

**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**EHLİYETLERİNE ALKOLLÜ ARAÇ
KULLANMAKTAN DOLAYI EL KONULAN SÜRÜCÜLERDE
ALKOL KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞININ DİKKAT
EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Tuncay ÇORAK**

**Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ**

İstanbul – 2015

**HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI
UYGULAMALI PSİKOLOJİ PROGRAMI**

**EHLİYETLERİNE ALKOLLÜ ARAÇ
KULLANMAKTAN DOLAYI EL KONULAN SÜRÜCÜLERDE
ALKOL KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞININ DİKKAT
EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE İLE İLİŞKİSİ**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

**Hazırlayan
Tuncay ÇORAK**

**Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ**

İstanbul – 2015

T.C.
HALIÇ ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Psikoloji.....Anabilim/Anasanat DalıPsikoloji Programı Tezli Yüksek Lisans
öğrencisiTuncay GÖRÜK..... tarafından hazırlanan
“Ehliyetlerine Alkolü Araç Kullanmaktan Dolayı El Kanulanan
Sürücülerin Alkol Kullanımı ve Bağımlılığının Dikkat Eksikliği ve.....”
Hiperaktivite ile ilişkisi”
adlı bu çalışma jürimizde Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

Sınav Tarihi : 02/07/2015

(Jüri Üyesinin Ünvanı, Adı, Soyadı ve Kurumu) :

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. P. Serdar Bıkmaz

Danışman: Halıç.....Üniv. Psikol. ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Muhammed Muntar
İst. Bilim. Üniv. Çocuk ASD/ ABD Öğr. Üyesi

Jüri Üyesi: Yrd. Doç. Dr. Zehra Banu Sayiner
Halıç.....Üniv. Psikol. ASD/ ABD Öğr. Üyesi

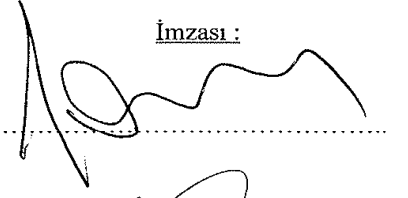

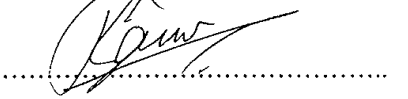
Jüri Üyesi:

.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

Jüri Üyesi:

.....Üniv. ASD/ ABD Öğr. Üyesi (Yedek)

İmzası :

ÖNSÖZ

Çalışmamızda yer alan alkol kullanımı ve buna bağlı sorunlar giderek artmakta ve kişiyi olumsuz şekilde etkilemektedir. Diğer yandan ele alınan dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu ise erişkinler için işlevsellik kaybına neden olarak bireyin hayatını etkilemektedir. Kişileri bir şekilde olumsuz etkileyen her iki durumun birbiriyle ilişkisinin sürücüler üzerinden incelenmesinin bundan sonra yapılacak çalışmalara katkı sunacağına inanıyorum.

Bu konuda çalışmalarımda bana öncü olan, desteğini esirgemeyen ve her adımda bana yardımcı olan danışman hocam Yard. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ'a, veri toplama işleminde takdir edilesi çaba harcayan İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü-Ruh Sağlığı Şubesi'nde çalışan meslektaşlarıma, toplanan verilerin düzenlenmesinde ve analizinde tezimin her aşamasında yol göstererek katkı sunan meslektaşım Eda GÜLER'e içtenlikle teşekkür ederim. Bu çalışmanın tamamlanmasında sizlerin emeği inkâr edilemez.

Eğitim hayatımın her evresinde bana destek olan anne, baba ve kardeşime şükranlarımla...

Zonguldak, 2015

Tuncay ÇORAK

İÇİNDEKİLER

	Sayfa No
TABLolar LİSTESİ.....	ix
ÖZET.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1. GİRİŞ VE AMAÇ.....	1
1.1. Araştırmanın Konusu.....	1
1.2. Araştırmanın Amacı.....	2
1.3. Araştırmanın Önemi.....	2
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları.....	2
1.5. Araştırmanın Kapsamı.....	3
1.6. Araştırma Soruları.....	3
2. GENEL BİLGİLER.....	4
2.1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU.....	4
2.1.1. Giriş.....	4
2.1.2. Tarihçe.....	5
2.1.3. Epidemiyoloji.....	6
2.1.4. Etiyoloji.....	8
2.1.4.1. Genetik Etkenler.....	9
2.1.4.2. Nörokimyasal Etkenler.....	9
2.1.4.3. Nörofizyoloji ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları.....	10
2.1.4.4. Psikososyal ve Çevresel Etkenler.....	11
2.1.5. Tanı Kriterleri.....	12
2.1.6. Komorbidite.....	16
2.2. ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU.....	18
2.2.1. Giriş.....	18
2.2.2. Tarihçe.....	18

2.2.3. Epidemiyoloji.....	19
2.2.4. Etiyoloji.....	21
2.2.4.1. Psikodinamik Kuram.....	22
2.2.4.2. Bilişsel Kuram.....	23
2.2.4.3. Davranışçı Kuram.....	24
2.2.4.4. Genetik etkenler.....	25
2.2.4.5.Sosyokültürel ve Çevresel Etkenler.....	26
2.2.5. Tanı Kriterleri	26
2.2.5.1. Alkol Kullanım Bozukluğu.....	27
2.2.5.2. Alkol Esriklği (Entoksikasyonu)	29
2.2.5.3. Alkol Yoksunluğu.....	30
2.2.6. Komorbidite.....	33
2.3. SÜRÜCÜ DAVRANIŞLARI, ALKOL KULLANIMI VE DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVİTE ARASINDAKİ İLİŞKİ.....	35
3. GEREÇ VE YÖNTEM.....	37
3.1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman.....	37
3.2. Araştırmanın Evreni ve Örnekleme.....	37
3.3. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri.....	37
3.4. Veri Toplama Araçları.....	37
3.4.1. Sosyodemografik Bilgi Formu.....	38
3.4.2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS).....	38
3.4.3. Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT).....	38
3.4.4. Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi (AKBTT).....	39
3.5. Verilerin Toplanması.....	39
3.6. Verilerin Değerlendirilmesi	40
3.7. Araştırmanın Etik Yönü.....	40
4. BULGULAR.....	41
4.1.Örnekleme.....	41
4.1.1. Örneklemin Tanıtımı.....	41
4.1.2. Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri.....	41
4.1.3. Çalışma Grubunun Sürücülük Özellikleri.....	42
4.1.4. Çalışma Grubunun Alkol Problemi ve Psikiyatrik Başvuruları.....	46

4.2. MATT Puanlarına İlişkin Değerler.....	47
4.3. Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi (AKBTT)'nin Alt Ölçek Puanlarına ve Toplam Puanına İlişkin Değerler.....	48
4.4. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS)'nin Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Değerler.....	51
4.5. Kullanılan Ölçeklerin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşım Farklılaşmamasına İlişkin Değerler.....	53
4.5.1. ASRS Ölçeğinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşım Farklılaşmamasına ilişkin Bulgular.....	53
4.5.2. MATT Ölçeğinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşım Farklılaşmamasına ilişkin Bulgular.....	54
4.5.3. AKBTT Ölçeğinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşım Farklılaşmamasına ilişkin Bulgular.....	54
4.6. Korelasyon Analizinden Elde Edilen Bulgular.....	56
4.6.1. ASRS Ölçeğinin A ve B Belirti Puanları ile Kaza ve Alkollü Kaza Arasındaki Korelasyon Bulgularını.....	56
4.6.2. ASRS Ölçeğinin A ve B Belirti Puanları ile MATT Arasındaki Korelasyon Bulguları.....	56
4.6.3. ASRS Ölçeğinin A ve B Belirti Puanları ile AKBTT Toplam Puanları ve Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Bulguları.....	57
4.6.4. AKBTT Toplam Puanları ve Alt Ölçekleri ile MATT Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Bulguları.....	58
4.7. Regresyon Analizinden Elde Edilen Bulgular.....	60
4.7.1. ASRS-A Alt Ölçeğini Yordayan Değişkenlere Ait Bulgular.....	60
4.7.2. ASRS-B Alt Ölçeğini Yordayan Değişkenlere Ait Bulgular.....	61
5. TARTIŞMA.....	63
6. SONUÇ ve ÖNERİLER.....	68
7. KAYNAKLAR.....	70
8. EKLER.....	82
8.1. EK-1. AYDINLATILMIŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU.....	82
8.2. EK-3. SOSYODEMOGRAFİK BİLGİ FORMU.....	83
8.3. EK-4. MİCHİGAN ALKOLİZM TARAMA TESTİ (MATT).....	86
8.4. EK-5.ALKOL KULLANIM BOZUKLUKLARINI TANIMA TESTİ (AKBTT).....	88

8.5. EK-6. ERİŞKİN DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU KENDİ BİLDİRİM ÖLÇEĞİ (ASRS).....	89
9. ÖZGEÇMİŞ.....	90

TABLULAR LİSTESİ

Sayfa No:

Tablo 1. Cinsiyet Dağılımı.....	41
Tablo 2. Yaş Gruplarının Dağılımı.....	41
Tablo 3. Sosyodemografik Özellikler.....	42
Tablo 4. Sürücülük Özellikleri.....	43
Tablo 5. Sürücülerin kural ihlalleri sonucunda aldıkları ceza ve türleri.....	45
Tablo 6. Sürücülerin yaptıkları kazalara ve kazaların sonuçları.....	45
Tablo 7. Sürücülerin alkollü araç kullanmaktan dolayı yaptıkları kazaların sonuçları.....	46
Tablo 8. Sürücülerin alkol problemi ve psikiyatrik başvuralı.....	47
Tablo 9. Sürücülerin MATT puanlarına ilişkin değerler.....	47
Tablo 10. Cinsiyet Değişkenine göre MATT puanının değerleri.....	47
Tablo 11. Cinsiyet Değişkenine göre MATT puanlarının Kategorik dağılımı.....	48
Tablo 12. Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi(AKBTT)’Nin Alt Ölçek Puanlarına Ve Toplam Puana İlişkin Değerler.....	49
Tablo 13: Cinsiyet Değişkenine göre Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi(AKBTT)’nin Alt Ölçek Puanlarına Ve Toplam Puana İlişkin Değerler.....	50
Tablo 14. Cinsiyet Değişkenine göre Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi(AKBTT)’nden Alınan Toplam Puanların Dağılımı.....	51
Tablo 15. Sürücülerin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği(ASRS)’nin Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Değerleri.....	51
Tablo 16. Cinsiyet Değişkenine Göre Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği(ASRS)’nin Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Değerleri.....	52

Tablo 17. Cinsiyet Değişkenine Göre ASRS-A Belirti Kümesine Ait Puanların Dağılımı.....	52
Tablo 18. Cinsiyet Değişkenine Göre ASRS-B Belirti Kümesine Ait Puanların Dağılımı.....	53
Tablo 19. ASRS-A Ölçeğinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşp Farklılaşmamasına İlişkin Bulgular.....	53
Tablo 20. ASRS-B Ölçeğinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşp Farklılaşmamasına İlişkin Bulgular.....	54
Tablo 21. Cinsiyet Değişkenine Göre MATT Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puanlarının Dağılımı.....	54
Tablo 22. Cinsiyet Değişkenine göre AKBTT Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puan Ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Aldıkları Toplam Puanlarının Dağılımı.....	55
Tablo 23. ASRS Ölçeğinin A Ve B Belirti Puanları İle Kaza Ve Alkollü Kaza Arasında Yapılan Pearson Korelasyon Analizinin Sonuçları.....	56
Tablo 24. ASRS Ölçeğinin A Ve B Belirti Puanları İle Kaza Ve MATT Arasında Yapılan Pearson Korelasyon Analizinin Sonuçları.....	57
Tablo 25. ASRS Ölçeğinin A Ve B Belirti Puanları İle AKBTT Toplam Puanları Ve Alt Ölçekleri Arasında Yapılan Pearson Korelasyon Analizinin Sonuçları.....	58
Tablo 26. AKBTT Toplam Puanları Ve Alt Ölçekleri İle MATT Toplam Puanları Arasında Yapılan Pearson Korelasyon Analizinin Sonuçları.....	59
Tablo 27. ASRS-A Alt Ölçeğini Yordayan Değişkenlerin İçin Yapılan Regresyon Analizinin Sonuçları.....	61
Tablo 28. ASRS-B Alt Ölçeğini Yordayan Değişkenlerin İçin Yapılan Regresyon Analizinin Sonuçları.....	62

GENEL BİLGİLER

Adı ve Soyadı: Tuncay ÇORAK

Anabilim Dalı: Psikoloji

Programı: Uygulamalı Psikoloji

Tez Danışmanı: Yard. Doç. Dr. Pervin Sevda BIKMAZ

Tez Türü ve Tarihi: Yüksek Lisans – Haziran 2015

EHLİYETLERİNE ALKOLLÜ ARAÇ KULLANMAKTAN DOLAYI EL KONULAN SÜRÜCÜLERDE ALKOL KULLANIMI VE BAĞIMLILIĞININ DİKKAT EKSİKLİĞİ VE HİPERAKTİVE İLE İLİŞKİSİ

