak zarar verebileceği gereçler ortamdan uzak tutulmalıdır. Deliryum detoksifikasyon tedavisinde de birincil olarak benzodiazepinler uygulanmaktadır (Bayar ve Yavuz, 2008; Türkcan, 2010; Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14).

1.6.7. Komorbidite

Alkol kullanım bozuklukları; anksiyete, şizofreni, majör depresyon, borderline kişilik bozukluğu¹⁵, antisosyal kişilik bozukluğu, sigara, esrar, kokain, vb. madde kötüye kullanımlarını içeren birçok psikiyatrik bozukluğu da beraberinde

¹³ Morbidite: Hastalık gösterme hali. Bir hastalığın belirli bir örneklem içerisinde görülme (hastalananların sağlıklı bireylere oranı) sıklığı...

¹⁴ Mortalite: Ölüm. Bir popülasyon içindeki ölen bireylerin sayısının tüm popülasyona oranı...

¹⁵ Borderline (BPD-Borderline Personality Disorder): Sınırdaki Kişilik Bozukluğu. Genel nüfusun yaklaşık olarak %2'lik kısmını ve birincil olarak da kadınları etkileyen bu psikiyatrik bozukluk genç erişkinlik döneminde başlayan ve kişide mükemmellekle değersizlik hisleri arasında ani geçişlerin söz konusu olduğu; ani dürtüsel tutarsız duygulanım, davranış ve/veya yaklaşımlarla karakterizedir.

getirebilmektedir. Bununla birlikte alkol bağımlısı kişilerin intihar eğiliminde daha riskli gruba düştüğü ve alkol kullanımının intiharı tetiklediği güncel araştırmalarla desteklenmiştir. Aynı hastada eş zamanlı görülen alkol kullanım bozukluğu ve psikiyatrik tanılara komorbidite adı verilmektedir ve bu durum bağımlılığın seyrini şiddetlendirip, hastanın tedaviye yanıtını geciktirmektedir. Komorbidite olguları sayılarla değerlendirildiğinde; alkol kullanım bozukluğuna eşlik eden anksiyetenin %25-50, şizofreninin ise %35'lik bir oranla yüksek görülme sıklığına sahip olduğu bildirilmiştir (Bayar ve Yavuz, 2008; Arıkan, 2012, Bölüm 4).



2. GEREÇ ve YÖNTEM

2.1. Amaç

Çalışma, alkol bağımlılığı sendromu hastalarındaki klinik gidişatı tespit ederek bağımlı bireyde gözlemlenen içme davranışını tanımlamayı amaçlamaktadır. Bağımlılara etkiyen biyopsikososyal etmen öbekleri belirlenerek karşılaştırmalı çözümlenmeleri yapılmıştır. Klinik seyir ile bağımlılık etkenlerinin karşılaştırmalı analizi; yapılan araştırmanın ABS'ye pek çok açıdan ışık tutmasını sağlayacaktır.

2.2. Evren ve Örneklem

Çalışmanın evrenini; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Alkol Bağımlılığı Tedavi Birimi'nde 1996-2015 yılları arasında tanı alan "Alkol Bağımlılığı Sendromu" hastaları oluşturmaktadır. Kliniğe başvuran 4'ü kadın 76'sı erkek olmak üzere toplamda 80 hasta bilgisine ulaşılmıştır. Alkol dışı madde kullanımı öyküsü bulunan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

2.3. Verilerin Toplanması

Araştırmaya ait veriler; tez öğrencisi/araştırmacı tarafından, alkol ve ilintili kullanım bozukluklarıyla ilgili geçmiş çalışmaların taraması yapıldıktan sonra, çeşitli aşamalarda toplanmıştır. Hastaların sosyodemografik özelliklerine ve klinik gidişatına ait bilgilere yönelik hazırlanmış soru formu ile sürece etkiyen değişkenler belirlenmiş ve bu değişkenlerin karşılaştırmalı analizi istatistiksel veri analizi programı SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) yardımı ile yapılmıştır.

Hazırlanmış olan 31 soruluk anketin ilk 7 soruluk kısmını, hastaların demografik özellikleri kapsamıştır. Devamında ise; hastaların bağımlılık sürecinde etkili olan

değişkenleri belirleyen, çoklu şık esasına ve açık uçlu yorumlara dayalı 24 soru yer almaktadır.

1996-2015 yılları arasında, Alkol Bağımlılığı Tedavi Birimi'nde tanı ve tıbbi tedavi alan hastaların takip dosyaları, gerekli izinler alındıktan sonra geriye doğru incelenmiş; ulaşılan veriler değerlendirilerek uygun istatistiksel metotlarla karşılaştırmalı analizleri yapılmıştır.

Soru formunda yer alan ilk 7 soru örnekleme dâhil edilen hastaların yaş aralığı, eğitim durumu, mesleği, medeni durumu, sahip olduğu çocuk sayısı/cinsiyeti gibi demografik bilgilerini ve hangi sıklıkta bulunduğunu değerlendirmektedir. 8-31 numaralı sorular ise ABS'nin klinik gidişatını belirlemeye yönelik olarak yer alan sorulardır. Çoklu şık esasına dayalı sıklık soruları ve açık uçlu yoruma dayalı sorulardan oluşan bu gruptaki sorulara hastaların farklı tanı öyküleri ile cevap bulunsa da, aslında her biri tekrarlayan desenler barındırmaktadır.

2.4. Verilerin Analizi ve Değerlendirilmesi

Toplanan veriler, excel aracılığıyla bilgisayar ortamına aktarılarak SPSS 16.0 sürüm paket programı ile veri analizi yapılmıştır. Tanımlayıcı istatistiksel metotların ve elde edilen niceliksel verilerin karşılaştırıldığı sonuçlar, güvenilirlik-anlamlılık düzeyinde değerlendirilmiştir. Soruların kendi aralarındaki tutarlılığı ve gözlemlenen frekans değerlerinin anlamlı olup olmadığı karşılaştırılmış, alkol bağımlılığı sendromunda etkili olan değişkenler arasındaki ilişkiyi belirlemek için ise ki-kare testi ve bağımsız örneklem t-testinden yararlanılmıştır.

3. BULGULAR

Örneklemin demografik bilgileri, çizelge 3.1-3.6'daki frekans tablolarında verilmiştir. Araştırmaya dâhil edilen 80 hastanın cinsiyet dağılımı, sıklıkla 4'ü (%5) kadın, 76'sı (%95) erkek şeklindedir (Çizelge 3.1-3.6).

Çizelge 3.1. Araştırmaya katılan hastaların yaş aralıkları.

Hastanın Yaşı

| | Frekans | Yüzde | Geçerli Yüzde | Birikimsel Yüzde |
|-------------------|---------|-------|---------------|------------------|
| Değişkenler 31-40 | 16 | 20,0 | 20,0 | 20,0 |
| 41-50 | 22 | 27,5 | 27,5 | 47,5 |
| 51 ve üzeri | 42 | 52,5 | 52,5 | 100,0 |
| Toplam | 80 | 100,0 | 100,0 | |

Çizelge 3.2. Araştırmaya katılan hastaların eğitim durumu.

Eğitim Durumu

| | Frekans | Yüzde | Geçerli Yüzde | Birikimsel Yüzde |
|-----------------------------|---------|-------|---------------|------------------|
| Değişkenler Okuma yazma var | 2 | 2,5 | 3,6 | 3,6 |
| İlkokul | 8 | 10,0 | 14,3 | 17,9 |
| Orta/lise | 29 | 36,3 | 51,8 | 69,6 |
| Yüksekokul | 17 | 21,3 | 30,4 | 100,0 |
| Toplam | 56 | 70,0 | 100,0 | |
| Kayıp Sistem | 24 | 30,0 | | |
| Toplam | 80 | 100,0 | | |

Çizelge 3.3. Araştırmaya katılan hastaların medeni durumu

| | | Medeni Durum | | | |
|-------------|-------------------------|---------------------|-------|---------------|------------------|
| | | Frekans | Yüzde | Geçerli Yüzde | Birikimsel Yüzde |
| Değişkenler | Evli | 41 | 51,3 | 52,6 | 52,6 |
| | Bekâr | 5 | 6,3 | 6,4 | 59,0 |
| | Dul | 6 | 7,5 | 7,7 | 66,7 |
| | Boşanmış/eşi terk etmiş | 26 | 32,5 | 33,3 | 100,0 |
| | Toplam | 78 | 97,5 | 100,0 | |
| Kayıp | Sistem | 2 | 2,5 | | |
| Toplam | | 80 | 100,0 | | |

Çizelge 3.4. Araştırmaya katılan hastaların meslekleri

| | | Hastanın Mesleği | | | |
|-------------|--------|-------------------------|-------|---------------|------------------|
| | | Frekans | Yüzde | Geçerli Yüzde | Birikimsel Yüzde |
| Değişkenler | Memur | 19 | 23,8 | 25,3 | 25,3 |
| | İşçi | 16 | 20,0 | 21,3 | 46,7 |
| | Emekli | 30 | 37,5 | 40,0 | 86,7 |
| | İşsiz | 10 | 12,5 | 13,3 | 100,0 |
| | Toplam | 75 | 93,8 | 100,0 | |
| Kayıp | Sistem | 5 | 6,3 | | |
| Toplam | | 80 | 100,0 | | |

Çizelge 3.5. Araştırmaya katılan hastaların alkol kullanma süresi

| | | Alkol Kullanma Süresi | | | |
|-------------|-----------------|------------------------------|-------|---------------|------------------|
| | | Frekans | Yüzde | Geçerli Yüzde | Birikimsel Yüzde |
| Değişkenler | 0-5 yıl | 4 | 5,0 | 5,5 | 5,5 |
| | 6-10 yıl | 4 | 5,0 | 5,5 | 11,0 |
| | 11-15 yıl | 7 | 8,8 | 9,6 | 20,5 |
| | 16 yıl ve üzeri | 58 | 72,5 | 79,5 | 100,0 |
| | Toplam | 73 | 91,3 | 100,0 | |
| Kayıp | Sistem | 7 | 8,8 | | |
| Toplam | | 80 | 100,0 | | |

Çizelge 3.6. Araştırmaya katılan hastaların çocuk sahibi olup olmaması

| | | Çocuk var mı? | | | |
|-------------|--------|---------------|-------|---------------|------------------|
| | | Frekans | Yüzde | Geçerli Yüzde | Birikimsel Yüzde |
| Değişkenler | Yok | 10 | 12,5 | 13,9 | 13,9 |
| | Var | 62 | 77,5 | 86,1 | 100,0 |
| | Toplam | 72 | 90,0 | 100,0 | |
| Kayıp | Sistem | 8 | 10,0 | | |
| Toplam | | 80 | 100,0 | | |

Çalışmanın devamında yer alan ve hastaların klinik gidişatına etkileyen değişkenler karşılaştırıldığında, sıklıkla kümelenen sonuçların frekans ve yüzde değerleri aşağıdaki gibidir.

Çizelge 3.7. Klinik gidişata etkileyen değişkenler ve frekans/yüzde değerleri

| Karşılaştırılan Değişkenler | f(Frekans) | %(Yüzde) |
|--|------------|----------|
| Emekli x Alkol kullanım süresi 16 yıl ve üzeri | 22 | 75,9 |
| Alkol kullanım süresi 16 yıl ve üzeri x En uzun süreli remisyon öncesi gün boyunca tüketim | 31 | 79,5 |
| Alkol kullanım süresi 16 yıl ve üzeri x Hiç intihar düşüncelerinin olmaması | 43 | 74,1 |
| Evli x Alkol kullanımında sıkıntı ve üzüntüyü giderme amacının rol oynaması | 23 | 69,7 |
| Sıkıntı ve üzüntüyü giderme amaçlı kullanım x Aile ve yakın akrabalar arasında alkol kullanımı | 35 | 97,2 |
| Alkollü iken kendine ve çevreye zarar vermeme x Hiç intihar düşüncelerinin olmaması | 54 | 81,8 |
| Orta/lise düzeyinde eğitim x Alkol kullanım süresi 16 yıl ve üzeri | 22 | 78,6 |
| Kendiliğinden alkol kullanımını bırakmayı deneme x Yakınlarından yardım isteme yoluyla | 5 | 62,5 |
| 51 ve üzeri yaş aralığında olma x Alkol kullanım süresi 16 yıl ve üzeri | 32 | 82,1 |
| Kendiliğinden alkol kullanımını bırakmayı deneme x Aile içi sorunların rol oynaması | 22 | 61,1 |
| Alkol kullanım süresi 16 yıl ve üzeri x Yasalarla başın derde girmemesi | 52 | 91,2 |

Çizelge 3.8. Hastaların kaldıkları en uzun süreli kuru kalma öncesi içme sıklığı

Kaldığınız en uzun süreli kuru kalma öncesi hangi sıklıkta içmekteydiniz?

| | Frekans | Yüzde | Geçerli Yüzde | Birikimsel Yüzde |
|-----------------|---------|-------|---------------|------------------|
| Değişkenler | | | | |
| Değişiyordu | 2 | 2,5 | 3,8 | 3,8 |
| Haftada iki kez | 4 | 5,0 | 7,7 | 11,5 |
| Her akşam | 6 | 7,5 | 11,5 | 23,1 |
| Gün boyunca | 40 | 50,0 | 76,9 | 100,0 |
| Toplam | 52 | 65,0 | 100,0 | |
| Kayıp | | | | |
| Sistem | 28 | 35,0 | | |
| Toplam | 80 | 100,0 | | |

Düzenli olarak içmeye başladığı ilk 5 yılda içme sıklığı gün aşırı veya her akşam şeklinde olan hastaların, kaldıkları en uzun süreli kuru kalma öncesi alkole yönelimlerinin gün boyunca devam ettiği ve her seferinde tükettikleri tür ve miktarın çok geniş bir yelpazede değiştiği görüldü.

Çizelge 3.9. Hastaların kan-alkol düzeylerinin düşmesiyle yaşadıkları belirtiler

İçkiyi azalttığınız ya da kestiğiniz zaman aşağıdaki belirtilerden hangilerini yaşadınız?

| | Frekans | Yüzde | Geçerli Yüzde | Birikimsel Yüzde |
|--|---------|-------|---------------|------------------|
| Değişkenler | | | | |
| Titremeler | 46 | 6,0 | 18,9 | 18,9 |
| Uykusuzluk | 62 | 8,1 | 25,5 | 44,4 |
| Terleme | 36 | 4,7 | 14,8 | 59,3 |
| Çarpıntı | 9 | 1,2 | 3,7 | 63,0 |
| Sıkıntılı ve çökkün hissetme | 41 | 5,3 | 16,9 | 79,8 |
| Halsizlik | 6 | ,8 | 2,5 | 82,3 |
| Mide Ağrısı | 12 | 1,6 | 4,9 | 87,2 |
| Baş Ağrısı | 5 | ,7 | 2,1 | 89,3 |
| Gerçekte olmayan şeyleri görme ve işitme | 17 | 2,2 | 7,0 | 96,3 |
| Bayılma (Sara Nöbeti) | 9 | 1,2 | 3,7 | 100,0 |
| Toplam | 243 | 31,6 | 100,0 | |
| Kayıp | | | | |
| Sistem | 525 | 68,4 | | |
| Toplam | 768 | 100,0 | | |

Hastaların kuru kaldıkları en uzun süre aylık dönemler halinde ele alındığında ise; 1-6 ay arasında değişen kısa süreli kuru kalanların varlığına rastlansa da sıklıkla bu sürenin 10-60 ay aralığında kümелendiği görüldü.

Kişilerin içkiyi azalttığı ya da tamamen kestiği zamanlarda deneyimlediği kesilme belirtileri incelendiğinde; sıklıkla 46'sının (%18,9) titremeleri-artan el tremoru olduğu, 62'sinin (%25,5) uykusuzluk/uyku düzeni bozuklukları yaşadığı, 36'sının (%14,8) terlemeleri olduğu, 9'unun (%3,7) çarpıntıları olduğu, 41'inin (%16,9) kendini sıkıntılı ve çökkün hissettiği, 6'sının (%2,5) halsizlik çektiği, 12'sinin (%4,9) mide ağrısı-bulantı-kusma gibi belirtiler yaşadığı, 5'inin (%2,1) baş ağrıları olduğu, 17'sinin (%7) gerçekte olmayan şeyleri gördüğü ve/veya işittiği, 9'unun (%3,7) ise bayılma-sara nöbetleri geçirdiği görüldü. Kan alkol düzeyinin düşmesiyle tetiklenen bu belirtilerin yoğunluklu olarak uykusuzluk; titreme; terleme ve kendini sıkıntılı-çökkün hissetme şikâyetleri etrafında kümелendiği belirlendi.

Kesilme belirtilerini belirlemeye yönelik bir diğer soruda, kişilerin kuru kaldıkları dönemlerde kendilerini kaybederek fiziksel olarak acil bir tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyup duymadıkları sorgulandı. Yoğunlukla; alkol yoksunluk deliryumu ve bilinç sislenmesi deneyimledikleri, bununla birlikte kesilmeye bağlı nöbet; düşmeye bağlı kafa travmaları; tekrarlayan film koparma tarzında bellek yitimleri ve epileptik nöbetler tanımladıkları belirlendi.

Çizelge 3.10. Alkol kullanımına bağlı olarak gelişen fiziksel hastalığın varlığı

| | | Frekans | Yüzde | Geçerli Yüzde | Birikimsel Yüzde |
|-------------|--------|---------|-------|---------------|------------------|
| Değişkenler | Yok | 61 | 76,3 | 77,2 | 77,2 |
| | Var | 18 | 22,5 | 22,8 | 100,0 |
| | Toplam | 79 | 98,8 | 100,0 | |
| Kayıp | Sistem | 1 | 1,3 | | |
| Toplam | | 80 | 100,0 | | |

Hastalarda bağımlılık süreçleri boyunca, içmeye bağlı fiziksel bir hastalığın oluşup oluşmadığı sorgulandığında, sıklıkla 61'inin (%76,3) olumsuz yanıt verdiği gözlemlendi. Olumlu yanıt veren 18'inin (%22,5) ise aldıkları tanılar; Hepatit C¹⁶, kaslarda güçsüzlük, yürümekte veya ayakta durmakta zorlanma, hepatosteatoz, hepatomegali¹⁷, siroz başlangıcı, karaciğer vertikal¹⁸ boyutunda artış, KC'de kitle-parankim ekosunda artış, hepatik ensefalopati¹⁹ ve Wernicke-Korsakoff Sendromu²⁰ şeklinde bildirdikleri görüldü.

Kişilerin alkollü iken kendine veya çevresine zarar verip vermediği sorgulandığında; sıklıkla 66'sı (%82,5) hayır cevabı verirken, 14'ünün (%17,5) bu tarz saldırganlıklarının olduğu görüldü. Alkol bağımlısı kişilerin intihar eğiliminde daha riskli gruba düştüğü araştırmalarca desteklendiğinden örneklem dâhilinde intihar eğilimine yatkınlık sorgulandı ve sıklıkla 56'sının (%70) hiç intihar düşüncelerinin olmadığı, 11'inin (%13,8) intihar girişiminde bulunduğu ve 13'ünün (%16,3) ise süreç boyunca intihar etmeyi düşündüğü belirlendi.

¹⁶ Hepatit C: Kan yoluyla bulaşan ve hedef organı karaciğer olan, Hepatitis C Virus (HCV)'nin sebep olduğu viral kaynaklı karaciğer enfeksiyonu.

¹⁷ Hepatomegali: Karaciğer büyümesi. Karaciğerin normal boyutlarını aşarak büyümesi durumudur.

¹⁸ Vertikal: Dikey düzlem, tepede olan.

¹⁹ Hepatik Ensefalopati: Karaciğer hastalıklarına bağlı olarak gelişen geri dönüşümlü nöro-psikiyatrik bozuklukların oluşturduğu tablo.

²⁰ Wernicke-Korsakoff Sendromu: Öncelikli olarak alkol bağımlılarında ve beslenme eksiklikleri olan kişilerde görülen dikkatsizlik ve kısa süreli anı oluşturmada görülen bilişsel bozukluk.

Çizelge 3.11. İçilen zaman diliminde bulunulan yer ve yapılan şeylerin hatırlanmaması

İçtiğiniz zaman bulunduğunuz yeri ve yaptığınız şeyleri hatırlamadığınız zaman dilimleri oldu mu? (Film Koparma)

| | Frekans | Yüzde | Geçerli Yüzde | Birikimsel Yüzde |
|-------------|---------|-------|---------------|------------------|
| Değişkenler | | | | |
| Hayır | 77 | 96,3 | 97,5 | 97,5 |
| Evet | 2 | 2,5 | 2,5 | 100,0 |
| Toplam | 79 | 98,8 | 100,0 | |
| Kayıp | | | | |
| Sistem | 1 | 1,3 | | |
| Toplam | 80 | 100,0 | | |

Çizelge 3.12. İş yerinde içme davranışı nedeniyle disiplin cezası alma

İşyerinizde içkiniz nedeniyle disiplin cezası aldınız mı?

| | Frekans | Yüzde | Geçerli Yüzde | Birikimsel Yüzde |
|-------------|---------|-------|---------------|------------------|
| Değişkenler | | | | |
| Hayır | 73 | 91,3 | 92,4 | 92,4 |
| Evet | 6 | 7,5 | 7,6 | 100,0 |
| Toplam | 79 | 98,8 | 100,0 | |
| Kayıp | | | | |
| Sistem | 1 | 1,3 | | |
| Toplam | 80 | 100,0 | | |

Çizelge 3.13. Alkollüyen yasalarla başını derde girme sıklığı

Alkollüyen yasalarla başınız derde girdi mi?

| | Frekans | Yüzde | Geçerli Yüzde | Birikimsel Yüzde |
|-------------|---------|-------|---------------|------------------|
| Değişkenler | | | | |
| Hayır | 72 | 90,0 | 91,1 | 91,1 |
| Evet | 7 | 8,8 | 8,9 | 100,0 |
| Toplam | 79 | 98,8 | 100,0 | |
| Kayıp | | | | |
| Sistem | 1 | 1,3 | | |
| Toplam | 80 | 100,0 | | |

İçtikleri süreç içinde, buldukları yeri ve yaptıkları şeyleri hatırlayamadıkları zaman dilimlerinin varlığı (film koparma) sorgulandığında; yalnızca 2 hastanın (%2,5) olumlu yanıt verdiği görüldü. İş yerlerinde içme davranışları yüzünden disiplin cezası alıp almadıklarına bakıldığında 6'sının (%7,5) olumlu yanıt verdiği ve alkollüyen yasalarla başlarının derde girip girmediği sorusuna ise 7'sinin (%8,8) evet cevabı verdiği görüldü (Çizelge 3.11-3.13).