ÖZET

Ehliyetleri alkollü araç kullanmaktan dolayı ikinci defa geri alınan ve ehliyetlerini alabilmek için sürücü davranışları geliştirme eğitimini almaya gelen sürücülerin alkol kullanımı ve bağımlılığı ile bunun dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile ilişkisinin incelenmesinin amaçlandığı bu çalışma 220 sürücünün katılımıyla gerçekleştirilmiştir. Çalışma grubunda yer alan sürücülere Sosyodemografik Bilgi Formu, Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi(AKBTT), Michigan Alkolizm Tarama Testi(MATT) ve Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği(ASRS) uygulanmıştır. Kullanılan ölçeklerden alınan puanların demografik değişkenlere göre farklılaşp farklılaşmamasına belirlemek için yapılan analizlerde istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmazken yapılan korelasyon analizleri sonucunda araştırmanın hipotezlerini destekleyen ilişkiler bulunmuştur. Ayrıca korelasyon analizinin ardından ASRS-A ve ASRS-B ölçeğinden alınan puanları yordayan değişkenleri belirlemek için yapılan çoklu regresyon analizi sonucunda analizde yer alan değişkenlerin ASRS-A ve ASRS-B belirti puanlarını belli oranlarda yordadığı ve aralarında istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler bulunduğu gösterilmiştir

Bulgulara göre, alkol kullanımının sürücülerin davranışlarını negatif şekilde etkilediği ve bunun sonucunda trafik hatalarına ve trafik kazalarına neden olduğu ortaya konulmuştur. Son olarak çalışmada yer alan alkol kullanımına ilişkin değişkenler ile ASRS-A ve ASRS-B'ye yönelik var olan ilişkilerin ortaya konulması ve bu değişkenlerin ASRS-A ve ASRS-B belirti puanlarını yordaması ayrıca önemli görünmektedir.

Anahtar Sözlükler: alkol kullanımı, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, sürücülük

GENERAL INFORMATION

Name and Surname: Tuncay ÇORAK

Department: Psychology

Program: Applied Psychology

Thesis Advisor: Assistant Professor Doctor Pervin Sevda BIKMAZ

Thesis Type and Date: Post Graduate – June 2015

USAGE OF ALCOHOL AT DRIVERS WHO HAD THEIR DRIVING LICENCE TAKEN FROM THEM BECAUSE OF USING VEHICLE WHILE INTOXICATED AND, THE RELATION OF ADDICTION WITH LACK OF ATTENTION AND HYPERACTIVITY

ABSTRACT

This study, which aims to research the addiction, and the relation of it to lack of attention and hyperactivity of drivers who had their driver license taken from them for a second time because of driving while intoxicated and to get their driving license back who participated to behavior developing training course, materialized with the participation of 220 drivers. To drivers that take place in this study group Socio-demographic Information Form, Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT), Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) and Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder Self-report Scale (ASRS) applied. At analyses that done to determine if scores taken are differentiating according to demographic variables, while no statically significant difference could not be found at the end of correlation analysis done, relations that support the hypothesis found. Also after the correlation analysis, at the end of multi regression analysis that has been done to determine the variables that predict the scores taken from ASRS-A and ASRS-B scales, it has been shown that variables take place at analysis predicted to ASRS-A and ASRS-B sign scores at certain rates and there are significant relations between them.

According to discoveries, it has been revealed that usage of alcohol effects the behavior of drivers negatively and as a result of this traffic errors and traffic accidents happens. Finally the variables about usage of alcohol that take place in research and, prediction of ASRS-A and ASRS-B signs are also seen important.

Key words: Usage of alcohol, lack of attention and hyperactivity, driver

1. GİRİŞ

1.1 Araştırmanın Konusu

Alkol kullanımı ve buna bağlı sorunlar son 15-20 yıl içinde önemli bir artış göstermiştir. Artış gösteren maddelerin kullanımı zamanla madde kullanım bozukluklarına, kötüye kullanımına ve bağımlılığa dönüşmekte ve kişiyi fiziksel, ruhsal, sosyal açıdan olumsuz etkilediği gibi kişinin ailesini ve çevresini de olumsuz şekilde etkilemektedir (Ongun, 2010). Diğer yandan ele alınan Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu (DEHB) ise aşırı hareketliliğin ve dürtüselliğin hâkim olduğu ve genellikle belirtilerinin çocukluk döneminden başlayarak erişkinlik döneminde de devam ettiği nöropsikiyatrik bozukluktur (Sevinç, Şengül, Çakaloz, Herken, 2010). Bu açıdan bakıldığında DEHB erişkinler için işlevsellik kaybına neden olarak bireyin hayatını etkilemektedir.

Bu iki durum birlikte düşünüldüğünde alkol kullanım bozuklukları ile DEHB yüksek oranlarda birlikte görülmektedir. Alkol madde kullanım bozukları olan bireylere bakıldığında %25-35'inde DEHB olduğu; DEHB olan bireylere bakıldığında ise %65-89 gibi değişen oranlarda ek psikiyatrik sorunların görüldüğü ve bunlar arasında alkol kullanım bozukluğunun yüksek oranda olduğu görülmüştür (Spencer, Ustun, Walters ve Zaslavsky, 2005; Biederman, 1995; Schubiner, Faber, Grafton, Tune, Hoffman ve Kilts, 2000).

Her iki durum sonuçları üzerinden karşılaştırıldığında sürücülere yönelik olarak araba sürme konusunda bozukluk olduğunu ve bu bireylerin hız cezası, sık sık alkollü olarak araç kullandıkları ehliyetlerinin askıya alınması ve motorlu araç kazasını içeren daha negatif sürüş becerilerine sahip olduğunu göstermektedir (Biederman, 1995. Fried, Petty, Surman, Reimer, Aleardi, Martin, Coughlin ve Biederman, 2006). Bu bağlamda bakıldığında alkol kullanımı ve bağımlılığı ile DEHB arasında bir ilişki olduğu düşünülmektedir. Bu araştırmanın konusunu bu

bağlamda; ehliyetleri geri alınan sürücülerde alkol kullanımı ve bağımlılığı ile DEHB arasındaki ilişkiyi incelemektedir.

1. 2. Araştırmanın Amacı

Karayollarında, can ve mal güvenliği yönünden trafik düzenini sağlamak ve trafik güvenliğini ilgilendiren tüm konularda alınacak önlemleri belirlemek amacı ile yürürlükte olan 2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu'nun (1983) 48. maddesine göre ehliyetleri alkollü araç kullanmaktan dolayı ikinci defa geri alınan ve ehliyetlerini alabilmek için sürücü davranışları geliştirme eğitimini almaya gelen sürücülerin alkol kullanımı ve bağımlılığı ile bunun dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile ilişkisini incelemektir.

1. 3. Araştırmanın Önemi

Ehliyetleri ikinci defa geri alınan sürücüler ile yapılan bu araştırmada çıkan sonuçlar alkollü araç kullanmaktan dolayı ehliyetleri geri alınan sürücüler için farklı eğitim metotlarının geliştirilmesine ve bu sürücülere yönelik önleyici ve koruyucu tedbirlerin alınmasına etkisi olabilir. Ayrıca seçilen evren ve ulaşılan örneklem için bu iki durum arasındaki ilişkinin incelenecek olması konunun özgünlüğünü ve önemini göstermektedir.

Bilimsel olarak farklı araştırmalara kaynak oluşturabilecek bu araştırma alkol kullanımı ve erişkin DEHB arasındaki ilişkileri belirlemeye ve sürücü davranışlarına yönelik farklı çalışmalara yol gösterebilir.

1. 4. Araştırmanın Sınırlılıkları

Araştırma sadece İstanbul'da ehliyetleri ikinci defa geri alınan sürücülerde belirlenecek örnekleme göre yapılacağından araştırma sonuçları ehliyetleri alkollü araç kullanmaktan dolayı geri alınan sürücülerin tümüne genellenemez. Ayrıca eğitime gelen sürücülerin araştırmaya katılmak istememeleri, sürücülerin okuma yazma bilmemeleri de sınırlılıklar arasında sayılabilir.

1. 5. Araştırmanın Kapsamı

Çalışmada alkol kullanımı ve buna bağlı sorunlar ve erişkin DEHB ilgili literatür doğrultusunda tanımlanmıştır. Her iki durum ile ilgili ilk olarak uluslararası çalışmalardan daha sonra ülkemizde yapılan çalışmalardan örnekler verilmiştir. Daha sonraki bölümlerde kullanılan Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi (AKBTT; Saatçioğlu, 2000), Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS; Doğan, 2009), Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT; Çoşkunel, 1995) ve araştırmacı tarafından hazırlanan Sosyodemografik Bilgi Formu'nun verileri istatistiksel olarak değerlendirilmiştir.

1. 6. Araştırma Hipotezleri

Ehliyetleri alkollü araç kullanmaktan dolayı ikinci defa geri alınan sürücülerde alkol kullanımı ve bağımlılığı ile DEHB arasında ilişki vardır.

MATT ölçeğinden alınan puanlarla DEHB'yi taramak için kullanılan ASRS ölçeğinden alınan puanlar ile aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Alkol kullanma miktarını ve sıklığını belirlemek için kullanılan alt ölçekten alınan puanla erişkin DEHB'yi taramak için kullanılan ASRS ölçeğinden alınan puanlar ile aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Alkol bağımlılığı belirtilerini belirlemek için kullanılan alt ölçeğinden alınan puanlar ile erişkin DEHB'yi taramak için kullanılan ASRS ölçeğinden alınan puanlar ile aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

Sorunlu içicilik belirtilerini belirlemek için kullanılan alt ölçeğinden alınan puanlar ile erişkin DEHB'yi taramak için kullanılan ASRS ölçeğinden alınan puanlar ile aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

AKBTT testinden alınan toplam puan ile erişkin DEHB'yi taramak için kullanılan ASRS ölçeğinden alınan puanlar ile aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.

2. GENEL BİLGİLER

2. 1. DİKKAT EKSİKLİĞİ HİPERAKTİVİTE BOZUKLUĞU

2. 1. 1. Giriş

Toplumun ve sağlık hizmetlerinin önemli sorunlarından birisi olan DEHB yaşama, kişiler arası ilişkilere, okul ve iş dünyasına yansıyan çeşitli olumsuz etkilerle görülür. DEHB erken çocukluk döneminde, yedi yaşından önce başlayıp önemli oranda ergenlik ve erişkinlik dönemlerinde de süren önemli nöropsikiyatrik bozukluklardan biridir (Tuğlu ve Şahin, 2010; Yapıcıoğlu, Kavakcı, Güler, Semiz ve Doğan 2011).

Temel belirtileri dikkatsizlik, dürtüsellik ve hiperaktivite olan bu bozukluğun son yıllarda yapılan çalışmalarla sadece çocukluk çağıyla sınırlı olmadığı erişkin döneminde de devam ettiği ve ömür boyu sürdüğü; etkilenen erişkinlerin akademik, sosyal ve iş yaşamı gibi birçok alanındaki işlevselliğini ciddi şekilde bozduğu gösterilmiştir (Shaffer, 1994; Wender, 1995).

Bozulan bu işlevsellik ve yaşanan problem alanları içerisinde iş yerinde iş yoğunlaşma ve başladıkları işi tamamlama ile ilgili zorluklar, sık iş değiştirme, organizasyon yapısındaki eksiklikler, düşük benlik saygısı, becerilerini göstermede eksiklik ve en tipik olarak unutkanlık ve odaklanma eksikliği sayılabilir (Barkley, 1990).

Belirtilerden olan aşırı hareketlilik ve kaba motor etkinlik yaşın ilerlemesiyle birlikte yerini huzursuzluğa, yerinde duramamaya ve kendini heyecanlı hissetmeye bırakmakta; ergenlik döneminde ise dürtüsel davranışlarda artış, hızlı cevap verme, hazzı erteleme becerisinde azalma, duygudurum değişkenliği, sonuçları düşünmeden eylemde bulunma, yenilik arayışı, kendine zarar verme ve planlama bozukluğu şeklinde gözlenmektedir (Tuğlu ve Abay, 1997; Barkley, Fischer, Smallish ve Fletcher, 2002). Yetişkin döneminde ise iş ve evlilik yaşamındaki problemler, kötü akran ilişkileri, kendine güven kaybına, yasal sorunlara, depresyon, alkol ve

psikoaktif madde kullanımı gibi belirtiler ile ön plana çıkmaktadır (Tuğlu ve Öztürk Şahin, 2010).