Çizelge 3.14. İçme davranışının ele alınıp denetlenmesinde rol alan etkenler

İçme davranışınızı ele alıp denetlemeyi düşünmenizde aşağıdakilerden hangisinin rolü vardır?

| | Frekans | Yüzde | Geçerli Yüzde | Birikimsel Yüzde |
|-------------------|---------|-------|---------------|------------------|
| Değişkenler | | | | |
| Bedensel sorunlar | 6 | 7,5 | 12,5 | 12,5 |
| Aile içi sorunlar | 32 | 40,0 | 66,7 | 79,2 |
| İş yeri sorunları | 10 | 12,5 | 20,8 | 100,0 |
| Toplam | 48 | 60,0 | 100,0 | |
| Kayıp | 32 | 40,0 | | |
| Toplam | 80 | 100,0 | | |

Alkolün kendisi için sorun olduğunu gördükten sonra tedavi kararı almak için geçen süreyi, her hastanın farklı zaman aralıklarıyla tanımladığı görüldü. Alkol tüketimindeki bu ısrarlı yönelimini sorun olarak kabul eden hastanın, içme davranışını ele alıp denetlemeyi düşünmesindeki etkenler incelendiğinde, sıklıkla 32'sinin (%40) aile içi sorunları olduğu; 10'unun (%12,5) iş yeri sorunları olduğu ve 6'sının (%7,5) bedensel sorunları olduğu görüldü. Bir diğer seçenek olan 'Yasal sorunlarla ilgili' seçeneğinin ise hiçbir hasta için yanıt olmadığı görüldü.

Çizelge 3.15. Alkolü kendiliğinden bırakmak isteyen hastaların başvurduğu yollar

Alkolü bırakmayı hangi yolla denediniz?

| | | Frekans | Yüzde | Geçerli Yüzde | Birikimsel Yüzde |
|-------------|--|---------|-------|---------------|------------------|
| Değişkenler | Yakınlarımdan yardım istedim. | 8 | 10,0 | 72,7 | 72,7 |
| | Adsız Alkolikler Derneği'ne başvurdum. | 2 | 2,5 | 18,2 | 90,9 |
| | Danışmadan ilaç kullandım | 1 | 1,3 | 9,1 | 100,0 |
| | Toplam | 11 | 13,8 | 100,0 | |
| Kayıp | Sistem | 69 | 86,3 | | |
| Toplam | | 80 | 100,0 | | |

Hastaların kendi kendilerine alkolü bırakmayı deneyip denemedikleri sorgulandığında; sıklıkla 17'sinin (%21,3) olumlu yanıt verdiği, bu otokontrol için başvurdukları yolları tanımlayanlardan ise; 8'inin (%10) yakınlarından yardım istediği, 2'sinin (%2,5) Adsız Alkolikler Derneği'ne başvurduğu, yalnızca 1'inin (%1,3) ise danışmadan ilaç kullandığı görüldü. Seçenekler arasında bulunan 'Din hocalarına başvurdum.' seçeneğinin ise hastalar tarafından denenmediği görüldü.

Açık uçlu sorulardan bir diğeri, hastaların kaç kez detoks aldığını belirlemek üzerinedir. Alınan detoksun tür ve sayıları temel alınarak bağımsız örneklem t-testi ile karşılaştırıldı ve bulunan değer, yatarak ve ayaktan olmak üzere detoks türü ve sayısı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğunu gösterdi.

En son tedavilerinden itibaren içmedikleri en uzun süreyi tanımlayan hastalar arasında; 7-10 gün gibi kısa bir sürede geri dönüş yaşadıklarını ifade edenler olsa da, geri dönüşlerin 3-10 ay aralığında ağırlıklı olarak bulunduğu görüldü.

'İçmediğiniz dönemlerde yaşamınızda ortaya çıkan olumlu/olumsuz değişiklikler nelerdir?' ifadesinin bulduğu cevaplarla, bağımlılık sürecinin gidişatı ve yarattığı ruhsal ve bedensel bozukluklar kapsamlı bir şekilde tanımlandı.

Hastaların içmedikleri dönemlerde öncelikli olarak, kendilerini ifade etmekte güçlük çektikleri ve iletişime kapalılıkları nedeniyle çalışma hayatlarının ve insani ilişkilerinin sekteye uğradığı; böylece toplum içine çıkamama ve işlerin yolunda gitmemesi gibi sosyolojik problemleri deneyimledikleri görüldü. Kuru kaldıkları süreç boyunca tedirgin, irritabilite ve huzursuz duygu durumunun hâkim olduğu hastaların öfke kontrolünde zorlanmaları, aile içi şiddeti de beraberinde getirdiğinden aile bütünlüğünde bozulmalar ve kişinin izole olması durumu gözlemlendi. Aile ortamından kendini izole eden hastaların, süreç içerisinde medeni durumunda boşanma veya terk edilme gibi değişimlerin sıklıkla yaşandığı, aynı zamanda bir kısmının çocuklarıyla görüşmedikleri belirlendi.

Hastaların; uykuya dalma güçlüğü, sürekli kâbus görerek uyanma, rüyalarında alkol tükettiğini görme, uyku düzeninde bozulma, sık sık uyanma, insomnia, gece ateşlenmeleri ve uykuya dalarken görsel varsanı ve sanrıların varlığı gibi uyku bozukluklarını yoğunlukla tanımladıkları görüldü. GIS şikâyetlerine bakıldığında ise; bulantı-öğürme, iştahta azalma, mide ağrıları ve bunlara eşlik eden kilo kaybı dikkati çekti.

Hastaların; bacaklarda ağrı, kasılma ve kramplar, titremeler, elde ve ayakta şiddetli tremor, vücutta kronik kasılmalar, denge kayıpları, baş dönmeleri, yürümede güç kayıpları gibi çeşitli iskelet ve kas sistemi sekelleri ile motor koordinasyon bozukluklarından yoğunlukla şikâyet ettikleri görüldü.

İrritabilite, bayılma korkusu, sık sık ağlama nöbetleri, mutsuzluk, kulaklarda çınlama, ani öfke patlamaları, kendini ifade etmede yetersizlik, boşluk hissi, tedirginlik hali, dokunsal/işitsel varsanılar, düşünsel takıntılar, çeşitli unutkanlıklar, paranoit fikirler, yakın bellekte bozulma, konuşma güçlüğü (peltekçe), şüphencilik, dikkatin sıkça dağılması, odaklanma sorunu, saldırganlık, ajitasyon, ölüm korkusu, psikososyal stres etkenleri nedeniyle huzursuzluk ve bunaltı, karanlıkta illüzyonlar görme, intihar söylemleri, konsantrasyon ve anlama güçlüğü, hafızada gerileme ve yineleyici depresif duygu durum geçişleri gibi geniş bir yelpazede gözlemlenen düşünsel-bilişsel yeti kayıpları ve bozuklukları belirlendi. Bununla birlikte

bağımlıların süreç içerisinde yoğun sigara kullanımına devam ettiği ve Xanax²¹ bağımlılığı gibi suistimallerin mevcut olduğu görüldü. Yoğunlukla sabah içkisine aşeren hastaların, yüzlerinde yanma hissi ve kaşıntılar tanımladığı da belirlendi.

Bu bilgiler doğrultusunda, ABS'ye pek çok açıdan ışık tutacak olan bağımlı ve bağımsız değişkenler karşılaştırıldı. Tekrarlanan her karşılaştırmada ise değişkenleri ifade ederken kullanılan H_0 ; sıfır hipotezini, H_1 ise karşıt hipotezi (H_0 'a karşı oluşturulan) temsil etmektedir.



²¹ Xanax (Zanaks): Etken maddesi Alprazolam olan benzodiazepin grubu bir antidepresandır.

1) Kişinin mesleği ve alkol kullanım sıklığı arasındaki ilişki

H_0 : Kişinin mesleğinin alkol kullanım sıklığı üzerinde etkisi yoktur.

H_1 : Kişinin mesleğinin alkol kullanım sıklığı üzerinde etkisi vardır.

Çizelge 3.16. Hastanın mesleği-Alkol kullanma sıklığı ilişkisi ve ki-kare testi

| Hastanın Mesleği-Alkol Kullanma Aralığı | | | | | | |
|---|--------|------------------------|------------|------------|-----------------|--------------|
| Çapraz Tablolama | | | | | | |
| | | Alkol Kullanma Aralığı | | | | Toplam |
| | | 0-5 yıl | 6-10 yıl | 11-15 yıl | 16 yıl ve üzeri | |
| Hastanın Mesleği | Memur | 2 10,5% | 0 .0% | 2 10,5% | 15 78,9% | 19 100,0% |
| | İşçi | 0 .0% | 0 .0% | 2 14,3% | 12 85,7% | 14 100,0% |
| | Emekli | 2 6,9% | 2 6,9% | 3 10,3% | 22 75,9% | 29 100,0% |
| | İşsiz | 0 .0% | 2 25,0% | 0 .0% | 6 75,0% | 8 100,0% |
| Toplam | | 4 5,7% | 4 5,7% | 7 10,0% | 55 78,6% | 70 100,0% |

Ki-kare Testleri

| | Değer | Serbestlik Derecesi (Sd) | Anlamlılık Düzeyi (Çift Yönlü) | Monte Carlo Benzetimi (çift yönlü) | | Monte Carlo Benzetimi (tek yönlü) | | | |
|--|---------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| | | | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | |
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Pearson Ki-kare | 10,459 ^a | 9 | ,315 | ,315 ^b | ,303 | ,327 | | | |
| Olasılık Oranı | 11,816 | 9 | ,224 | ,361 ^b | ,349 | ,373 | | | |
| Fisher'in Kesin Testi | 7,369 | | | ,535 ^b | ,522 | ,548 | | | |
| Doğrusal Olarak Çakışma Geçerli Değer Sayısı | ,178 ^c | 1 | ,673 | ,728 ^b | ,716 | ,739 | ,389 ^b | ,356 | ,381 |

Pearson ki-kare sonuç tablosuna göre, bulduğumuz pearson ki-kare değeri 10,5 ve anlamlılık düzeyi 0,31'dir. Burada α güven katsayısı 0,05'tir ve p değeri (anlamlılık düzeyi) bundan büyükse H_0 hipotezi, küçükse H_1 hipotezi kabul edilir. Bulunan $p=0,315$ değeri α 'dan büyük olduğu için, alternatif H_1 hipotezi reddedilmiş ve H_0 hipotezi kabul edilmiştir. Buna göre hastanın mesleğinin alkol kullanım sıklığı üzerinde etkisi yoktur.

2) Kişinin alkol kullanım süresi ile en uzun süreli remisyon öncesi içme sıklığı

H₀: Kişinin alkol kullanım süresinin remisyon öncesi içme sıklığı üzerinde etkisi yoktur.

H₁: Kişinin alkol kullanım süresinin remisyon öncesi içme sıklığı üzerinde etkisi vardır.

Çizelge 3.17. Alkol kullanma süresi-Remisyon öncesi içme sıklığı ve ki-kare testi

Alkol Kullanma Aralığı-Kalınan En Uzun Süreli Remisyon Öncesi Hangi Sıklıkta İçildiği
Çapraz Tablolama

| | | | Kaldığınız en uzun süreli remisyon öncesi hangi sıklıkta içmekteydiniz? | | | | Toplam |
|------------------------|-----------------|---|---|-----------------|-----------|-------------|--------|
| | | | Değişiyor du | Haftada iki kez | Her akşam | Gün boyunca | |
| Alkol Kullanma Aralığı | 6-10 yıl | Sayısal ifade | 0 | 0 | 1 | 2 | 3 |
| | | Alkol Kullanma Aralığı İçindeki Yüzde İfadesi | ,0% | ,0% | 33,3% | 66,7% | 100,0% |
| | 11-15 yıl | Sayısal ifade | 0 | 1 | 1 | 5 | 7 |
| | | Alkol Kullanma Aralığı İçindeki Yüzde İfadesi | ,0% | 14,3% | 14,3% | 71,4% | 100,0% |
| | 16 yıl ve üzeri | Sayısal ifade | 2 | 2 | 4 | 31 | 39 |
| | | Alkol Kullanma Aralığı İçindeki Yüzde İfadesi | 5,1% | 5,1% | 10,3% | 79,5% | 100,0% |
| Toplam | | Sayısal ifade | 2 | 3 | 6 | 38 | 49 |
| | | Alkol Kullanma Aralığı İçindeki Yüzde İfadesi | 4,1% | 6,1% | 12,2% | 77,6% | 100,0% |

Ki-kare Testleri

| | Değer | Serbestlik Derecesi (Sd) | Anlamlılık Düzeyi (çift yönlü) | Monte Carlo Benzetimi (çift yönlü) | | | Monte Carlo Benzetimi (tek yönlü) | | |
|-------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------|-----------------------------------|-------------------|-----------|
| | | | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | |
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Pearson Ki-kare | 2,859 ^a | 6 | ,826 | ,826 ^b | ,815 | ,835 | | | |
| Olasılık Oranı | 2,894 | 6 | ,822 | ,949 ^b | ,943 | ,954 | | | |
| Fisher'in Kesin Testi | 4,880 | | | ,533 ^b | ,520 | ,548 | | | |
| Doğrusal Olarak Çakışma | ,005 ^c | 1 | ,942 | 1,000 ^b | 1,000 | 1,000 | ,479 ^b | ,468 | ,492 |
| Geçerli Değer Sayısı | 49 | | | | | | | | |

Bulunan $p=0,826 > \alpha$ değeri, α seviyesinden büyük olduğundan H₀ hipotezini desteklemiş ve kişinin alkol kullanım süresinin remisyon öncesi içme sıklığı üzerinde etkisinin olmadığını göstermiştir.

3) Kişinin alkol kullanım süresi ile intihar düşüncesinin varlığı arasındaki ilişki

H₀: Kişinin alkol kullanım süresinin intihar düşüncesi üzerinde etkisi yoktur.

H₁: Kişinin alkol kullanım süresinin intihar düşüncesi üzerinde etkisi vardır.

Çizelge 3.18. Alkol kullanım süresi-İntihar düşüncelerinin varlığı ve ki-kare testi

| | | | İntihar düşünceleriniz hiç oldu mu? | | | Toplam |
|------------------------|---|---|-------------------------------------|-------------------------|----------------------------|--------|
| | | | Hayır | İntihar girişimim oldu. | İntihar düşüncelerim oldu. | |
| Alkol Kullanma Aralığı | 0-5 yıl | Sayısal ifade | 3 | 0 | 1 | 4 |
| | | Alkol Kullanma Aralığı içindeki Yüzde İfadesi | 75,0% | ,0% | 25,0% | 100,0% |
| | 6-10 yıl | Sayısal ifade | 3 | 0 | 1 | 4 |
| | | Alkol Kullanma Aralığı içindeki Yüzde İfadesi | 75,0% | ,0% | 25,0% | 100,0% |
| 11-15 yıl | Sayısal ifade | 4 | 1 | 2 | 7 | |
| | Alkol Kullanma Aralığı içindeki Yüzde İfadesi | 57,1% | 14,3% | 28,6% | 100,0% | |
| 16 yıl ve üzeri | Sayısal ifade | 43 | 8 | 7 | 58 | |
| | Alkol Kullanma Aralığı içindeki Yüzde İfadesi | 74,1% | 13,8% | 12,1% | 100,0% | |
| Toplam | | Sayısal ifade | 53 | 9 | 11 | 73 |
| | | Alkol Kullanma Aralığı içindeki Yüzde İfadesi | 72,6% | 12,3% | 15,1% | 100,0% |

| | Değer | Serbestlik Derecesi (Sd) | Anlamlılık Düzeyi (çift yönlü) | Monte Carlo Benzetimi (çift yönlü) | | | Monte Carlo Benzetimi (tek yönlü) | | |
|--|--------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------|-----------------------------------|-------------------|-----------|
| | | | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | |
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Pearson Ki-kare | 3,081 ^a | 6 | ,799 | ,842 ^b | ,833 | ,851 | | | |
| Olasılık Oranı | 3,841 | 6 | ,698 | ,918 ^b | ,911 | ,925 | | | |
| Fisher'in Kesin Testi | 3,741 | | | ,631 ^b | ,618 | ,643 | | | |
| Doğrusal Olarak Çakışma Geçerli Değer Sayısı | ,733 ^c | 1 | ,392 | ,445 ^b | ,432 | ,458 | ,211 ^b | ,201 | ,222 |

Bulunan $p=0,799 > \alpha$ değeri; kişinin alkol kullanım süresinin kişide beliren intihar düşüncesi veya intihar girişimi gibi eğilimlerin üzerinde etkisi olmadığını desteklemiştir.

4) Kişinin medeni durumu ile alkole yönelme nedenleri arasındaki ilişki

H₀: Kişinin medeni durumunun alkol kullanım nedenleri üzerinde etkisi yoktur.

H₁: Kişinin medeni durumunun alkol kullanım nedenleri üzerinde etkisi vardır.

Çizelge 3.19. Medeni durum-Alkol kullanımında rol alan nedenler ve ki-kare testi

| | | | Alkol kullanımınızda hangisinin rolü vardır? | | | | Toplam |
|--------------|-------------------------|--|--|----------------------------|-----------------|------------------------------------|--------------|
| | | | Merak | Ailede içen birinin olması | Arkadaş çevresi | Sıkıntı ve üzüntüyü giderme amaçlı | |
| Medeni Durum | Evli | Sayısal ifade Medeni Durum İçindeki Yüzde İfadesi | 1 3,0% | 3 9,1% | 6 18,2% | 23 69,7% | 33 100,0% |
| | Bekâr | Sayısal ifade Medeni Durum İçindeki Yüzde İfadesi | 0 .0% | 1 25,0% | 0 .0% | 3 75,0% | 4 100,0% |
| | Dul | Sayısal ifade Medeni Durum İçindeki Yüzde İfadesi | 0 .0% | 0 .0% | 0 .0% | 1 100,0% | 1 100,0% |
| | Boşanmış/Eşi terk etmiş | Sayısal ifade Medeni Durum İçindeki Yüzde İfadesi | 1 5,6% | 2 11,1% | 4 22,2% | 11 61,1% | 18 100,0% |
| Toplam | | Sayısal ifade Medeni Durum İçindeki Yüzde İfadesi | 2 3,6% | 6 10,7% | 10 17,9% | 38 67,9% | 56 100,0% |

Ki-kare Testleri

| | Değer | Serbestlik Derecesi (Sd) | Anlamlılık Düzeyi (çift yönlü) | Monte Carlo Benzetimi (çift yönlü) | | | Monte Carlo Benzetimi (tek yönlü) | | |
|-------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------|-----------------------------------|-------------------|-----------|
| | | | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | |
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Pearson Ki-kare | 2,763 ^a | 9 | ,973 | ,943 ^b | ,937 | ,949 | | | |
| Olasılık Oranı | 3,678 | 9 | ,931 | ,937 ^b | ,931 | ,943 | | | |
| Fisher'in Kesin Testi | 6,290 | | | ,906 ^b | ,899 | ,914 | | | |
| Doğrusal Olarak Çakışma | ,342 ^c | 1 | ,559 | ,600 ^b | ,587 | ,612 | ,298 ^b | ,287 | ,310 |
| Geçerli Değer Sayısı | 56 | | | | | | | | |

Bulunan $p=0,973 > \alpha$ değeri H₀ hipotezini desteklemiş ve kişinin medeni durumunun; alkol kullanımında rol oynayan nedenler üzerine etkilediği görülmüştür.

5) Ailede var olan alkol kullanım problemi ile alkol kullanımında rol alan etkenler örtüşüyor mu?

H₀: Kişinin ailesi veya yakınları arasında alkol kullanım problemi olan yakınlarının olması kişinin alkole yönelmesinde etkili değildir.

H₁: Kişinin ailesi veya yakınları arasında alkol kullanım problemi olan yakınlarının olması kişinin alkole yönelmesinde etkilidir.