2. 1. 2 Tarihçe

Bu bozukluk ilk olarak 1902 yılında George Stil adındaki İngiliz doktor tarafından klinik bir hastalık tablosu olarak aşırı hareketli, konsantre olamayan, öğrenme güçlükleri ve davranım sorunları gösteren çocuklarda “Ahlaki Kontrolün İleri Düzeyde Yetersizliği” şeklinde tanımlanmıştır (Ongun, 2010; Kayaalp, 2008).

1917 yılında Amerika Birleşik Devletleri’nde ortaya çıkan ensafalit (beyin iltihabı) salgını sonucunda DEHB' ye benzer hareketlerin saptanması DEHB' ye olan ilgiyi artırmıştır. DEHB' ye benzer belirtilerin ortaya çıkmasından dolayı bu hastalığın beyindeki bir hasardan kaynaklandığı düşünülmüş ve “Minimal Beyin Lezyonu” adı verilmiştir (Ekşi, 2011).

1940’lı yıllarda bu çocuklarda beyin hasarını düşündüren bir nedene rastlanmamış ve hastalığın adı ‘Minimal Beyin Disfonksiyonu’ yani beynin çalışmasında küçük bir işleyiş kusuru olarak değiştirilmiştir (Ekşi,2011).

DEHB çocukluk döneminde çok incelenmesine rağmen erişkin DEHB ilk kez Wood ve arkadaşları tarafından 1976 yılında erişkin psikositimulanların etkisinin gösterilmesiyle literatüre girmiştir (Barkley ve ark, 2002). Bunun ardından 1980 ve 1990’lı yıllarda yapılan çalışmalar DEHB'nun sadece çocukluk çağına özgü olmadığı; benzer belirtilerin ergenlik ve erişkinlik döneminde de devam ettiği ortaya çıkmıştır. 2000’li yıllarının başından itibaren bu hastalığın yaşam boyu süren bir bozukluk olduğu kabul edilmiştir (Ekşi, 2011).

1960’lı yılların sonunda bilimsel olarak daha geçerli ve güvenilir sınıflamalar yapmak için girişimler olmuştur. Bu çalışmalarla Ruhsal Bozukluklar İçin Tanı ve İstatistik El Kitabının üçüncü basımında (DSM-III)(1980), dikkat eksikliği bozukluğu bir çocukluk tanısı olarak “Hiperaktivitenin Eşlik Ettiği Tip” ve “Hiperaktivitenin Eşlik Etmediği Tip” olarak iki alt gruba ayrılarak tanımlanmıştır. DSM-III’ün gözden geçirilmiş halinde (DSM-III-R)(1987), tanı kriterlerinde değişikliğe gidilerek DEHB, "Dikkat Eksikliği-Hiperaktivite Bozukluğu" olarak tanımlanmış ve hastalığın ana belirtileri “dikkat eksikliği” “dürtüsellik” ve

“hiperaktivite” olarak belirlenmiştir. Dördüncü baskıda (DSM-IV)(1994) “Dikkat Eksikliği ve Yıkıcı Davranım Bozuklukları” başlığı altında ek tanısal açıklamalar ile "Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu" şeklinde tanımlanarak, “Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu-Dikkatsizliğin Ön Planda Olduğu Tip” ve “Dikkat Eksikliği/Hiperaktivite Bozukluğu-Hiperaktivite ve Dürtüsellüğün Ön Planda Olduğu Tip” diye temel alt gruplara ayrılmıştır. Bunun dışında, her iki gruptan da belirti taşıyanları işaret eden bir üçüncü alt tip olarak "Bileşik Tip" bulunmaktadır. DEHB, dördüncü baskının gözden geçirilmiş halinde (DSM-IV-TR)(2000) ise “Genellikle İlk Kez Bebeklik, Çocukluk ya da Ergenlik Döneminde Tanısı Konan Bozukluklar” başlığı altında ele alınmıştır. Son olarak DSM-5’te ise DEHB “ Nörogelişimsel Bozukluklar” başlığı altında “Bileşik Görünüm”, Dikkat Eksikliğinin Baskın Olduğu Görünüm”, “Aşırı Hareketliliğin/Dürtüsellüğün Baskın Olduğu Görünüm” olarak 3 şekilde sınıflandırılmıştır.

Dürtüsellüğün temel belirtiler arasında yer verilmediği Dünya Sağlık Örgütü’nün (DSÖ) International Classification of Diseases-9 (ICD-9) sınıflama sisteminde bu bozukluk "Hiperkinetik Sendrom" ismi ile yer alırken, ICD-10’da 5 yaşından önce başlaması gerektiği, hemen her alanda dikkat süresi ve yoğunluğuna ilişkin sorunların bulunduğu ve aşırı motor hareketliliğin olduğu bildirilerek "Hiperkinetik Bozukluk" olarak yer almıştır (Şimşek, 2011; Tuğlu ve Şahin, 2010).

2. 1. 3. Epidemiyoloji

DEHB çocuklarda en sık teşhis edilen psikiyatrik bozukluktur (Kenar, 2011) ve dünyada yaygınlığı %8-12 arasında değişmektedir (Barkley, 2006). Okul çağındaki çocuklar incelendiğinde ise DEHB yaygınlığı %6-9 arasında değişmektedir (Biederman, 1995).

Literatürde kız erkek oranlarına bakıldığında farklılıklar görülmektedir. Bu farklılığa göre erkeklerde kızlardan daha fazla görülmektedir. Klinik örneklemde erkek/kız oranı 9/1 iken epidemiyolojik çalışmalarda erkek/kız oranı 4/1’dir (Ekşi,2011). Dikkatsizliğin önde olduğu tipin kızlarda, hareketliliğin önde olduğu tipin ise erkeklerde önde bulunduğu bir araştırmada erkek/kız oranı 3/1 olduğu bulunmuştur (Zimmerman, 2003). Schweitzer ve arkadaşları (2000) tarafından

yapılan bir araştırmada da kızlara oranla erkeklerde yaklaşık 5/1 oranında fazla gözleendiği bulunmuştur. Çocukluk dönemine ilişkin verilerin yukarıdaki oran aralıklarında değişiklik göstermesine rağmen erişkin örnekleme kadın/erkek oranı 1/1 olarak bulunmuştur (Tuğlu ve şahin, 2010).

Son yıllarda yapılan klinik çalışmalar ve gözlemler hastaların yarısından fazlasında bozukluğun erişkinlik döneminde devam ettiğini göstermiştir (Ateşçi, Tüysüzoğulları, Özdel ve Oğuzhanoğlu, 2010). Wender ve arkadaşlarının (2001) çocukluk dönemindeki yaygınlık ve erişkin devam etme oranlarından hesapladığı sonuçlara göre de erişkin dönemindeki yaygınlığının %1 ile %6 arasında olduğu tahmin edilmiştir. Ayrıca ABD’de hane halkına yönelik yapılan, 18-44 yaş arası 3199 kişinin dâhil edildiği çalışmada erişkin DEHB sıklığı %4,4 olarak ortaya konulmuştur (Kessler ve ark. 2006).

Fayyad ve arkadaşları tarafından (2007) yapılan, 18-44 yaş arası ve 11422 kişinin katıldığı uluslararası yürütölen (Belçika-Kolombiya-Fransa-Almanya-İtalya-Lübnan-Meksika-Hollanda-İspanya-ABD) epidemiyoloji çalışmasında ölkeler arasında yaygınlık oranları açısından farklılıklar olmakla birlikte yetişkinler için ortalama %3.4 yaygınlık oranı bulunmuştur.

Ölkemizde Yapıcıoğlu ve arkadaşları tarafından (2011) Sivas il merkezinde sistematik örnekleme yöntemiyle yapılan, 18-44 yaş aralığında ve 901 kişinin katıldığı araştırmada erişkin DEHB yaygınlığı %2.7 (24/901) olarak bulunmuştur.

Boşgelmez ve Tufan tarafından (2014) bir eğitim hastanesine ilk kez başvuran, farklı bir ek tanı almamış, DSM-IV-TR ölçütlerine göre majör depresif bozukluk tanısı almış, 18 yaş ve üstü 61 kadın hastada yapılan araştırmada erişkin DEHB oranı ise %6.5 olarak bulunmuştur.

Özkorumak ve arkadaşları tarafından (2013) bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğine ayaktan başvuran, araştırmayı kabul eden, 18-44 yaş aralığındaki 985 hastada erişkin DEHB yaygınlığını eştanı ve işlevsellik düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada yapılan çalışmada %5 (n=48) oranında bulunmuştur.

Alyanak ve arkadaşları tarafından (2011) bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde daha önce DEHB tanısı almamış, ilk kez başvuran ya da herhangi bir

tanıyla izlenmekte olan hastalar arasında yapılan çalışmada erişkin DEHB sıklığının en az %1.6 olduğu bulunmuştur.

Duran ve arkadaşları tarafından (2014) bir eğitim hastanesi genel psikiyatri kliniğinde DEHB yaygınlığının ve eştanıların belirlenmesi amacıyla yapılan, 246 hastanın dâhil edildiği çalışmada erişkin DEHB yaygınlığı %15.9 (n=39) olarak bulunmuştur.

2. 1. 4. Etiyoloji

DEHB'nin nedenlerine ilişkin yapılan birçok çalışma sonucunda, bu bozukluk için psikososyal, biyolojik, genetik ve ailesel etmenlerin önemli rol oynayabileceği ileri sürülmüş; ancak kesin bir sonuca ulaşılamamıştır (Erdoğan, 2002). Bu yüzden pek çok psikiyatrik bozuklukta olduğu gibi, erişkin DEHB'da biyopsikososyal nedenlerin ortak bir biçimde yer aldığı heterojen bir bozukluk olarak tanımlanabilir.

Yapılan çalışmalarla DEHB oluşumunda genetiğinin rolünün %80-90 olduğu ve sanılanın aksine anne-babanın hatalı davranması gibi nedenlerle DEHB oluşmadığı; aksine anne-babanın hatalı tutumlarının DEHB belirtilerinde artışa veya başka ek psikiyatrik sorunların eklenmesine yol açabildiği gösterilmiştir. Kısacası bu tür etkenler DEHB oluşmasına ya da ortadan kalkmasına yol açmayıp, belirtilerin şiddetinin artmasına veya azalmasına etki edebilmektedir (Ercan, 2008).

Yaygın olarak kabul edilen görüşe göre ise DEHB genetik ve çevresel etmenlerle belirlenen, dolayısıyla da biyolojik temele dayanan bir işlevsel bozukluktur (Erdoğan, 2002). DEHB'nin etiyojisini belirlemeye yönelik araştırmalar genetik, nörokimyasal, beyin görüntüleme ve çevresel nedenlere odaklanmıştır (Akgün, Tufan, Yurteri ve Erdogan, 2011). Bundan sonra aile, ikiz ve evlat edinme çalışmalarıyla ilgili olarak genetik çalışmalara; DEHB ile ilgili bulunan nörotransmitterlerin incelendiği nörokimyasal çalışmalara; var olan biyolojik yatkınlığı artırıcı durumlar ile ilgili olarak psikososyal ve çevresel faktörlere yönelik yapılan çalışmalara; beynin yapısal ve fonksiyonel durumunu incelemek için nörofizyoloji ve beyin görüntüleme çalışmalarına yer verilecektir.

2. 1. 4. 1. Genetik Etkenler

Son yıllarda yapılan aile çalışmaları, ikiz çalışmaları ve evlat edinme çalışmalarının çocukluk çağı DEHB etiolojisinin anlaşılması, genetik ve nörolojik etkilerinin tespit edilebilmesi açısından büyük yararları olmuştur. Bu çalışmaların sonucunda genetik özelliklerin çok önemli olduğu ve hastalığın oluşmasında %80-90 etkinin genetiğe bağlı olduğu ortaya konulmuştur (Ekşi, 2011).

DEHB olan hastaların yakınlarında davranış problemlerinin yüksek olduğunu gösteren çalışmalar vardır (Williams, Wright ve Partridge 1999). Yapılan aile çalışmalarında, etkilenmiş çocukların ebeveynlerinde DEHB riskinin genel topluma oranla 2-8 kat artmış olduğu gösteren sonuçlar elde edilmiştir (Güney, Ceylan ve İşeri, 2011). DEHB tanılı olguların yakın akrabalarında DEHB görülme riski %10-35 arasında değişmekte ve ebeveynlerde DEHB varsa, çocuklarında bunun görülme riskinin %57 olduğu bildirilmektedir (Faraone, Biederman ve Milberger, 1994). DEHB ile ilgili yapılan diğer bir çalışmada biyolojik yakınları ve kardeşlerinde hiperaktivite riski, DEHB olmayan kontrol grubuna göre 5 kat daha fazla olduğu bulunmuştur (Kent ve Craddock, 2003).

Tek ve çift yumurta ikizlerine yönelik yapılan çalışmalarda tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerinden daha yüksek oranda DEHB belirtilerini gösterdiği bulunmuştur. Tek yumurta ikizlerinde bu belirtilerin görülme oranı %59-92 arasında değişirken, çift yumurta ikizlerinde bu belirtiler %29-42 oranlarında görülmektedir (Hecthman, 2005). Ayrıca ikiz ve aile genetiği araştırmalarının sonuçlarına göre DEHB için ortalama kalıtılabilirlik %60-94 arasındadır (Tuğlu ve Şahin, 2010).

2. 1. 4. 2. Nörokimyasal Etkenler

Genetik ve çevresel etmenlerle belirlenen bu hastalıkla ilgili moleküler, genetik ve nörokimyasal değişikliklere yönelik yapılan çalışmalarda DEHB ile ilgili bulunan nörotransmitterlerin dopamin, noradrenalin ve serotonin başta olduğunu gösterir çalışmalar vardır (Erdoğan, 2002; Güney ve ark, 2011; Cantwell, 1999).

DEHB'de üzerinde durulan domapin eksikliğinin dikkati sürdürme, uyarıyı yok sayma ile ilgili problemleri ortaya çıkarabileceği gibi güdülenme, bilgi işleme ve

bellek işlevlerinde de sorunlara yol açabilir (Weiss, 1996). Dopaminin ve noradrenalinin düzeyini etkileyecek genetik değişiklikler bellek, dikkatin düzenlenmesi, davranışların inhibisyonu ve plan yapmayı içeren birçok fonksiyonu etkilemektedir (Güney ve ark, 2011).

DEHB için dopamin ve noradrenalin düzeylerinin düşüklüğü ve disregülasyonu (düzensizlik) olduğu; bilişsel işlevleri kontrol eden serebral korteksin önemli bölgelerinde dikkatsizlikle ilgili belirtilerin dopamin ve/veya noradrenalin disfonksiyonuyla (işlev bozukluğu) ilgili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca DEHB'nun etiolojisiyle ilgili yapılan uyarıcı ilaçlarla ilgili tedaviler, moleküler genetik ve nörogörüntüleme çalışmalarında dopamin disfonksiyonu açıklamasını da desteklemiştir (Tuğlu ve Şahin, 2010).

2. 1. 4. 3. Nörofizyoloji ve Beyin Görüntüleme Çalışmaları

Sıkça kullanılan beyin görüntüleme yöntemleri olarak tek foton emisyon bilgisayarlı tomografisi (SPECT), işlevsel manyetik rezonans görüntüleme (fMRI), elektroensefalografi (EEG) ve pozitron emisyon tomografisi (PET) sayılabilir. Morfolojik değerlendirme için daha çok MRI kullanılmaktadır. Bu görüntüleme yöntemleri psikiyatrik hastalıklarda sıklıkla kullanılmakta ve yapılan çalışmaların sonuçlarında pek çok ön bulgu elde edilmektedir (Ercan ve Turgay, 1999).

DEHB'de temel anormallikler frontal korteks ve striatum arasındaki bağlantılardadır (Tuğlu ve Şahin, 2011). Beynin yapısal ve fonksiyonel durumunu değerlendiren ve farklı beyin görüntüleme teknikleriyle yapılan araştırmaların sonuçlarında DEHB olan bireylerin beyinlerinde frontal lob ve özellikle de prefrontal korteksde-striatal-cerebellar bölgelerinin normalden küçük veya daha az aktif olduğu bulunmuştur (Ekşi, 2011; Tuğlu ve Şahin, 2011; Sonuga-Barke ve Halperin, 2010).

Öç ve arkadaşları tarafından (2008) yapılan DEHB grubunda 12 ve kontrol grubunda(yıkıcı davranış bozukluğu tanısı almayan diğer psikiyatrik bozukluklardan) 12 olmak üzere 24 çocuğun dâhil edildiği çalışmada; EEG ve SPECT sonuçlarına göre, literatüre benzer şekilde, DEHB grubunda bulunan çocukların frontol lob işlev bozukluğu olabileceğine dair bulgular elde edilmiştir.

DEHB olgularında EEG değişikliklerinin yaygınlığı %35-50 olarak bulunmuştur. Bu çalışmalarda yavaş dalga aktivitelerin (teta ve gama) artmış olduğu ve bu bulguların düşük uyarılma eşiğini gösterebileceği yorumu yapılmıştır (Tufan ve Yaluğ, 2009).

Bu tanıyı alan çocuk, ergen ve erişkinlerde yapısal ve işlevsel beyin anormallikleri saptanmıştır. Beyin asimetrisine yönelik yapılan çalışmalarda DEHB olan olgularda normal beyin asimetrisinin bulunmadığı ve beynin çeşitli bölgelerine göre farklılıklar bulunduğu ve bu tanıyı alan bireylerin toplam beyin hacminin de azaldığı ortaya konulmuştur (Kayaalp, 2008;Akgün ve ark, 2011).

Algı, biliş ve davranışı ölçen ve çıkan sonuçları beynin işlevleriyle ilişkilendiren nöropsikolojik testlere yönelik yapılan çalışmalarda DEHB olan hastalar yanıt inhibisyonu (baskılama) ile ilgili sorunlar gösterir. DEHB olan hastalar tipik olarak yanıtları geciktirmede güçlük sergiler. Erişkin DEHB'da ise bilişsel gereksinimler artıkça ya da görevler karmaşıklaştıkça nöropsikolojik bozukluklar artar. Biliş, dikkat, yönetsel işlevlerdeki bu olumsuz değişikler DEHB olan erişkinlerin hayatlarında zorlayıcı değişikliklere neden olabilir (Tuğlu ve Şahin, 2011).

2. 1. 4. 4. Psikososyal ve Çevresel Etkenler

DEHB'nun etiolojisinde biyolojik etkenlerin temel bir rol oynadığı bilinmektedir (Erdoğan, 2002). Bu yüzden psikososyal ve çevresel etkenlerin daha çok var olan biyolojik yatkınlığı veya bozukluğun şiddetini artırdığından söz edilebilir (Şengül, Efe, Alaçam ve Herken, 2009; Ongun, 2010).

Çevresel faktörlerden alkol ve nikotini gebelik döneminde kullanan, başta kurşun olmak üzere ağır zehirli maddelere sürekli maruz kalan, hastalıklara ve travmaya uğrayan ailelerin çocuklarında dikkat eksikliği ve hiperaktivite riski artmaktadır (Ongun, 2010; Ekşi, 2011). Öyle ki gebelik sırasında alkol ve nikotine maruz kalmanın DEHB ile ilişkili olduğu da bulunmuştur (Mick, Biederman, Faraone, Sayer ve Kleinman, 2002).

Çevresel etkenler arasında yer alan toksik ve alerjen maddelerin de bu hastalığın etiolojisiyle ilişkisini öne süren araştırmalarda mevcuttur (Biederman,

2005). Gebelik döneminde bu maddelere maruz kalan annelerin çocuklarında DEHB olma olasılığı sağlıklı hamilelik geçirenlerden daha fazladır (Ongun, 2010).

Doğuma yönelik olarak 32 haftadan erken doğum, düşük doğum ağırlığı, gebelik ve doğum komplikasyonları çocukta DEHB'nin gelişimi için risk etkeni olduğu bilinmektedir. Ayrıca aile içi çatışmalar, yoksulluk ve hasta ebeveynler risk etkenleri olarak görülmektedir. DEHB'nin erişkinlikteki devamına neden olan etkenler ise tam belli değildir (Tuğlu ve Şahin, 2011).

2. 1. 5. Tam Kriterleri

Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareket Bozukluğu

Dikkat Eksikliği/Aşırı Hareket Bozukluğu

A. Aşağıdakilerden (1) ve/ya da (2) ile belirli, işlevselliği ya da gelişimi bozan, süregiden bir dikkatsizlik ve/ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik örüntüsü:

1. Dikkatsizlik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen, aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:

Not: Belirtiler, yalnızca, karşı olmanın, karşı gelmenin, düşmanlı tutum ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamanın bir dışavurumu değildir. Yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) en az 5 belirti olması gerekir.

a. Çoğu kez, ayrıntılara özen göstermez ya da okul çalışmalarında (derslerde), işte ya da etkinlikler sırasında dikkatsizce yanlışlar yapar (örn. Ayrıntıları gözden geçirir ya da atlar, yaptığı iş yanlıştır).

b. Çoğu kez, iş yaparken ya da oyun oynarken dikkatini sürdürmekte güçlük çeker (örn. Ders dinlerken konuşmalar ya da uzun bir okuma sırasında odaklanmakta güçlük çeker).

c. Çoğu kez, doğrudan kendisine doğru konuşulurken, dinlemiyor gibi görünür (örn. Dikkatini dağıtacak açık bir dış uyaran olmasa bile, akli başka yerde gibi görünür).

d. Çoğu kez verilen yönergeleri izlemez ve okulda verilen görevleri, sıradan günlük işleri ya da işyeri sorumluluklarını tamamlayamaz (örn. İşe başlar ancak hızlı bir biçimde odağını yitirir ve dikkati dağılır).

e. Çoğu kez, işleri ve etkinlikleri düzenlemekte güçlük çeker (örn. Ardışık işlev yürütmekte güçlük çeker; dağınık ve düzensiz çalışır; zaman yönetimi kötüdür, zaman sınırlamalarına uyamaz).

f. Çoğu kez; sürekli bir zihinsel çaba gerektiren işlerden kaçınır, bu tür işleri sevmez ya da bu tür işlere girmek istemez (örn. Okulda verilen görevler ya da ödevler; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde; rapor hazırlamak, form doldurmak, uzun yazıları gözden geçirmek).

g. Çoğu kez, işi ya da etkinlikleri için gerekli nesnelere kaybeder (örn. Okul gereçleri, kalemler, kitaplar, gündelikaraçlar, cüzdanlar, anahtarlar, yazılar, gözlükler, cep telefonları).

h. Çoğu kez, dış uyaranlarla dikkati kolaylıkla dağılır (yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde ilgisiz düşünceleri kapsayabilir).

i. Çoğu kez, günlük etkinliklerini unutmaktır (örn. Sıradan günlük işleri yaparken, getir götür işlerini yaparken; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, telefonla aramalara geri dönmede, faturaları ödemedede, randevularına uymakta).

2. Aşırı hareketlilik ve Dürtüsellik: Gelişimsel düzeye göre uygun olmayan ve toplumsal ve okulla/işle ilgili etkinlikleri doğrudan olumsuz etkileyen aşağıdaki altı (ya da daha çok) belirti en az altı aydır sürmektedir:

Not: Belirtiler, yalnızca, karşı olmanın, karşı gelmenin, düşmancıl tutumun ya da verilen görevleri ya da yönergeleri anlayamamının bir dışavurumu değildir. Yaşı

ileri gençlerde ve erişkinlerde (17 yaşında ve daha büyük olanlarda) En az beş belirti olması gerekir.

a. Çoğu kez, kıpırdanır ya da ellerini ya da ayaklarını vurur ya da oturduğu yerde kıvrınır.

b. Çoğu kez, oturmasının beklendiği durumlarda oturduğu yerlerden kalkar (örn. Sınıfta, ofiste ya da iş yerinde ya da yerinde durması gereken diğer durumlarda yerinden kalkar).

c. Çoğu kez, uygunsuz ortarlarda, ortalıkta koşturur durur ya da bir yerlere tırmanır. (**Not:** yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, kendini huzursuz hissetmekte sınırlı olabilir.)

d. Çoğu kez, boş zaman etkinliklerine sessiz bir biçimde katılamaz ya da sessiz bir biçimde oyun oynayamaz.

e. Çoğu kez, “her an hareket halinde”dir, “kıcına bir motor takılmış” gibi davranır (örn. Restoranlar, toplantılar gibi yerlerde uzun bir süre sessiz-sakin duramaz ya da böyle durmaktan rahatsız olur; başkalarınca yerinde duramayan ya da izlemekte güçlük çekilen kişiler olarak görülürler).

f. Çoğu kez, aşırı konuşur.

g. Çoğu kez, sorulan soru tamamlanmadan yanıtını yapıştırır (örn. İnsanların cümlelerini tamamlar; konuşma sırasını bekleyemez).

h. Çoğu kez sırasını bekleyemez (örn. Kuyrukta beklerken).

i. Çoğu kez, başkalarının sözünü keser ya da araya girer (örn. Konuşmaların, oyunların ya da etkinliklerin arasına girer; sormadan ya da izin almadan başka insanların eşyalarını kullanmaya başlayabilir; yaşı ileri gençlerde ve erişkinlerde, başkalarının yaptığıın arasına girer ya da başkalarının yaptığıını birden kendi yapmaya başlar).

B. On iki yaşından önce birkaç dikkatsizlik ya da aşırı dikkatsizlik-dürtüsellik belirtisi olmuştur.

C. Birkaç dikkatsizlik ya da aşırı hareketlilik-dürtüsellik belirtisi iki ya da daha çok ortamda vardır (örn. Ev, okul ya da iş yeri, arkadaşları ya da akrabalarıyla; diğer etkinlikler sırasında).