Çizelge 3.20. Alkol kullanımında rol oynayan etkenler-Ailede veya yakınlar arasında alkol kullanım problemi olan kişi varlığı ve ki-kare testi

| | | | Ailede ya da yakın akrabalar arasında alkol kullanımı sorunu olan kimse var mı? | | Toplam |
|--|---|-------------|---|--------------|--------|
| | | | Hayır | Evet | |
| Alkol kullanımınızda Merak hangisinin rolü vardır? | Sayısal ifade Alkol kullanımında rol alan etkenler içindeki yüzde ifadesi | 1 50,0% | 1 50,0% | 2 100,0% | |
| | Ailede içen birinin olması | 1 16,7% | 5 83,3% | 6 100,0% | |
| | Arkadaş çevresi | 7 70,0% | 3 30,0% | 10 100,0% | |
| | Sıkıntı ve üzüntüyü giderme amaçlı | 35 97,2% | 1 2,8% | 36 100,0% | |
| Toplam | Sayısal ifade Alkol kullanımında rol alan etkenler içindeki yüzde ifadesi | 44 81,5% | 10 18,5% | 54 100,0% | |

| | Değer | Serbestlik Derecesi (Sd) | Anlamlılık Düzeyi (çift yönlü) | Monte Carlo Benzetimi (çift yönlü) | | | Monte Carlo Benzetimi (tek yönlü) | | |
|--|---------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------|-----------------------------------|-------------------|-----------|
| | | | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | |
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Pearson Ki-kare | 24,803 ^a | 3 | .000 | .000 ^b | .000 | .000 | .000 ^b | .000 | .000 |
| Olasılık Oranı | 22,214 | 3 | .000 | .000 ^b | .000 | .000 | .000 ^b | .000 | .000 |
| Fisher'in Kesin Testi | 21,863 | | | .000 ^b | .000 | .000 | .000 ^b | .000 | .000 |
| Doğrusal Olarak Çakışma Geçerli Değer Sayısı | 20,297 ^c | 1 | .000 | .000 ^b | .000 | .000 | .000 ^b | .000 | .000 |
| | 54 | | | | | | | | |

Bulunan $p=0,000 < \alpha$ değeri H₁ hipotezini desteklemiş ve alkol kullanımında rol oynayan etkenler ile ailede veya yakınlar arasında alkol kullanımı olması arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki bulunduğuna görülmüştür.

6) Kişinin alkollü iken kendine ve çevreye zarar verme davranışında bulunması ile intihar düşüncesi ve intihar girişimi olması

H₀: Kişinin alkollü iken kendine ve çevreye zarar verme davranışında bulunmasının intihar düşüncesi ve intihar girişimi üzerine bir etkisi yoktur.

H₁: Kişinin alkollü iken kendine ve çevreye zarar verme davranışında bulunmasının intihar düşüncesi ve intihar girişimi üzerine bir etkisi vardır.

Çizelge 3.21. Alkollü iken kendinize ve çevrenize zarar verdiniz mi? -İntihar düşünceleriniz ve girişiminiz hiç oldu mu? ve ki-kare testi

Kişinin Alkollü İken Kendine ve Çevreye Zarar Verme Davranışı-İntihar Davranışı
Çapraz Tablolama

| | | | İntihar düşünceleriniz hiç oldu mu? | | | Toplam |
|--|-------|--|-------------------------------------|-------------------------|----------------------------|--------------|
| | | | Hayır | İntihar girişimim oldu. | İntihar düşüncelerim oldu. | |
| Alkollü iken kendinize ya da çevrenize zarar verdiğiniz oldu mu? | Hayır | Sayısal İfade Kişinin alkollü iken zarar verip vermediği içindeki yüzde ifadesi | 54 81,8% | 4 6,1% | 8 12,1% | 66 100,0% |
| | Evet | Sayısal İfade Kişinin alkollü iken zarar verip vermediği içindeki yüzde ifadesi | 2 14,3% | 7 50,0% | 5 35,7% | 14 100,0% |
| Toplam | | Sayısal İfade Kişinin alkollü iken zarar verip vermediği içindeki yüzde ifadesi | 56 70,0% | 11 13,8% | 13 16,3% | 80 100,0% |

Ki-kare Testleri

| | Değer | Serbestlik Derecesi (Sd) | Anlamlılık Düzeyi (çift yönlü) | Monte Carlo Benzetimi (çift yönlü) | | | Monte Carlo Benzetimi (tek yönlü) | | |
|--|---------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------|-----------------------------------|-------------------|-----------|
| | | | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | |
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Pearson Ki-kare | 27,899 ^a | 2 | ,000 | ,000 ^b | ,000 | ,000 | | | |
| Olasılık Oranı | 25,198 | 2 | ,000 | ,000 ^b | ,000 | ,000 | | | |
| Fisher'in Kesin Testi | 24,891 | | | ,000 ^b | ,000 | ,000 | | | |
| Doğrusal Olarak Çakışma Geçerli Değer Sayısı | 12,412 ^c | 1 | ,000 | ,001 ^b | ,000 | ,002 | ,001 ^b | ,000 | ,002 |

Bulunan $p=0,000 < \alpha$ değeri; H₁ hipotezini desteklemiş ve kişilerin alkollü iken zarar verme potansiyeli ile bunun intihar eğilimi olma olasılığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir bağlantı olduğunu göstermiştir.

7) Kişinin eğitim durumu ile alkol kullanım süresi arasındaki ilişki

H₀: Kişinin eğitim durumunun alkol kullanım süresi üzerinde etkisi yoktur.

H₁: Kişinin eğitim durumunun alkol kullanım süresi üzerinde etkisi vardır.

Çizelge 3.22. Eğitim durumu-Alkol kullanım süresi ve ki-kare testi

| | | | Alkol Kullanma Aralığı | | | | Toplam |
|---------------|-------------------|--|------------------------|------------|------------|-----------------|--------------|
| | | | 0-5 yıl | 6-10 yıl | 11-15 yıl | 16 yıl ve üzeri | |
| Eğitim Durumu | Okuma yazması var | Sayısal İfade Eğitim Durumu içindeki Yüzde İfadesi | 0 ,0% | 0 ,0% | 0 ,0% | 2 100,0% | 2 100,0% |
| | İlkokul | Sayısal İfade Eğitim Durumu içindeki Yüzde İfadesi | 0 ,0% | 1 12,5% | 0 ,0% | 7 87,5% | 8 100,0% |
| | Orta/Lise | Sayısal İfade Eğitim Durumu içindeki Yüzde İfadesi | 2 7,1% | 1 3,6% | 3 10,7% | 22 78,6% | 28 100,0% |
| | Yüksekokul | Sayısal İfade Eğitim Durumu içindeki Yüzde İfadesi | 2 11,8% | 1 5,9% | 1 5,9% | 13 76,5% | 17 100,0% |
| Toplam | | Sayısal İfade Eğitim Durumu içindeki Yüzde İfadesi | 4 7,3% | 3 5,5% | 4 7,3% | 44 80,0% | 55 100,0% |

Ki-kare Testleri

| | Değer | Serbestlik Derecesi (Sd) | Anlamlılık Düzeyi (çift yönlü) | Monte Carlo Benzetimi (çift yönlü) | | | Monte Carlo Benzetimi (tek yönlü) | | |
|--|--------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------|-----------------------------------|-------------------|-----------|
| | | | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | |
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Pearson Ki-kare | 3,643 ^a | 9 | ,933 | ,933 ^b | ,926 | ,939 | | | |
| Olasılık Oranı | 4,896 | 9 | ,843 | ,927 ^b | ,920 | ,933 | | | |
| Fisher'in Kesin Testi | 4,968 | | | ,947 ^b | ,941 | ,952 | | | |
| Doğrusal Olarak Çakışma Geçerli Değer Sayısı | ,960 ^c | 1 | ,327 | ,381 ^b | ,369 | ,394 | ,197 ^b | ,186 | ,207 |

Bulunan $p=0,933 > \alpha$ değeri, kişinin eğitim durumunun alkol kullanım aralığı üzerine etkisi olmadığını göstermiştir.

8) Kişi kendiliğinden alkolü bırakmayı denediysen bunun için hangi yol veya yollara yöneldi?

H₀: Kişinin kendiliğinden alkolü bırakmayı denemesi ile başvurduğu yollar arasında bir ilişki yoktur.

H₁: Kişinin kendiliğinden alkolü bırakmayı denemesi ile başvurduğu yollar arasında bir ilişki vardır.

Çizelge 3.23. Kendi kendinize alkolü bırakmayı denediniz mi?-Alkolü bırakmayı hangi yolla denediniz? ve ki-kare testi

Kişinin Kendi Kendine Alkolü Bırakmayı Denemesi-Alkolü Bırakmak Amaçlı Denenen Yollar Çapraz Tablolama

| | | | Alkolü bırakmayı hangi yolla denediniz? | | | Toplam |
|--|-------|---|---|---|---------------------------|--------------|
| | | | Yakınlarımdan yardım istedim. | Adsız Alkolikler Derneği'ne başvurudum. | Danışmadan ilaç kullandım | |
| Kendi kendinize alkolü bırakmayı denediniz mi? | Hayır | Sayısal İfade Kişinin Kendi Kendine Alkolü Bırakmayı Denemesi İçindeki Yüzde İfadesi | 3 100,0% | 0 ,0% | 0 ,0% | 3 100,0% |
| | Evet | Sayısal İfade Kişinin Kendi Kendine Alkolü Bırakmayı Denemesi İçindeki Yüzde İfadesi | 5 62,5% | 2 25,0% | 1 12,5% | 8 100,0% |
| Toplam | | Sayısal İfade Kişinin Kendi Kendine Alkolü Bırakmayı Denemesi İçindeki Yüzde İfadesi | 8 72,7% | 2 18,2% | 1 9,1% | 11 100,0% |

Ki-kare Testleri

| | Değer | Serbestlik Derecesi (Sd) | Anlamlılık Düzeyi (çift yönlü) | Monte Carlo Benzetimi (çift yönlü) | | | Monte Carlo Benzetimi (tek yönlü) | | |
|--|--------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------|-----------------------------------|-------------------|-----------|
| | | | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | |
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Pearson Ki-kare | 1,547 ^a | 2 | ,461 | ,656 ^b | ,643 | ,668 | | | |
| Olasılık Oranı | 2,306 | 2 | ,316 | ,656 ^b | ,643 | ,668 | | | |
| Fisher'in Kesin Testi | 1,346 | | | 1,000 ^b | 1,000 | 1,000 | | | |
| Doğrusal Olarak Çakışma Geçerli Değer Sayısı | 1,332 ^c | 1 | ,249 | ,484 ^b | ,472 | ,497 | ,335 ^b | ,323 | ,347 |

Bulunan $p=0,461 > \alpha$ değeri, kendiliğinden alkolü bırakmayı denemek ile en çok hangi yolla ya da yollarla denendiği arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olmadığını göstermiştir.

9) Kişinin yaş aralığı ile alkol kullanım süresi arasındaki ilişki

H₀: Kişinin yaş aralığının alkol kullanım süresi üzerinde etkisi yoktur.

H₁: Kişinin yaş aralığının alkol kullanım süresi üzerinde etkisi vardır.