D. Bu belirtilerin, toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevselliği bozduğuna ya da işlevselliğin niteliğini düşürdüğüne ilişkin açık kanıtlar vardır.

E. Bu belirtiler, yalnızca, şizofreni ya da psikozla giden başka bir bozukluğun gidişi sırasında ortaya çıkmamaktadır ve başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz (örn. Duygu durum bozukluğu, kaygı bozukluğu, i çözülme bozukluğu, kişilik bozukluğu, madde ersikliği ya da yoksunluğu)

Olup olmadığını belirtiniz:

314.01(F90.2) Bileşik görünüm: Son 6 ay içinde, hem A1 (dikkatsizlik), hem de A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütleri karşılanmıştır.

314.00(F90.0) Dikkatsiliğin baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde, A1 (dikkatsilik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

314.01 (F90.1) Aşırı hareketliliğin/Dürtüsellüğün baskın olduğu görünüm: Son altı ay içinde A2 (aşırı hareketlilik/dürtüsellik) tanı ölçütü karşılanmış, ancak A1 (dikkatsizlik) tanı ölçütü karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Tam olmayan yatışma gösteren: Daha önceden büyük tanı ölçütleri karşılanmış olmakla birlikte, son altı ay içinde bütün tanı ölçütlerinden daha azı karşılanmıştır ve belirtiler bugün içinde toplumsal, okulla ya da işle ilgili işlevsellikte bozulmaya neden olmaktadır.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

Ağır olmayan: Tan koymak için gerekli belirtilerden, varsa bile biraz daha çoğu vardır ve belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği çok az bozmaktan öteye gitmemiştir.

Orta derecede: Belirtiler ya da işlevsellikte bozulma “ağır olmayan”la “ağır” arasında orta bir yerdedir.

Ağır: Tanı koymak için gerekli belirtilerden çok daha çoğu ya da birkaç, özellikle ağır belirti vardır ya da belirtiler toplumsal ya da işle ilgili işlevselliği ileri derecede bozmuştur.

2. 1. 6. Komorbidite

Erişkin DEHB 'nun yaşam boyu psikiyatrik eştanı için önemli bir risk faktörü olduğu görülmüştür (McGough, Smalley, McCracken, Yang, Del'Homme, Lynn ve Loo, 2005). Literatür tarandığında DEHB'na eşlik eden en az bir eştanının %88 oranında var olduğu, birden fazla eştanının ise %66 oranında var olduğu bildirilmektedir. Ayrıca DEHB olan erişkinler uyum işlevlerinde belirgin azalma yaşarlar (Sevinç, Şengul, Cakaloz ve Herken, 2010).

Hastalarda gözlenen yüksek psikiyatrik eştanı oranları tanı, tedavi ve sonlanım açısından klinik tabloyu kötüleştirir (Tuğlu ve Şahin, 2010). Birçok eştanın görünme olasılığının yüksek olduğu DEHB'da klinik durumun kötüleşmesinden dolayı eştanıların tedaviyi güçleştirdiği ve tedavi maliyetlerini artırdığı görülmüştür (Troller, 1999; Secnik, Swensen ve Lage, 2005).

Yapılan çalışmaların sonuçlarına göre çocuklarda daha çok davranış bozuklukları görülürken gençlerde anksiyete bozuklukları erişkinlerde ise hem anksiyete bozuklukları hem de duygudurum bozuklukları görülmektedir. Çalışmaların sonuçları erişkin dönemde DEHB ile belirtileri en fazla örtüşen psikiyatrik hastalıkların; duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve kişilik bozuklukları; DEHB ile en sık birlikte görülen hastalıkların ise alkol ve madde

kullanım bozuklukları, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları ve antisosyal kişilik bozukluğu olduğu gösterilmektedir (Tuğlu ve şahin, 2010; Wender, 1995; Biederman, Faraone, Spencer, Mick, Monuteaux ve Aieardi 2006; Torun, Özşahin ve Sütçigil, 2009).

Ülkemizde Sevinç ve arkadaşları (2010) tarafından bir üniversite hastanesinin psikiyatri polikliniğinde DEHB tanısı konan 16-60 yaş arası 80 hasta ve 80 kontrolden oluşmak üzere toplam 160 kişinin katıldığı, olgu-kontrol çalışması şeklinde yürütölen araştırmada; DEHB olan hastaların %87.5'inin en az bir eştanı aldıkları; görölen en sık eştanıların ise yaygın anksiyete bozukluğu ve major depresif bozukluk olduğu gözlemlenmiştir. Yaygın anksiyete bozukluğu(%46.3), major depresif bozukluk(%46.3), distimik bozukluk(%10.0) ve somataform bozukluk(%11.3) eştanılarının DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha sık göröldüğu bulunmuştur. Bu gruplar kişilik bozuklukları açısından değerlendirildiğinde ise antisosyal(%11.3) ve borderline(%18.8) kişilik bozuklukları, DEHB grubunda kontrol grubuna göre anlamlı düzeyde daha fazla saptanmıştır.

İyisoy tarafından (2006) bir eğitim hastanesi psikiyatri polikliniğine başvuran, 20-35 yaş arası, DSM-IV-TR tanı kriterlerine göre antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) tanısı konmuş olan 90 olgu ve 90 sağlıklı kontrolle yürütölen çalışmada ASKB olgularında erişkin DEHB ek tanısı %83.3(75 kişi), kontrol grubunda ise %6.7 (6 kişi) oranlarında bulunmuştur.

Alyanak ve arkadaşları tarafından (2011) bir üniversite hastanesi genel psikiyatri kliniğinde erişkin DEHB tanısı konan 8 hasta ve Erişkin DEHB polikliniğinde takip edilen 32 hastanın dahil edildiği eş tanıların değerlendirilmesi için yapılan araştırmada; DEHB tanısı olan hastaların alkol ve madde kullanım bozukluğu eştanısı %32,5(13 kişi); duygudurum bozukluğu eştanısı %45(18 kişi); anksiyete bozuklukları eş tanısı %40(16 kişi) olarak bulunmuştur.

Özkorumak ve arkadaşları tarafından (2013) bir üniversite hastanesi psikiyatri kliniğine ayaktan başvuran, araştırmayı kabul eden, 18-44 yaş aralığındaki 985 hastada erişkin DEHB yaygınlığını eştanı ve işlevsellik düzeylerini belirlemek amacıyla yapılan çalışmada erişkin DEHB tanısı konan 48 hastanın %85.4'ünde

birden çok eş tanıya rastlanmıştır. Bu 48 hastada görülen ektanuların oranları ise depresif bozukluk %64.6 (n=31), obsesif kompulsif bozukluk (OKB) %22.9 (n=11), sosyal fobi %12,5 (n=6), yaygın anksiyete bozukluğu (YAB) %8.3 (n=4) ve panik bozukluk %8.3 (n=4) olarak görülmektedir.

Duran ve arkadaşları tarafından (2014) bir eğitim hastanesi genel psikiyatri kliniğinde dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu (DEHB) yaygınlığının ve eştanuların belirlenmesi amacıyla yapılan, 39 DEHB'li hastanın eştanularına bakıldığında en sık major depresyon %43,5 (n=17), daha sonra sırasıyla yaygın anksiyete bozukluğu %23 (n=9), obsesif kompulsif bozukluk %18 (n=9) ve distimik bozukluk %15,6 (n=6) görülmüştür.

2. 2. ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU

2. 2. 1. Giriş

Alkol kullanımı ve buna bağlı sorunlar geçtiğimiz son 25-30 yıl içinde önemli artış göstermiştir ve buna bağlı gelişen bağımlılık çağımızın en önemli sorunlarından biri olarak görünmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün 2004 yılında alkol kullanımıyla ilgili dünya genelinde yürüttüğü çalışmaların yayımlanan (World Health Organization) sonuçlarına göre, yaklaşık 2 milyar kişi alkol kullanmakta ve kişilerin alkol tüketimi 2-5 litre arasında değişmektedir (WHO, 2004).

Alkol kullanımı alkol bağımlılığı oluşumunu belirlemektedir (Kalyoncu ve Mırsal, 2000). Bu yüzden alkol kullanımı ve kullanımından dolayı bağımlılık riski iş, sosyal yaşam, aile, sağlık gibi birçok alanda olumsuzluklara neden olan ve giderek büyüyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Coşar, Arıkan, Hiçyılmaz, Kuruoğlu, Sertcan ve Işık, 1996; WHO, 2004).

2. 2. 2. Tarihçe

Roueché' a göre taş devrinden günümüze kadar hemen hemen tüm kültürlerde alkol kullanılmaktadır ve alkol kullanımı Paleolitik Çağ'a kadar uzanan insanlık tarihi kadar eski bir alışkanlık olarak görünmektedir (Coşkunol,1996; Işık, 2007). Ayrıca kaynaklara göre ilk keşfedilen psikofarmakolojik ajan alkoldür (Coşkun, 2009).

Merkezi sinir sistemini inhibe eden, keyif verici, yatıştırıcı, zehirli etkisi olan ve kullanım oranı yüksek, uçucu bir madde olan alkolle ilgili inanışlar tarih boyunca değişiklikler göstermiştir (Kalyoncu ve Mırsal, 2000).

İlk çağ dinleri alkolü dini törenlerin kutsal simgesi olarak kullanmışlardır. Musevilikte sarhoş olmayacak düzeyde içki içilmesi dinsel bir tören olarak kabul görmüş, Hristiyanlık sarhoşluğu yasaklamış fakat alkol kullanımına izin vermiştir. İslamiyet ise önce alkol kullanımına karışmamış ancak sonradan yasaklamıştır (Brown ve Yalom, 2008). Alkol kullanımının dini ve ahlaki açıklamalardan uzaklaştırılması ve tıbbi bir sorun olarak kabul edilerek el alınması son 150 yılda olmuştur (Çoşkunel, 1996)

Alkol kullanımının sonuçlarıyla illiği olarak 1700'lerde Dr. Benjamin Rush sarhoşluğun sürekli tekrarlanmasının bir sorun olduğunu ve hastalık olarak kabul edilmesi gerektiğini ifade etmiştir (Brown, 2008). Tekrarlayan sarhoşluğu ve kronik alkol kullanımını tanımlamak için 1849'da bir halk sağlığı uzmanı olan Magnus Huss, alkolün bedensel ve ruhsal etkilerini göz önüne alarak ilk kez "alkolizm" sözcüğünü kullanmıştır (Gaumond, Davis ve Hill, 2009. Ceylan ve Türkcan, 2003). Sonuç olarak alkolizm, tıbbi bir kavram ve hastalık olarak kabul edilip, 1956 yılında Amerikan Tıp Birliği tarafından sınıflandırılmıştır (Brown, 2008; Kalyoncu ve Mırsal, 2000).

2. 2. 3. Epidemiyoloji

Alkollü içki tüketimi, ABD'de ve Avrupa'da yaygın bir tutum olarak görülmekte; ancak bu tüketimin bağımlılığa dönüşmesi ise bir sorun olarak değerlendirilmektedir. Bu açıdan bakıldığında giderek artan alkol kullanımı ve bunun sonucunda gelişen alkol kullanım bozukluğu hem gelişmiş ülkelerde hem de ülkemizde bir halk sağlığı sorunu olarak karşımıza çıkmaktadır (İnce, Doğruer, Türkçapar, 2002).

En yüksek madde kullanım yaygınlık oranı 18-25 yaş aralığında görülüyor iken, 30-44 ve 45 yaş üstü yaş gruplarında giderek sıklığı düşmektedir. Ayrıca alkol/madde kullanımı ve bağımlılığı erkeklerde, siyah ırkta ve büyük şehirlerde daha fazladır (Kaplan ve Sodock, 2004).

Amerika Birleşik Devletlerinde (ABD) yapılan Epidemiyolojik Kaynak Alanı(ECA) çalışmasına göre alkol bağımlılığının yaşam boyu yaygınlığı %13.76'dır ve erkek/kadın oranı 4/1'dir (Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd ve Goodwin, 1990). ABD'de 2001 yılında yapılan Ulusal Hane Araştırması (National Household Survey) verileri değerlendirildiğinde alkol kullananların toplam nüfusa oranı %84'tür (WHO, 2004). ABD'de 2001-2002 yılları arasında yaygınlığı belirlemeye yönelik yapılan çalışmada alkol bağımlılığının yaygınlığı %3,81 olarak bulunmuştur (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAAA), 2006).

Kılıç, Erol ve Ulusoy tarafından (1998) ruhsal hastalıklarla ilgili yapılan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışmasında, çalışmaya katılan 18-65 yaş arası, 7479 kişide son 12 ay için, alkol bağımlılığı yaygınlığı %0.8 bulunmuştur. Bu çalışmada erkeklerde alkol bağımlılığı yaygınlığı %1.7, kadınlarda %0.1 olarak bildirilmiştir.

Ülkemizde Turan ve arkadaşları tarafından (1999) Konya-Seydişehir Alüminyum İşletme Müdürlüğü'nde, toplam 1670 kişinin verilerinin değerlendirildiği, bölgesel olarak yapılan bir çalışmada deneklerin %26.1'inin (n=436) alkol kullanmakta olduğu, alkol kullananların ise %34.63'ünün (n=150) bağımlılık düzeyinde alkol tükettikleri bulunmuştur.

Karataş tarafından (2005) üniversite hastanesi psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören 155 hastada alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığını belirlemek için yapılan çalışmada tedavi gören hastaların % 21,9' unda alkol, %18'inde diğer madde bağımlılık ya da kötüye kullanımı bulunduğu saptanmıştır.

Pektaş ve arkadaşları tarafından (2003) psikiyatri kliniğinde yatarak tedavi gören hastalarda alkol kullanım özelliklerini belirlemek için yapılan, yatarak tedavi alan toplam 100 hastanın dâhil edildiği çalışmada hastaların %35'nin (n=35) hiç alkol içmedikleri, %47'sinin (n=47) sorunsuz alkol içtikleri ve %18'inin (n=18) sorunlu içici oldukları bulunmuştur.

Zorlu ve arkadaşları tarafından (2011) İzmir'de, denetimli serbestlik uygulaması kapsamında başvuran hastaların alkol kullanım bozukluğu sıklığının geriye dönük olarak değerlendirilmesinin amaçlandığı, verilerine ulaşılan 215 olgu üzerinden yapılan çalışmada kan-idrar sonuçları değerlendirildiğinde %37.2'sinin

(n=80); tarama testi sonuçları değerlendirildiğinde %25.6'sının (n=55) alkol kullanım bozukluğu olduğu saptanmıştır.

Ögel ve arkadaşları tarafından (2004) dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığını belirlemek için yapılan toplam 11.989 ilköğretim ve toplam 12.270 ortaöğretim öğrencisinin yer aldığı araştırmada; araştırmaya katılan ilköğretim öğrencilerinde alkol kullanım oranı %15.4, ortaöğretim öğrencilerinde de %45.0 olarak bulunmuştur.

Özgür İlhan ve arkadaşları tarafından (2005) Ankara'da, çıraklık eğitimine devam eden ve çalışan 581 gencin dâhil edildiği araştırmada yaşam boyu alkol kullanımı yaygınlığı %37,3 olarak bulunurken tehlikeli kullanım oranı %4,5 olarak bulunmuştur.

Yiğit ve Khorshid tarafından(2006) üniversite öğrencilerinde alkol kullanımı ve bağımlılığını incelemek amacıyla Ege Üniversitesi'nde, 17-28 yaş arasında 300 öğrencinin katılımıyla yapılan araştırmada öğrencilerin %77.2'sinin sorunsuz içici olduğu, %14'unun alkolü kötüye kullandığı, %8.8'inin alkol bağımlısı olduğu saptanmıştır.

2. 2. 4. Etiyoloji

Sosyokültürel ve psikolojik nedenlerin etkili olduğu bir durum olarak alkol kullanımı batı toplumlarında kabul gören bir tutumdur. Bununla birlikte alkol, kullanımının ötesinde bazı durumlarda geçici problemler yaratırken, bazı durumlarda alkol bağımlılığına yol açabilmektedir (Schuckit, 2000).

Alkol kullanım bozukluğu tek bir nedene bağlanmamakla birlikte nedenleri incelendiğinde, biyolojik, sosyokültürel ve psikolojik etmenler dikkati çekmektedir (Kalyoncu, 2010).

Çalışmanın devamında çeşitli kuramlara göre alkol kullanım bozukluğu ile ilgili psikolojik çalışmalara; aile ilgili etmenlerin ele alındığı genetik çalışmalara ve çeşitli sosyokültürel ve çevresel etkenlerin alkol kullanım bozukluğunun etiolojisinde rol aldığını belirten çalışmalara yer verilecektir.

2. 2. 4. 1. Psikodinamik Kuram:

Alkol bağımlılığının psikodinamik temeli ile ilgili pek çok görüş bulunmaktadır. Temel olarak psikodinamik yaklaşımlar alkol ve madde bağımlılığını bilinçdışı çatışmalarının bir belirtisi olarak görür. Bu kurama göre aşırı katı, ilkel, cezalandırıcı ve baskıcı üstbenlikleri olan kişiler alkölü bilinçdışı gerginliklerini azaltmak için içmektedirler. Bunun sonucunda gelişen bağımlılık psikoseksüel gelişim çatışmaları ile oluşan bir durum (yineleyeci ve olumsuz bir örüntü) olarak kabul edilir (Evren, 2004; Kalyoncu ve Mırsal, 2002; Tarhan ve Nurmedov, 2011). Alkol bağımlısı olan kişiler gelişimin oral döneminde takılmaları sonucu oral doyumu ağız yoluyla alkol olarak sağlamaktadırlar (Schuckit, 2000).

Freud alkol, tütün ve morfin gibi bağımlılıkların primer bağımlılık olarak tanımladığı mastürbasyonun yerine geliştiğini söylemektedir. Gelişen bağımlılığın mastürbasyonu (yasaklanmış istek) çözme başarısızlığı nedeniyle oluşan kendilik kaybının yerine geçmekte ve yineleyerek devam etmektedir. Buradaki bağımlılık yasaklanmış istek (mastürbasyon) nedeniyle kendini cezalandırma amacına hizmet eder ve alkol kullanan kişi kendini cezalandırmak için alkol kullanımını sürdürür. Karl Abraham alkol bağımlılarının bastırılmış homoseksüaliteyle ilgili yoğun çatışmalar yaşadıklarını ve ağır içiciliğin bu homoseksüel istekleri açığa çıkarttığına inanır. Glover ise alkol kullanım bozukluğu için agresyon ve sadizmden söz etmektedir (Akvardar, 2003).

Alkol bağımlılığında gözlenen çatışma, değersizlik ve yetersizlik duyguları düşük benlik saygısını ortaya çıkarmaktadır. Bu duygular reddedilir, bastırılır veya çözümlenmesi gereken bilinçdışı çatışmalara yol açar. Bağımlılık gereksinimleri karşılanamadığı için denetim, güç, başarı ve yüksek benlik saygısına ilişkin tamamlayıcı gereksinimlerin oluşmasına ve bu da yoğun kaygıya yol açar. Ek olarak alkol, çatışmalardan uzaklaşarak kaygının azaltılmasına yarar. Bu aşamada kaygının azaltılmasını sağlayan alkol kullanımı; gerçek yaşamda ulaşılamayan güç, denetim ve yüksek benlik saygısı sağlar (Kalyoncu ve Mırsal, 2002. Akvardar, 2003).

Kohut'un öncülüğünde (1977) gelişen Kendilik Psikolojisi'nde bağımlılık kendini kontrol etme bozukluğu olarak ele alındığında alkol/madde kullananlarda

temelde, kontrol problemleri vurgulanmıştır. Alkol kullanım bozukluğu olanlarda kontrol problemleri uyum ve huzur sağlamadaki hata ve kusurları ile tanımlanmaya çalışılmıştır. Madde kullanımının anlamı, nedenleri ve sonuçları en iyi kişilik organizasyonu, ego psikolojisi, kendilik yapıları, kişiye özgü stres durumları ile ilişkili çevresel etkiler ve maddelerin özgül özelliklerinin dikkate alınması ile anlaşılır (Göka ve Başterzi, 2001).

Zimberg alkol bağımlılığını ve bağımlılıkta var olan çatışmayı; görülen değersizlik ve yetersizlik duygusuyla düşük benlik saygısıyla bağlantı kurarak açıklamıştır. Açıklamada yer alan bu duygular alkol bağımlıları tarafından yadsınır veya bastırılır ve bunun sonucunda kabul edilme ve özen gösterilme, bilinçdışı bir gereksinim haline gelir. Burada kullanılan alkol, anksiyeteyi yatıştırmakta ve en önemlisi bir güç duygusu, tüm güçlülük, incinmezlik duyguları yaratmaktadır. Sonuç olarak Zimberg'in modelinde alkol bağımlısı, alkole bilinçdışı süreçlerde yer alan bağımlılık gereksinmesinin yarattığı çatışmayı tetikleyen anksiyete durumlarından kaçınabilmek için başvurmaktadır (akt: Göka ve Başterzi, 2001). Sonuç olarak psikodinamik teori bağımlılığın, uyumlayıcı bir davranış olarak var olan kederin dindirilmesi için kullanıldığını ve bunun sonucunda kişinin kendinde olan eksikliklerini onardığını ileri sürmektedir (Lowinson, Ruiz, Millman, Langrod, 2005).

2. 2. 4. 2. Bilişsel Kuram

Bilişsel kurama göre bireyin belirli durumları algılama ve yorumlama biçimi, bu durumlarla bağlantılı inançları tarafından şekillendirilir. Bireyin durumu algılama biçimine bağlı olarak bir olayla ilgili duygu, motivasyon ve davranışları değişebilir (Aslan ve Açıkyürek, 2008). Alkol/maddeye başlama ve sürdürme nedenlerine yönelik olarak kişilerin düşünce ve inançlarına odaklanan bu kuramda alkolün hoşnutluk vermesiyle ilişkili beklentilere ve içme isteğiyle başa çıkma becerisi hakkındaki inanışlara yol açması ele alınır (Güveli ve Saatçioğlu, 2008).

Bilişsel kurama göre bazı özel inançlar alkol kullanımında yatkınlığı neden olur. Ödül beklentisiyle ilgili inançlar; madde kullanımının kabul edilebileceğine dair kolaylaştırıcı ve izin verici inançlar; madde kullanmayla ilgili rahatlamaya dönük

inançlar bu özel inançlara örnek gösterilebilir. Bu modele göre alkolü hatırlatan içsel ya da dışsal uyaranlar ya da çeşitli yaşam stresörleri ilişkili yüksek riskli durumlarda bu inançlar aktive olur (Aslan ve Açıkyürek, 2008; Ekinci, Ekinci, Türkçapar, Özbay, 2012).

Davranışları etkileyebilen temel süreçler arasında yer alan beklentiler bağımlılık konusunda da öne çıkmaktadır. Alkol kullanımındaki sonuç beklentisi; alkolün etkileri için olumlu beklentilerin oluşmasını sağlar. Olumlu sonuç beklentisi (yoksunluk belirtilerinden, kaygıdan kurtulma rahatlama, vb.) ise alkolün daha sık kullanılmasına ve bağımlılık gelişmesine yol açabilir (Türkcan, 2002; Güveli ve Saatçioğlu, 2008; McCrady, Epstein ve Addictions 1999).

Bilişsel kuram içerisinde yer alan Bandura'nın sosyal öğrenme teorisine göre davranış değişikliğinde davranış, biliş ve çevre önemlidir. Bu 3 alanla ilgili olarak alkol kullanma durumlarıyla ilgili risk etmenlerinde başa çıkma yeteneği, alkol kullanma ile ilgili sonuç beklentisi ve davranışsal ve bilişsel süreçlere etki eden çevresel durumlar yer alır. Bireyinde bu durumlarla başa çıkabilmesi için gerekli olan davranışları ne kadar iyi yapabildiğine dair kişisel yargılarından oluşan öz yeterlilik (self- efficacy) kavramı teori içerisinde öne çıkmaktadır(Niaura, 2000; Thomas, Herzog, Irvin ve Gwaltney 2004; Bandura, 1977).

Buradaki düşünce süreçleri özellikle de öz yeterlilik inancı bireyin davranışlarını belirlemede önemlidir. Öz yeterlilik inancı bağımlılarda ele alındığında madde kullanmaya başlama, devam etme ve madde kullanımını bırakma süreçlerindeki davranışlar üzerinde etkili olabileceği düşünülmektedir (Açıkyürek, 2008).

Bilişsel kuramın içme isteği ile alkolle ilgili baştan çıkarıcı etkenler hem fiziksel bir uyarılmaya hem de istek duymaya bağlı olarak bilişsel bir yanıtı yol açar (Bilişsel Etiketleme). Var olan baştan çıkarıcılarda alkolün etkileri için olumlu beklentilerin oluşmasını sağlar (Sonuç Beklentisi).