Çizelge 3.24. Hastanın yaşı-Alkol kullanma süresi ve ki-kare testi

| Hastanın Yaşı-Alkol Kullanma Aralığı | | | | | | | |
|--------------------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------|-----------|-----------------|--------|
| Çapraz Tablolama | | | | | | | |
| | | | Alkol Kullanma Aralığı | | | | Toplam |
| | | | 0-5 yıl | 6-10 yıl | 11-15 yıl | 16 yıl ve üzeri | |
| Hastanın Yaşı | 31-40 | Sayısal İfade | 0 | 1 | 4 | 8 | 13 |
| | | Hastanın Yaşı | ,0% | 7,7% | 30,8% | 61,5% | 100,0% |
| | | İçindeki Yüzde İfadesi | | | | | |
| 41-50 | Sayısal İfade | 2 | 0 | 1 | 18 | 21 | |
| | Hastanın Yaşı | 9,5% | ,0% | 4,8% | 85,7% | 100,0% | |
| | İçindeki Yüzde İfadesi | | | | | | |
| 51 ve üzeri | Sayısal İfade | 2 | 3 | 2 | 32 | 39 | |
| | Hastanın Yaşı | 5,1% | 7,7% | 5,1% | 82,1% | 100,0% | |
| | İçindeki Yüzde İfadesi | | | | | | |
| Toplam | Sayısal İfade | 4 | 4 | 7 | 58 | 73 | |
| | Hastanın Yaşı | 5,5% | 5,5% | 9,6% | 79,5% | 100,0% | |
| | İçindeki Yüzde İfadesi | | | | | | |

Ki-kare Testleri

| | Değer | Serbestlik Derecesi (Sd) | Anlamlılık Düzeyi (çift yönlü) | Monte Carlo Benzetimi (çift yönlü) | | | Monte Carlo Benzetimi (tek yönlü) | | |
|--|---------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------|-----------------------------------|-------------------|-----------|
| | | | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | |
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Pearson Ki-kare | 11,027 ^a | 6 | ,088 | ,080 ^b | ,073 | ,087 | | | |
| Olasılık Oranı | 10,787 | 6 | ,095 | ,154 ^b | ,145 | ,163 | | | |
| Fisher'in Kesin Testi | 8,740 | | | ,112 ^b | ,104 | ,120 | | | |
| Doğrusal Olarak Çakışma Geçerli Değer Sayısı | ,090 ^c | 1 | ,764 | ,787 ^b | ,776 | ,798 | ,409 ^b | ,396 | ,422 |

Bulunan $p=0,088 > \alpha$ değeri, kişinin yaş aralığının alkol kullanım süresi üzerinde istatistiksel olarak etkisi olmadığını göstermiştir.

10) Kişi eğer kendiliğinden alkolü bırakmaya karar verdiyse bu denetlemeye neden olan nedir?

H₀: Kişinin kendiliğinden alkolü bırakmaya yönelmesi ile içme davranışını denetlemeye neden olan etkenler arasında bir ilişki yoktur.

H₁: Kişinin kendiliğinden alkolü bırakmaya yönelmesi ile içme davranışını denetlemeye neden olan etkenler arasında bir ilişki vardır.

Çizelge 3.25. Kendi kendinize alkolü bırakmayı denediniz mi?-İçme davranışınızı denetlemeye neden olan etkenler? ve ki-kare testi

Kişinin Kendi Kendine Alkolü Bırakmayı Denemesi-İçme Davranışını Denetlemeyi Düşünmesinde Rol Alan Etkenler Çapraz Tablolama

| | | | İçme davranışınızı ele alıp denetlemeyi düşünmenizde aşağıdakilerden hangisinin rolü vardır? | | | Toplam |
|--|-------|---|--|-------------------|-------------------|--------------|
| | | | Bedensel sorunlar | Aile içi sorunlar | İş yeri sorunları | |
| Kendi kendinize alkolü bırakmayı denediniz mi? | Hayır | Sayısal İfade Kişinin Kendi Kendine Alkolü Bırakmayı Denemesi İçindeki Yüzde İfadesi | 6 16,7% | 22 61,1% | 8 22,2% | 36 100,0% |
| | Evet | Sayısal İfade Kişinin Kendi Kendine Alkolü Bırakmayı Denemesi İçindeki Yüzde İfadesi | 0 ,0% | 10 83,3% | 2 16,7% | 12 100,0% |
| Toplam | | Sayısal İfade Kişinin Kendi Kendine Alkolü Bırakmayı Denemesi İçindeki Yüzde İfadesi | 6 12,5% | 32 66,7% | 10 20,8% | 48 100,0% |

Ki-kare Testleri

| | Değer | Serbestlik Derecesi (Sd) | Anlamlılık Düzeyi (çift yönlü) | Monte Carlo Benzetimi (çift yönlü) | | Monte Carlo Benzetimi (tek yönlü) | | | |
|--|--------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------------------------------|-------------------|-------------------|-----------|
| | | | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | |
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Pearson Ki-kare | 2,800 ^a | 2 | ,247 | ,280 ^b | ,269 | ,292 | | | |
| Olasılık Oranı | 4,227 | 2 | ,121 | ,198 ^b | ,187 | ,208 | | | |
| Fisher'in Kesin Testi | 2,339 | | | ,325 ^b | ,313 | ,337 | | | |
| Doğrusal Olarak Çakışma Geçerli Değer Sayısı | ,031 ^c | 1 | ,860 | 1,000 ^b | 1,000 | 1,000 | ,485 ^b | ,472 | ,498 |

Bulunan $p=0,247 > \alpha$ değeri; kendiliğinden alkolü bırakmaya yönelme ile içme davranışını denetlemeye neden olan etkenler arasında bir ilişki olmadığını göstermiştir.

11) Alkol kullanma süresi ile kişinin alkollüken yasalarla başının derde girmesi arasındaki ilişki

H₀: Kişinin alkol kullanma süresinin, alkollüken yasalarla başının derde girmesi üzerine etkisi yoktur.

H₁: Kişinin alkol kullanma süresinin, alkollüken yasalarla başının derde girmesi üzerine etkisi vardır.

Çizelge 3.26. Alkol kullanma Süresi-Alkollüken yasalarla başın derde girmesi ve ki-kare testi

| Alkol Kullanma Aralığı-Alkollüken Yasalarla Başın Derde Girmesi | | | | | |
|---|-----------------|------------------------|--|-------|--------|
| Çapraz Tablolama | | | | | |
| | | | Alkollüken yasalarla başınız derde girdi mi? | | Toplam |
| | | | Hayır | Evet | |
| Alkol Kullanma Aralığı | 0-5 yıl | Sayısal İfade | 4 | 0 | 4 |
| | | Alkol Kullanma Aralığı | 100,0% | ,0% | 100,0% |
| | | İçindeki Yüzde İfadesi | | | |
| | 6-10 yıl | Sayısal İfade | 4 | 0 | 4 |
| | | Alkol Kullanma Aralığı | 100,0% | ,0% | 100,0% |
| | | İçindeki Yüzde İfadesi | | | |
| | 11-15 yıl | Sayısal İfade | 6 | 1 | 7 |
| | | Alkol Kullanma Aralığı | 85,7% | 14,3% | 100,0% |
| | | İçindeki Yüzde İfadesi | | | |
| | 16 yıl ve üzeri | Sayısal İfade | 52 | 5 | 57 |
| | | Alkol Kullanma Aralığı | 91,2% | 8,8% | 100,0% |
| | | İçindeki Yüzde İfadesi | | | |
| Toplam | | Sayısal İfade | 66 | 6 | 72 |
| | | Alkol Kullanma Aralığı | 91,7% | 8,3% | 100,0% |
| | | İçindeki Yüzde İfadesi | | | |

| Ki-kare Testleri | | | | | | | | | |
|--|--------------------|--------------------------|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|-----------|-----------------------------------|-------------------|-----------|
| | Değer | Serbestlik Derecesi (Sd) | Anlamlılık Düzeyi (çift yönlü) | Monte Carlo Benzetimi (çift yönlü) | | | Monte Carlo Benzetimi (tek yönlü) | | |
| | | | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | | Anlamlılık | %99 Güven Aralığı | |
| | | | | | Alt Sınır | Üst Sınır | | Alt Sınır | Üst Sınır |
| Pearson Ki-kare | 1,066 ^a | 3 | ,785 | 1,000 ^b | 1,00 | 1,000 | | | |
| Olasılık Oranı | 1,679 | 3 | ,642 | 1,000 ^b | 1,00 | 1,000 | | | |
| Fisher'in Kesin Testi | 1,064 | | | ,765 ^b | ,754 | ,776 | | | |
| Doğrusal Olarak Çakışma Geçerli Değer Sayısı | ,413 ^c | 1 | ,521 | ,661 ^b | ,649 | ,673 | ,421 ^b | ,408 | ,433 |

Bulunan $p=0,785 > \alpha$ değeri, alkol kullanım aralığının kişinin alkollüken yasalarla başının derde girmesi üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkisi olmadığını göstermiştir.

4. TARTIŞMA

Alkol bağımlılığı, madde kötüye kullanımının en yaygın şeklidir. Bununla birlikte biyolojik, psikolojik, sosyoekonomik riskli ve koruyucu etmen öbeklerinin etkisinde oluşan bir bozukluktur. Bu bağımlılık türünü bireysel ve toplumsal açıdan ele alan sayısız epidemiyolojik araştırmanın bulunması, çok boyutlu bir sorun olduğunu desteklemektedir (Farren ve Tipton, 1999; Yılmaz ve ark., 2014).

Kronik, kontrolsüz ve aşırı miktarlarda alkol kullanımı ile karakterize olan alkol bağımlılığı, halk sağlığı sorunları arasında ilk sıralarda yer almaktadır. Bağımlılık süreci boyunca, bireyin aldığı tıbbi müdahaleleri ve toplum içerisindeki tedavisini beliren remisyon ve depresme dönemleri etkilemektedir (Yılmaz ve ark., 2014). Sedatif ve hipnotik özelliğiyle SSS'yi doza bağımlı şekilde deprese eden alkol; kişiyi keyifli ve güçlü hissettiren bir duygu durumundan, tükenmiş ve suçlu hissettiren bir diğerine sokmaktadır. Aynı zamanda bilinç kayıplarına neden olması, solunumu deprese etmesi ve ölümle sonuçlanabilmesi gibi şiddetli tıbbi tablolara da yol açabilmektedir (Tural, 2008-2009). 2014 yılı DSÖ istatistiklerine yansıyan küresel alkol tüketimi verilerine göre, alkol kötüye kullanımı ICD-10 tanı ölçütleriyle tanımlanan 200'den fazla hastalık, sekel ve diğer sağlık koşullarıyla ilişkilendirilmektedir (WHO, 2014).

Bağımlı bireyde gözlemlenen içme davranışında klinik görüngülerin incelenmesi ve bağımlılığa etkileyen faktörlerdeki etkileşimin karşılaştırmalı olarak analizi çalışmamızın amacını oluşturmuştur. Bu doğrultuda alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığının klinik göstergeleri ile ABS'ye etkileyen değişkenlerin karşılaştırmalı analizleri geniş bir yelpazede ele alınmıştır.