2. 2. 4. 3. Davranışçı Kuram

Davranışçı kuram Pavlov'un ilkeleri ve öğrenme kuramları temel alınarak geliştirilmiştir. Bu kuram içerisinde yer alan klasik koşullandırma; başlangıçta tepki

uyandırmayan (nötr) bir uyarının, koşulsuz uyarı ile eşleşmesi durumunda, koşullu uyarıya dönüşmesi ve koşullu tepkiye yol açması esasına dayanır. Koşullanma modeli alkol/madde kötüye kullanımının temelinde yer alan aşırı istek, arzu veya aşırma durumu (craving- alkol kullanma isteği) davranışına odaklanmıştır. Alkol kullanımı ile ilgili çevresel etkenler alkol kullanımını hatırlatan koşullu uyarı haline gelebilir ve bu koşullanılmış uyarıcı etkenler sonucunda kişiler alkol alacakmış gibi fizyolojik ve ruhsal bir yanıt verebilirler (Güveli ve Saatçioğlu, 2008).

Burada uyarı-yanıt döngüsüne bakmak gerekirse; kanda var olan alkol düzeyinin düşmesi koşulsuz bir uyarı olup koşulsuz bir yanıt olarak yoksunluk belirtileri ortaya çıkmaktadır. Oysa alkol kullanımını hatırlatan işaretler (alkollü içkilerin kokusu, görünümü vb.) koşullu bir uyarı olup bu da koşullu bir yanıt olarak alkol yoksunluğuna yol açar (Türkcan, 2002).

Bağımlılığı açıklamaya çalışan edimsel koşullanmada ise davranışın sonuçlarına odaklanılmıştır; bir davranışın ya da tepkinin ödüllendirilmesi sonucu daha güçlenmesi, ya da ödüllendirilmemesi sonucunda zayıflaması ya da ortadan kalkmasına neden olur. Burada ortaya çıkan sonuç hem pozitif hem negatif şekilde davranışı pekiştirebilir. Kendine güveni artırmak, keyif ve haz almak, eğlenmek için kullanıldığında pozitif; yoksunluk belirtilerinden, kaygıdan kurtulmak için kullanıldığında ise negatif pekiştirici olarak davranışın devam etmesine neden olmaktadır.

2. 2. 4. 4. Genetik Etkenler

Son yıllarda bağımlılıkta genetik ve diğer biyolojik faktörlerin önemini gösteren çalışmalar giderek artmaktadır. Alkol bağımlılığın ortaya çıkmasında genetik faktörlerin önemini ortaya koyan bulgular mevcuttur ve risk faktörlerine bakıldığında genetiğin etkisi kadın ve erkeklerde eşit oranda ve %55 olarak bulunmuştur (Enoch ve Goldman, 2001).

Nurnberger ve arkadaşları tarafından (2004) alkol bağımlısı akrabası olan 8296 kişi ile 1654 kontrolün karşılaştırıldığı bir aile çalışmasında; alkol bağımlısı akrabası olanlarda (%28.8) kontrollere göre(%14.4) ömür boyu alkol bağımlılığı riskinin 2 kat fazla olduğu bildirilmiştir.

Tek yumurta ikizlerinde % 50 kadar eş hastalanma izlenmiştir. Normal popülasyona göre alkol bağımlılarının çocuklarında 4 kat daha fazla bağımlılık oluşma riski vardır (Sağlık Bakanlığı, 2011).

Birinci derece akrabalarında alkol bağımlılığı olan bireylerde alkol bağımlılığı gelişme riski normal nüfusa göre 4-7 kat daha fazla olduğu; ikiz çalışmalarında alkol kullanım bozukluğu eş hastalanma oranlarının tek yumurta ikizlerinde %60, çift yumurta ikizlerinde %39 olduğu; biyolojik ebeveynlerinde alkol kullanım bozukluğu öyküsü olup evlat edinilmiş çocuklarda alkol kullanım bozukluğunun 4-5 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Tarhan ve Nurmedov, 2011)

2. 2. 4. 5. Sosyokültürel ve Çevresel Etkenler

Alkol kullanım bozukluğu etiyolojisinde rolü olduğu düşünülen sosyokültürel etkenlerin en önemli öğeleri; ailesel faktörler, arkadaş etkisi, alkol kullanımını destekleyen sosyal durumlar, sosyoekonomik düzey ve sosyal politikalaradır.

Arkadaş grubunun etkileri, özellikle adolesanlarda, alkole başlama açısından önemli bir risk faktörüdür. Araştırmalarda adolesanların arkadaş ortamlarında; sosyal kabul görme, kendine güveni artırma, sosyalleşebilme, kaygıyı azaltma beklentisi ile alkol kullandıkları sıkça vurgulanmaktadır.

Geleneksel olarak alkol kullanımını erkekler için kabul edilebilir olmasına karşın, kadınların sosyal rollerindeki değişikliklerle birlikte genç nüfusta kadınlarda alkol kullanım yaygınlığı artmaktadır. Alkol içmeye başlama yaşının düştüğü görülmektedir (Akvardar, Turkcan, Yazman, Aytaclar, Ergör ve Çakmak, 2003).

Bireyin içinde var olduğu toplumun kültürel, dini ve etnik özellikleri ve alkol madde kullanımını konusundaki devlet politikaları da alkol bağımlılığı etiyolojisinde rolü olabilecek sosyokültürel faktörlerdir (Ceylan ve Türkcan, 2003).

2. 2. 5. Tanı Kriterleri

Madde kullanım bozuklukları ile ilgili DSM-IV deki madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı kategorileri birleştirilerek DSM-5 de boyutsal bir şekilde, kullanım şiddetine göre tanımlanan tek bir bozukluk olarak ele alınmıştır, yasal sorunlar uluslararası kullanımdaki kısıtlılıklar nedeniyle ölçütlerden çıkartılmış, aşırma(craving) ile ilgili bir ölçüt eklenmiştir ve madde kullanım bozuklukları yerine

“Madde Kullanım ve Alışkanlık Bozuklukları” olarak tanımlanmıştır. Kafein dışında bütün maddeler bu kapsayıcı başlık altında değerlendirilmiştir.

Kumar oynama davranışı, madde kullanım bozukluklarına benzer ödül mekanizmalarını etkinleştirmesi ve benzer davranışsal belirtilere neden olması sebebi ile bu bölüme dâhil edilmiştir.

DSM-IV de madde kötüye kullanımı için bir ölçüt yeterli iken DSM-5 de tanı koydurucu kriterlerin sayısı artırılmış. Hafif madde kullanım bozukluğu tanısının konabilmesi için 11 ölçütün tanımlandığı listeden 2 veya 3'nün karşılanması gerekmektedir (APA 2013).

Alkol Bağımlılığının Amerikan Psikiyatri Birliği sınıflandırması olan DSM-5'e göre tanı ölçütleri aşağıdaki gibidir (Koroğlu 2013);

2. 2. 5. 1. ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU

A. On iki aylık bir süre içinde, aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan, sorunlu bir alkol kullanım örüntüsü:

1. Çoğu kez, istendiğinden daha büyük ölçüde ya da daha uzun süreli olarak alkol alınır.

2. Alkol kullanmayı bırakmak ya da denetim altında tutmak için sürekli bir istek ya da bir sonuç vermeyen çabalar vardır.

3. Alkol elde etmek, alkol kullanmak ya da yarattığı etkilerden kurtulmak için gerekli etkinliklere çok zaman ayrılır.

4. Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme.

5. İşte, okulda ya da evdeki konumunun gereği olan başlıca yükümlülüklerini yerine getirememeye ile sonuçlanan, yineleyici alkol kullanımı.

6. Alkolün etkilerinin neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici toplumsal ya da kişilerarası sorunlar olmasına karşı alkol kullanımını sürdürme.

7. Alkol kullanımından ötürü önemli birtakım toplumsal, işle ilgili etkinliklerin ya da eğlenme-dinlenme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması.

8. Yineleyici bir biçimde, tehlikeli olabilecek durumlarda alkol kullanma.

9. Büyük bir olasılıkla alkolün neden olduğu ya da alevlendirdiği, sürekli ya da yineleyici bedensel ya da ruhsal bir sorunu olduğu bilgisine karşı alkol kullanımını sürdürülür.

10. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, dayanıklılık (tolerans) gelişmiş olması:

a. Esriklığı ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artan ölçülerde alkol kullanma gereksinimi.

b. Aynı ölçüde alkol kullanımının sürdürülmesine karşı belirgin olarak daha az etki sağlanması.

11. Aşağıdakilerden biriyle tanımlandığı üzere, yoksunluk gelişmiş olması:

a. Alkole özgü yoksunluk sendromu (alkol yoksunluğu için A ve B tanı ölçütlerine başvurun, s. 239 – 240).

b. Yoksunluk belirtilerinden kurtulmak ya da kaçınmak için alkol (ya da benzodiazepin gibi yakından ilişkili bir madde) alınır.

Varsa belirtiniz:

Erken yatışma evresinde: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, "Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için

çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme"), 12 aydan daha kısa süreli olmak üzere, en az üç aydır karşılanmamaktadır.

Sürekli yatışma ile giden: Daha önce alkol kullanım bozukluğu için tanı ölçütleri tam karşılandıktan sonra, alkol kullanım bozukluğunun hiçbir tanı ölçütü (A4 tanı ölçütü dışında, "Alkol kullanmaya içinin gitmesi ya da alkol kullanmak için çok büyük bir istek duyma ya da kendini zorlanmış hissetme"), 12 ay ya da daha uzun bir süredir, hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Varsa belirtiniz:

Denetimli çevrede: Kişi, alkole ulaşmasının kısıtlandığı bir çevrede ise bu ek belirleyici kullanılır.

O sıradaki ağırlığına göre kodlayınız: ICD-10-CM kodları için not: Alkol esikliği, alkol yoksunluğu ya da alkolün yol açtığı başka bir ruhsal bozukluk da varsa, alkol kullanım bozukluğu için aşağıdaki kodları kullanmayın. Bunun yerine, alkol kullanım bozukluğu eştanısı, alkolün yol açtığı bozukluk kodunun dördüncü konumundaki simgede gösterilir (alkol esikliği, alkol yoksunluğu ya da alkolün yol açtığı özgül bir ruhsal bozukluk için kodlama notuna bakın). Sözgelimi, alkol esikliği ve alkol kullanım bozukluğu eştanıları varsa, yalnızca alkol esikliği kodu kullanılır ve dördüncü konumdaki simgede, alkol kullanım bozukluğu eştanısının ağır olmayan, orta derecede ya da ağır olup olmadığı belirtilir:

F10.129 alkol esikliği ile birlikte ağır olmayan alkol kullanım bozukluğu ya da

F10.229 alkol esikliği ile birlikte orta derecede ya da ağır alkol kullanımı.

O sıradaki ağırlığını belirtiniz:

305.00 (F10.10) Ağır olmayan: İki-üç belirtinin olması.

305.90 (F10.20) Orta derecede: Dört-beş belirtinin olması.

303.90 (F10.20) Ağır: Altı ya da daha çok belirtinin olması.

2. 2. 5. 2. ALKOL ESRIKLİĞİ (ENTOKSİKASYONU)

A. Yakın bir geçmişte alkol almış olma.

B. Alkol alımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, klinik açıdan önemli, sorunlu davranışsal ya da ruhsal değişiklikler (örn. Uygunsuz cinsel ya da saldırgan davranış, duygudurum değişkenliği, yargılama bozukluğu).

C. Alkol alımı sırasında ya da kısa bir süre sonrasında gelişen, aşağıdaki belirti ya da bulgulardan biri (ya da daha çoğu):

1. Sözü ağızda geveleyerek konuşma.
2. Eşgüdüm bozukluğu.
3. Düzgün ayakta duramama.
4. Nistagmus.
5. Dikkat ya da bellek bozuklukları.
6. Stupor ya da koma.

D. Bu belirtiler ya da bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esrikliliği de içinde olmak üzere başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Kodlama notu: ICD-9-CM kodu 303.00'dır. ICD-10-CM kodu, alkol kullanım bozukluğu eştanısının olup olmadığına bağlıdır. Ağır olmayan alkol kullanım bozukluğu eştanısı varsa, ICD-10-CM kodu F10.129'dur, orta derecede ya da ağır alkol kullanım bozukluğu eştanısı varsa, ICD-10-CM kodu F10.229'dur. Alkol kullanım bozukluğu eştanısı yoksa ICD-10-CM kodu F10.929'dur.

2. 2. 5. 3. ALKOL YOKSUNLUĞU

A. Aşırı ölçüde ve uzun süreli alkol kullanımının bırakılması (ya da azaltılması).

B. A tanı ölçütünde tanımlanan alkol kullanımının bırakılmasından (ya da azaltılmasından) sonra, birkaç saatle, birkaç gün arasında değişen bir süre aralığından sonra aşağıdaki iki (ya da daha çok) belirti ya da bulgunun gelişmesi:

1. Otonom aşırı etkinlik (hiperaktivite) (örn. terleme ya da dakikada 100'ün üzerinde bir kalp atım hızı).

2. El titremesinde artma.

3. Uykusuzluk.

4. Bulantı ya da kusma.

5. Gelip geçici, görsel, dokunsal ya da duysal varsanılar ya da yanılsamalar.

6. Ruhsal-devinsel kışkırtma (psikomotor ajitasyon).

7. Bunaltı.

8. Jeneralize tonik-klonik katılmalar.

C. B tanı ölçütündeki belirtiler ve bulgular klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olur.

D. Bu belirtiler ve bulgular başka bir sağlık durumuna bağlanamaz ve başka bir madde esrikliği ya da yoksunluğu da içinde olmak üzere, başka bir ruhsal bozuklukla daha iyi açıklanamaz.