Geçmişten günümüze yapılan epidemiyolojik çalışmalarda alkol kullanımı ile cinsiyet ilişkisi arasındaki etkileşim öncelikli çalışılan değişken olmuştur. 1998-2002 yılları arasında İstanbul AMATEM bağımlılık biriminde yatarak detoks tedavisi almış 3851 hastanın cinsiyet dağılımı 111'i (%2,9) kadın, 3735'i (%97,1) erkek olarak

bildirilmiştir (Evren ve ark., 2003). Literatürü destekler şekilde, yaptığımız çalışmada da 80 kişilik örneklem grubunun sıklıkla 4'ünü (%5) kadın, 76'sını (%95) ise erkek hastalar oluşturmaktadır. Yapılan epidemiyolojik araştırmalarda örneklem gruplarının küçük bir kısmını oluşturan kadın bağımlıların alkole yönelim yaşlarının daha geç olduğu ve erkeklerde bu sorunun daha erken yaşlarda başlayıp daha yaygın olduğu saptanmıştır.

2004 yılı DSÖ istatistiklerine yansıyan alkol tüketimi verilerine göre, yaş aralıkları dikkate alındığında 2003 yılı itibariyle Türkiye'de 18-24 yaş aralığındaki gençlerin ömür boyu alkol kullanmama oranı %83,5 olarak bildirilmiştir (Yargıç ve Özdemiroğlu, 2010). Yaptığımız çalışmada da 1996-2015 yılları arasında tanı alan alkol bağımlısı yoğunluğunun %52,5 oranla 51 ve üzeri yaş aralığında kümелendiği görülmüştür.

OECD (Ekonomik İşbirliği ve Kalkınma Örgütü) 2014 alkol tüketim raporunda sosyoekonomik düzeyi ve eğitim seviyesi yüksek kişilerin, alkol kötüye kullanımına veya bağımlılığına daha meyilli olduğu bildirilmiştir. Yaptığımız çalışmada ise örneklem grubunun sıklıkla gösterdiği sonuçlar; bağımlıların %36,3 ile orta/lise düzeyinde eğitilmiş olduğu ve %37,5'lik oranla emekli olduğunu göstermiştir.

OECD alkol tüketim raporu aynı zamanda, OECD ülkeleri arasında tüketilen alkolün tür olarak dörtte birini biranın oluşturduğunu, ikincil tercihin ise şarap olduğunu bildirmektedir. DSÖ 2014 raporu da bu sonucu, Türkiye'de 2010 yılı itibariyle 15 yaş ve üzeri kullanıcıların kişi başına tükettikleri alkollü içki tipini %63 bira, %28 sert içkiler ve %9 şarap şeklindeki verileriyle desteklemiştir (WHO, 2014). Yaptığımız çalışma sonuçları ise bildirilen verilere benzer şekilde; bağımlıların alkole yönelimini gün boyunca devam eden sıklıkta tanımlarken, her seferinde tükettikleri tür ve miktarı geniş bir yelpazede belirlemiştir.

Mırsal ve arkadaşlarının 2002 yılında yaptığı alkol bağımlılarında karaciğer enzim testleri ve sosyodemografik-klinik karakterler konulu araştırmada; bireylerin alkole yönelimini tetikleyen başlıca unsurlardan olan ailede alkol bağımlılığı

öyküsünün varlığı; %76,6 ile hayır, %23,4 ile evet yanıtı almıştır (Mırsal ver ark., 2002). Yaptığımız çalışmada da, alkol kullanmaya başlamakta sosyal öğrenmenin en temel iki ortamı olan aile ve akran grubunun önemi dikkate alınarak, bağımlıların aileleri veya yakın akrabaları arasında alkol kullanım sorunu olan kişilerin varlığı sorgulanmıştır. Sıklıkla 63'ünün (%78,8) hayır yanıtı verdiği; evet cevabı veren 12'sinde (%15) ise kişilerin yakınlık derecesinin ailede alkol kötüye kullanımı hikâyesi olan²² baba veya dayı gibi, bireyin rol modelliğini üstlenen, eril otorite figürlerinin olduğu görülmüştür.

Alkol bağımlılığı sürecinde hastaların kaç kez detoks tedavisi gördüğü tür ve sayıları temel alınarak karşılaştırıldığında; yatarak ve ayaktan detoks tedavisi görme arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür. Ayaktan detoks alan hastaların, gördüğü tedavi sayısı her ne olursa olsun, remisyon-depreşme süreci boyunca mutlaka yatarak da detoks tedavisi almalarının uygun görüldüğü belirlenmiştir.

Sosyal içici olarak nitelendirilen kişide, yaklaşık olarak ilk 5 yılda aralıksız olarak devam eden 100-150mgdL kan/gün kan alkol düzeyi sonrası bağımlılık oluşur (Doğan ve İlhan, 2014, Bölüm 14). Her bir hasta öyküsünde farklı bildirilse de, ortalama olarak kişinin klinik tedaviye yönelimi 15-20 yıllık bir süreci kapsamaktadır (Goodwin, 1989). Yaptığımız çalışmada ise, alkollü sorun olarak kabul eden hastaların içme davranışını ele alıp denetlemeyi düşünmesinde geçen süre ortalama 8-9 yıl aralığıyla ifade edilmiştir. Etkenler incelendiğinde, sıklıkla 32'sinin (%40) aile içi sorunları olduğu; 10'unun (%12,5) iş yeri sorunları olduğu ve 6'sının (%7,5) ise bedensel sorunları/alkol alımına bağlı fiziksel hastalıkları belirttiği görülmüştür.

²² Hastaların tanı öykülerinde yer alan alkol kötüye kullanımı hikâyeleri: “Alkol aracılı siroz nedeniyle ölüm, alkollüyen gelişen kaza ve ölümler, yıllarca süren ABS tanılı psikiyatrik tedaviler vb. ...”

5. SONUÇ ve ÖNERİLER

- 1) Çalışmamızın sonuçlarına göre; alkol bağımlılığının sadece toplumdan dışlanmış kişilerle sınırlandırılmayacağı; tedavi birimine ulaşarak başvurabilen hasta örnekleminin yoğunluklu olarak emekli ve memur kesimde kümелendiği, ancak aslında bu alkol kötüye kullanımının toplumun her kesimini ilgilendiren bir sorun olduğu görülmüştür.
- 2) Örneklem grubunun küçük bir kısmını oluşturan kadın bağımlıların alkole yönelim yaşlarının daha geç olduğu; erkeklerde ise bu sorunun daha erken yaşlarda başlayıp daha yaygın olarak görüldüğü belirlenmiştir.
- 3) Tedirgin, irritabilite ve huzursuz duygu durumunun hâkim olduğu hastalarda öfke kontrolünde yaşanan zorlanmaların aile içi şiddeti de beraberinde getirmesi, aile yaşantısında bozulmalara ve kişinin toplumdan izole olmasına neden olmuştur.
- 4) Aileleri veya yakın akrabaları arasında alkol kötüye kullanımı hikâyesi olan kişilerin yakınlık derecesi irdelendiğinde, bunların ailedeki baba veya dayı gibi bireyin rol modelliğini üstlenen eril otorite figürlerinin olduğu görülmüştür. Bu sonuç alkol kullanmaya başlamakta sosyal öğrenmenin en temel iki ortamından biri olan ailenin önemini de yinelemektedir.
- 5) Alkol bağımlısı kişilerin intihar eğiliminde daha riskli gruba düştüğü araştırmalarca desteklendiğinden örneklem dâhilinde intihar eğilimine yakınlık sorgulanmış ve kişinin alkollü iken zarar verme potansiyeli ile kişinin bu yöneliminin intihar düşüncesi ve/veya girişimi olma olasılığı arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmüştür.

Araştırmanın Sınırlılıkları; Bu araştırma; alkol bağımlılığının yol açtığı sorunları, ABS hastalarının klinik gidişatı ile sınırlandırmıştır. Alkol dışı madde kullanımı öyküsü bulunan hastalar çalışma dışı bırakılmıştır.

Çalışmanın amacı doğrultusunda; alkol bağımlısı tanısı alan hastalardan oluşan örnekleme klinik seyir incelenmiş ve buna dair karşılaştırmalı bir çözümleme yapılmıştır.

Ulaşılabilen hasta bilgilerinin 80 kişi ile sınırlı olduğu örneklem grubuyla yapılan bu çalışma, aynı amaç doğrultusunda yürütülecek daha büyük araştırmalara fikir vermesi ve öncülük etmesi açısından pilot çalışma görevi görecektir.

ÖZET

Alkol Bağımlılığı Sendromu Hastalarında Klinik Gidiş ve Buna Dair Karşılaştırmalı Bir Çözümleme

Alkol Bağımlılığı Sendromu'nun anlaşılmasında, gözlemlenen içme davranışının tanımlanması önceliklidir. Tanımlama yapılırken, bilinen nicel ve nitel ölçütlerle hastanın klinik gidişatı belirlenerek süreç tarif edilmelidir. Bu araştırmada; alkol kötüye kullanımının yol açtığı sorunlar, ABS hastalarının klinik gidişatı ele alınarak tanımlanmıştır. ABS tanısı alan hastalardan oluşan örnekleme, bağımlı bireyde gözlemlenen klinik görüngüler incelenmiş ve bağımlılığa etkiyen faktörlere dair karşılaştırmalı bir çözümleme yapılmıştır. Çalışmanın amacı doğrultusunda bu içme davranışı ve kötüye kullanımı geniş bir kapsamda ele alınmıştır. Araştırmanın örneklemini; Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı Alkol Bağımlılığı Tedavi Birimi'nde 1996-2015 yılları arasında ABS tanısı alan hastalar oluşturmaktadır. Kliniğe başvurmuş olan 4'ü kadın 76'sı erkek, toplamda 80 hasta bilgisine ulaşılmıştır. Veriler; alkol ve ilintili kullanım bozukluklarıyla ilgili literatür taraması yapıldıktan sonra, çeşitli aşamalarda toplanmıştır. Hastaların sosyodemografik özelliklerini ve klinik gidişatını belirlemeye yönelik hazırlanmış anket/soru formu ile sürece etkiyen değişkenler belirlenmiştir. Bu değişkenlerin karşılaştırmalı analizi istatistiksel veri analizi programı olan SPSS yardımı ile yapılmıştır. Ulaşılan sonuçlar; alkol kullanmaya başlamakta sosyal öğrenmenin en temel iki ortamı olan aile ve akran grubunun önemini göstermektedir. Tedirgin ve irritabilite duygu durumunun hâkim olduğu bağımlılarda, öfke kontrolünde yaşanan zorlanmaların aile içi şiddeti beraberinde getirmesi ise, aile yaşantısında bozulmalara ve kişinin toplumdan izole olmasına neden olmaktadır. Kişinin alkollü iken zarar verme davranışı ile kişilerin intihar davranışı arasında da istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişki olduğu görülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Alkol Bağımlılığı Sendromu, ABS, Görüngü, ICD-10/DSM-IV, İçme Davranışı.

SUMMARY

A Comparative Analysis of Clinical Progress in Alcohol Dependence Syndrome Patients

Describing the observed drinking pattern is priority in understanding Alcohol Dependence Syndrome. Clinical progress should be described using known qualitative and quantitative measurements. In this research, issues around alcohol abuse are described using clinical progress in ADS patients. In a sample of patients diagnosed with ADS, clinical observations were examined using comparative analysis to uncover factors impacting addiction. In line with the research objectives, alcohol abuse was studied in broad framework. Samples were patients who were diagnosed with ADS between 1996-2015 within the Ankara University Faculty of Medicine, Department of Mental Health Disorders, Alcohol Addiction Treatment Unit. Data on a total of 80 patients, 76 men and 4 women, who applied to the clinic were analyzed. After a literature review on alcohol consumption and abuse, the data were organized and collected in multiple steps. Socioeconomic factors that influenced the addiction process were identified from a survey form to assess clinical progress. A comparative analysis of the factors was completed using SPSS. Results of this study show that alcohol use and abuse were linked to family and peer networks, two of the most important social learning environments. In patients with irritable and uneasy emotional states, difficulties in anger management led to physical abuse and disruption in family relations, and social isolation. Patients with higher behaviors for physical harm during inebriation were statistically significantly more likely suicide.

Keywords: Alcohol Dependence Syndrome, ADS, Phenomenon, ICD-10/DSM-IV, Alcohol abuse.

KAYNAKLAR

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1995). Practice guideline for the treatment of patients with substance use disorders: alcohol, cocaine, opioids. *Am J Psychiatr*; **52**(11)(supp): 5-59.
- ARIKAN Z (2012). Alkol Kullanım Bozukluğu. Madde Bağımlılığı Tanı Ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı Bölüm 4, s.: 105-123.
- BAYAR MR, YAVUZ M (2008). Alkol Bağımlılığı. Türkiye’de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar Sempozyum Dizisi., **62**: 221-230.
- BODE C, BODE JC (1997). Alcohol’s role in gastrointestinal tract disorders. *Alcohol Health & Research World*, Vol. **21**, No. 1.
- BOYLE P, BOFFETTA P, LOWENFELS AB, BURNS H, BRAWLEY O, ZATONSKI W, REHM J (2013). Alcohol: Science, Policy, and Public Health. Oxford University Press, 70-72.
- DOĞAN YB, İLHAN İÖ (2014). Madde Kullanımı ve Bozuklukları, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. Ankara, Ankara Üniversitesi Basımevi, Bölüm 14; s.: 191-199.
- EDWARDS G, GROSS MM (1976). Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. *British Medical Journal*, **1**: 1058-1061.
- EDWARDS G, MARSHALL EJ, COOK CCH (2003). The Treatment of Drinking Problems: A Guide for The Helping Professions. New York: Cambridge University Press, 4nd Ed.
- EVREN EC, SAATÇIOĞLU Ö, EVREN B, YAPICI A, ÇAKMAK D (2003). Gender differences in alcohol use disorder: Evaluation the inpatient treatment. *Bağımlılık Dergisi*, **4**(3): 96-100.
- FARREN CK, TIPTON KF (1999). Trait markers for alcoholism: clinical utility. *Alcohol Alcohol*, **34**: 649-665.
- KUMBASAR H (1990). Alkol Bağımlılarında Beyinde ve Karaciğerde Meydana Gelen Değişmelerin Noninvaziv Diagnostik Yöntemlerle İncelenmesi ve Karşılaştırılması. Uzmanlık Tezi, Ankara Üniv. Tıp Fak. Psikiyatri Anabilim Dalı.
- Lİ TK, HEWITT BG, GRANT BF (2004). Alcohol use disorders and mood disorders: a National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism perspective. *Biol Psychiatry*, **56**: 718-720.
- MARSHALL EJ, HUMPHREYS K, BALL DM (2010). The Treatment of Drinking Problems: A Guide to The Helping Professions. New York: Cambridge University Press, 5nd Ed.
- ÖZPOYRAZ N, TAMAN L, ŞENTÜRK A (1998). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Galenos*. Erişim: [<http://www.researchgate.net/publication/274835111>]. Erişim Tarihi: 23/11/2016.
- TÜRKCAN A (2010). Alkolün Biyolojik Etkileri, Farmakolojisi, Emilimi, Dağılımı, Metabolizması ve Organ Sistemleri Üzerine Etkileri. *Türkiye Klinikleri J Psychiatry-Special Topics*, **3**(3):30-6.

YENİGÜN M (2006). Alkol Tüketimi ve Tıp. Med Bull Haseki, **44**:-. Erişim Adresi:
[<http://cms.galenos.com.tr/FileIssue/3/335/article/2006-3-1.pdf>]. Erişim Tarihi: 19/10/2015.

World Health Organization Global Status Report on Alcohol 2014, Part I: Status report without country profiles. Erişim Adresi:
[http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report]. Erişim Tarihi: 20/10/2016.

World Health Organization Global Status Report on Alcohol 2014, Part II: Country Profiles. Erişim Adresi:[http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/msb_gsr_2014_2.pdf]. Erişim Tarihi: 20/10/2016.



ÖZGEÇMİŞ

I- Bireysel Bilgiler

Adı : Sinem

Soyadı : ÖZCAN

Doğum yeri ve tarihi : Ankara, 09.05.1989

Uyruğu : TC

Medeni durumu : Bekâr

İletişim Adresi ve Telefonu:

Adres: Mürsel Uluç Mah. Eski 956. Sok. 51/8 İlker-ANKARA

Tel: 0 507 918 59 02

II- Eğitimi

Yüksek Lisans: Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Enstitüsü Adli Biyoloji 2014-2017

Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsü Biyoloji 2013-2015

Üniversite : Ankara Üniversitesi Fen Fakültesi Biyoloji Bölümü 2008-2013

Lise : Ankara Anadolu Lisesi 2004-2008

Yabancı Dili : İngilizce-Almanca

III- Ünvanları

Biyolog-2013

IV- Mesleki Deneyimi

Türkiye Yüksek İhtisas Eğitim ve Araştırma Hastanesi Mikrobiyoloji Laboratuvarı'nda 01.08.2010 -31.08.2010 tarihleri arasında gönüllü stajyer.

Tarla Bitkileri Merkez Araştırma Enstitüsü Müdürlüğü Islah ve Genetik Bölümü Biyoteknoloji Biriminde 06 Mart- 11 Haziran 2013 tarihleri arasında gönüllü stajyer.

Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Pediatrik Moleküler Genetik Bilim Dalı Laboratuvarı'nda tez dönemine hazırlık 1,5 ay süre ile DNA İzolasyonu/ Konvansiyonel.

V- Bilimsel İlgi Alanları

Makale ve Projeler:

Özcan, S. İntihar Eğilimine Genetiğin Katkısı. *Sağlık ve İnsan Dergisi*. Mayıs 2015, s.: 72-73.

Özcan, S. Uyuşturucuda Yeni Bir Boyut: Sentetik Kannabinoid Türevi BONZAI. *Sağlık ve İnsan Dergisi*. Eylül 2015, syf. 42-43.

Özcan, S. 2015. Siyanobakterilerin Terapötik Uygulamaları. Dönem Projesi, Ankara Üniversitesi, Fen Bilimleri Enstitüsü, Biyoloji Anabilim Dalı, 45, Ankara.

Özcan, S. 2015. Bonzai ve Kannabinoid Reseptör Aktivitesi. *Turkish Journal of Forensic Sciences*, **14** (3): 35 – 40.

Özcan, S. Biyotıbbi Müdahaleler Karşısında İnsan Haklarının Korunması. II. Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi Kitabı. Nisan 2015, s.: 320 - 322.

Kongre Posterleri:

- 1- Ani Ölüm Uyuşturucusu: BONZAI ve Kannabinoid Reseptör Aktivitesi (XI. Uluslararası Anadolu Adli Bilimler Kongresi)
- 2-İntihar Davranışı Üzerine Genetik Faktörlerin Etkisi (I. Uluslararası Adli Biyoloji ve Genetik Kongresi)
- 3-Toxicity of Bonsai (I. Uluslararası Adli Toksikoloji Çalıştay ve Kongresi)
- 4-Biyotıbbi Müdahaleler Karşısında İnsan Haklarının Korunması (II. Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi)
- 5-İntihar Eğilimine Genetiğin Katkısı: Serotonin Reseptör Genleri HTR1A, HTR1B, HTR2A ve HTR2C'nin Etkileri (XII. Uluslararası Anadolu Adli Bilimler Kongresi)

6-Gençlerin Yeni İmtihanı: Ani Ölüm Uyuşturucusu Bonzai
(Ayaş Adli Bilimler Günleri)

7-Alkol Bağımlılığı Sendromu (ABS): Doğrular, Yanlışlar ve Şüpheli Kabuller
(Her Yönüyle Alkol Sempozyumu)

VI- Diğer Bilgiler

Katılan Kurs-Seminerler ve Alınan Belgeler:

- 1-Ankara Üniversitesi Adli Psikoloji Günleri'nde katılımcı olarak belge,
- 2-Ankara Üniversitesi Adli Bilimler Bahar Sempozyumu'nda katılımcı olarak belge,
- 3-Ankara Üniversitesi Uluslararası Adli Bilişim Sempozyumu'nda teşekkür belgesi,
- 4-Ankara Üniversitesi Nükleer Adli Bilimler Yaz Okulu'nda katılımcı olarak belge ve sertifika,
- 5- Ankara Üniversitesi 2. Ulusal Felaket Kurbanlarının Kimliklendirilmesi Kongresi'nde katılımcı olarak belge,
- 6- Ankara Üniversitesi XI. Uluslararası Anadolu Adli Bilimler Kongresi'nde konuşmacı olarak belge,
- 7- Ankara Üniversitesi I. Uluslararası Adli Biyoloji ve Genetik Kongresi'nde katılımcı olarak belge,
- 8- Ankara Üniversitesi I. Uluslararası Adli Toksikoloji Çalıştayı ve Kongresi'nde katılımcı olarak belge,
- 9- Fotoğraf Sanatı Kurumu 1. Düzey Temel Fotoğraf Bilgisi Semineri'nde katılımcı olarak belge,
- 10- Ankara Üniversitesi II. Adli Psikoloji Sempozyumu'nda katılımcı olarak belge,
- 11- II. Ulusal Sağlık Hukuku Kongresi'nde katılımcı olarak belge,
- 12- 12. Uluslararası Anadolu Adli Bilimler Kongresi'nde katılımcı olarak belge,
- 13- Ayaş Adli Bilimler Günleri'nde poster sunumu teşekkür belgesi,
- 14- Hacettepe Üniversitesi Her Yönüyle Alkol Sempozyumu katılımcı olarak belge,
- 15- IV. Adli Psikoloji Sempozyumu'nda katılımcı olarak belge.

Diploma/Sertifikalar:

1- Ankara Üniversitesi TÖMER İngilizce Kursu Avrupa Dil Portfolyosu B2 Dil Düzeyine Denk Dil Diploması,

2- Ankara Üniversitesi Nükleer Adli Bilimler Yaz Okulu Sertifikası.