Varsa belirtiniz:

Algı bozuklukları olan: Gerçeği değerlendirme bozuk değilken ortaya çıkan varsanılar (genellikle görsel ve dokunsal) gibi seyrek görülen durumlarda ya da deliryumda değilken ortaya çıkan duysal, görsel ya da dokunsal yanılsamaların olması durumunda bu belirleyici kullanılır.

Kodlama notu: ICD-9-CM kodu 291.81'dir. Algı bozuklukları olmayan alkol yoksunluğu için ICD-10-CM kodu F10.239'dur, algı bozuklukları olan alkol yoksunluğu için ICD-10-CM kodu F10.232'dir. ICD-10-CM kodu, orta derecede ya da ağır alkol kullanım bozukluğu eştanısının varlığını gösterir. Burada, alkol yoksunluğu ancak orta derecede-ağır alkol kullanım bozukluğunun varlığı durumunda ortaya çıkabilir demek istenmektedir. Alkol yoksunluğu ile birlikte ağır olmayan alkol kullanım bozukluğunun kodlanmasına izin verilmez

Alkolün Yol Açtığı Diğer Bozukluklar

Aşağıda sözü edilen, alkolün yol açtığı bozukluklar, bu kitapta, aynı görüngüyü paylaştıkları bozuklukların bulunduğu diğer bölümlerde tanımlanmıştır (bu bölümlerde, maddenin/ilacın yol açtığı ruhsal bozukluklar başlığı altında yer alan bilgilere bakın): Alkolün yol açtığı psikoza giden bozukluk ("Şizofreni Açılımı Kapsamında ve Psikozla Giden Diğer Bozukluklar"); alkolün yol açtığı iki uçlu bozukluk ("İkiuçlu ve İlişkili Bozukluklar"); alkolün yol açtığı depresyon bozukluğu ("Depresyon Bozuklukları"); alkolün yol açtığı kaygı bozukluğu ("Kaygı Bozuklukları"); alkolün yol açtığı uyku bozukluğu ("Uyku-Uyanıklık Bozuklukları"); alkolün yol açtığı cinsel işlev bozukluğu ("Cinsel İşlev Bozuklukları") ve alkolün yol açtığı yeğin ya da ağır olmayan nörobilişsel bozukluk ("Nörobilişsel Bozukluklar"). Alkol esriklığı deliryumu ve alkol yoksunluğu deliryumu için "Nörobilişsel Bozukluklar" bölümündeki deliryum tanı ölçütlerine ve tartışmasına bakın. Alkol esriklığı ya da alkol yoksunluğu tanısının konması yerine alkolün yol açtığı bu bozuklukların tanısının konabilmesi için belirtilerin ayrıca klinik değerlendirmeyi gerektirecek denli ağır olması gerekir.

Tanımlanmamış Alkolle İlişkili Bozukluk

Klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da toplumsal, işle ilgili alanlarda ya da önemli diğer işlevsellik alanlarında işlevsellikte düşmeye neden olan, alkolle ilişkili bozukluğun belirti özelliklerinin baskın olduğu, ancak bunların alkolle ilişkili bozukluklar ya da madde ile ilişkili bozukluklar ve bağımlılık bozuklukları tanı

kümesindeki herhangi birinin tanısı için tanı ölçütlerini tam karşılamadığı durumlarda bu kategori kullanılır.

2. 2. 6. Komorbidite

Eş zamanlı olarak bir arada görülen psikiyatrik bozukluklar hastalığının gidişini, tedaviye yanıtı, tekrarlama sıklığını, tedavi maliyetlerinin artmasını, hastaneye yatışı sayısını ve toplumsal işlevselliği olumsuz yönde etkilemektedir (Karakuş, Evlice, Tamam ve Kafkas, 2012).

Amerika Birleşik Devletlerinde(ABD) yapılan Epidemiyolojik Kaynak Alanı (ECA) çalışmasında alkol kullanım bozukluğu (alkol bağımlılığı veya alkol kötüye kullanımı) olan bireylerin %45'inde eş zamanlı olarak en az bir psikiyatrik bozukluk görüldüğü belirtilmiştir. Alkol kullanım bozukluklarına sıklıkla depresyon, anksiyete, kişilik bozuklukları eşlik etmektedir (Bozkurt, Pektaş, Kalyoncu, Mırsal ve Beyazyürek 2003).

ECA çalışmasında erkek alkol bağımlılarında %15 oranında antisosyal kişilik bozukluğu, %15 oranında anksiyete bozuklukları (fobik ve panik bozukluk ilk sırada) ve %5 oranında majör depresif bozukluğun gözlendiği belirtilmektedir. Kadın alkol bağımlılarında ise %38 oranında anksiyete bozuklukları, %19 oranında majör depresif bozukluk ve %10 oranında antisosyal kişilik bozukluğu eş zamanlı olarak görülür(Regier ve ark, 1990).

Alkol kullanımı ile ilgili bozukluğu olan kişilerin %25-50 kadarı anksiyete bozuklukları tanısı almaktadır. Özellikle alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığına sıklıkla panik bozukluk ve sosyal anksiyete bozukluğu eşlik eder. Sosyal anksiyete bozukluğunda hasta olan bireyler sosyal anksiyeteleri ile baş etmede alkol kullanmaktadırlar (Dilbaz, 2000). Alkol bağımlılığında yaşam boyu sosyal anksiyete bozukluğu görülme sıklığı alkol bağımlılığı olmayanların yaklaşık iki mislidir (Boztaş ve Sungur, 2001; Bayar ve Yavuz, 2008).

Alkol kullanım bozukluğu tanısı olan hastaların %30-40'ı hayatlarının bir döneminde majör depresyon tanısı aldığı belirtilmektedir. Literatüre bakıldığında majör depresif bozukluk görülme yaygınlığı %17 olarak bildirilmiştir ve majör

depresyonlu vakaların aynı zamanda alkol bağımlısı olma riskinin dört kat daha fazla olduğu gösterilmiştir (Brown, Bobadilla, Nejtek, Perantie, Dhilon ve Frol, 2003).

İnce ve arkadaşları tarafından(2002) SSK Ankara Eğitim Hastanesi'nde yatarak tedavi gören 47 erkek hastada majör depresyon bozukluğu %25.5(12 kişi) olarak bulunmuştur. Alkol bağımlısı kadınlarda, ailesinde alkol bağımlılığı olanlarda ve günlük alkol tüketim miktarı fazla olanlarda depresyon daha sıktır. Bu yüzden alkol kullanım bozukluğuyla birlikte görülen duygudurum bozuklukları klinik gidiş ve tedaviyi kötüleştirebilmektedir (Annagür ve Savaş, 2011).

Literatüre bakıldığında alkol bağımlılığına özgü bir kişilik olmamakla birlikte ortak kişilik özelliklerinden söz edilebilir. Madde kullanım bozukluğu olan bireylerin olmayanlardan kişilik boyutları açısından farklı oldukları kabul edilmektedir. Genel olarak alkol bağımlılarında belirlenen ortak kişilik özellikleri yüksek yenilik arayışı ve dürtüsellik, düşük düzeyde zarardan kaçınmadır (Akvardar ve ark, 2005).

Alkol veya madde bağımlılığı olanlarda herhangi bir kişilik bozukluğu yaygınlığının oranı %35 ile %75 arasında değişmektedir (Verheul, Kranzler, Poling, Tenne, Ball ve Rounsaville, 2000). Yapılan çalışmalarda en sık görülen kişilik bozukluğu %9 ile %37,5 arasında değişen oranlarda antisosyal kişilik bozukluğu (ASKB) olmuştur (Kural ve ark. 2005). ASKB'dan sonra en sık karşılaşılan kişilik bozukluğu %10 ile %30 arasında değişen oranlarda borderline kişilik bozukludur (BKB) (Trull, Sher, Minks-Brown, Durbin ve Burr, 2000).

Kural ve arkadaşları tarafından (2005) Bakırköy Ord. Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM (Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi) kliniğinde 66 alkol ve 66 madde bağımlılığı tanısı almış toplam 132 erkek hasta ile alkol ve madde bağımlılarında görülen kişilik bozukluklarına yönelik yapılan çalışmada sadece alkol bağımlıları değerlendirildiğinde kişilik bozukluğu oranı %27.3(18 kişi) olarak bulunmuştur. Bu bozukluklar içerisinde de %16.7(11 kişi) ile en sık antisosyal kişilik bozukluğu ve ikinci olarak en sık %4.5(3 kişi) ile BKB' dir.

Alkol kullanım bozuklukları ve uyku bozuklukları arasında da yakın bir ilişki olduğu varsayılmaktadır. Alkol bağımlılarında bağımlı olmayan bireylere göre daha

fazla uyku sorunu görülmektedir. Alkolün akut ve kronik kullanımı bazı nörotransmitterleri (asetilkolin, GABA, glutamat ve norepinefrin) etkileyerek uyku bozukluklarını içeren örüntüleri ortaya çıkarabilir. Bu bozuk örüntüler içerisinde uykuya dalmada güçlük, toplam uyku süresinde kısalma, yatakta geçen zamanın uykuda geçen kısmında azalma (uyku etkinliği azalması), REM uykusuna geçişin uzaması ve REM uykusunda bozulmalar sayılabilir (Enes Darçın ve Dilbaz, 2010). Genel popülasyondaki uyku bozuklukları oranı %17-30 aralığında iken alkol bağımlısı olan hastalarda bu oran %36-72 arasında değişmektedir (Brower, 2003; Brower ve ark. 2001).

2. 3. SÜRÜCÜ DAVRANIŞLARI, ALKOL KULLANIMI VE DEHB ARASINDAKİ İLİŞKİ

Sürücülük, DEHB olan bireyler için sorun olabilecek karmaşık ve önemli bir süreçtir. Son zamanlarda araştırmacıların dikkatini çeken DEHB için sürücülük, potansiyel olarak tehlikeli sonuçlara neden olabilir. Bu süreç kendileri ve aileleri için tehlikeli sonuçlara neden olabilir. DEHB olan ve olmayanlar arasında sürücüler arasında farklılıklar görülmektedir (Cox, Madaan, Cox, 2011).

Fried ve arkadaşları tarafından(2006) 17-28 yaş aralığında DEHB olan 105 genç yetişkin ile 64 kontrol deneği üzerinde motorlu araçlarla ilgili kayıtlar kullanılarak yapılan karşılaştırmalı araştırmada DEHB olan sürücülerin hız cezası, ehliyetlerinin geri alınması ve motorlu araç kazasını içeren daha negatif sürüş sonuçlarına sahip oldukları bulunmuştur.

Ayrıca yine Fried ve arkadaşları tarafından(2006) yaşları 40'ın üzerinde olan, 26 DEHB olan ve 23 DEHB olmayan iki grubun sürücü davranışlarıyla ilgili genel performanslarının karşılaştırıldığı araştırmada DEHB olan grup daha kötü performans göstermiştir.

Alkol kullanımının sürücü davranışlarına yönelik etkilerine bakıldığında ise kandaki alkol miktarının artması kişinin denge ve hareket bozukluklarına neden

olarak sürücü becerilerini negatif şekilde etkiler. Etkilenen bu beceriler trafik hatalarına ve trafik kazalarına neden olması açısından önemlidir (Pek ve Pınarcı, 2010).

Türkiye Büyük Millet Meclis'i araştırma komisyonu tarafından (2008) yapılan çalışmada alkol kullanım sorunu olan kişilerde suisid, saldırı, tecavüz, suda boğulma, homosid ve çocuk istismarı prevalansının yüksek olmasına ek olarak trafik kazalarının da yüksek prevalansta olduğu görülmüştür.

3. GEREÇ ve YÖNTEM

3. 1. Araştırmanın Yapıldığı Yer ve Zaman

Çalışma İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü- Ruh Sağlığı Şubesi- Sürücü Davranışları Geliştirme Birimi'nde eğitim almaya gelen sürücülerin Aralık 2014-Şubat 2015 tarih aralığındaki katılımlarıyla gerçekleştirilmiştir.

3. 2. Araştırmanın Evreni ve Örneklemi

Araştırmanın evrenini, ehliyetleri alkollü araç kullanmaktan dolayı ikinci kez geri alınan ve ehliyetlerini alabilmek için sürücü davranışları geliştirme eğitimini almaya gelen tüm sürücüler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemi, sadece İstanbul için İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü-Sürücü Davranışları Geliştirme Eğitimi'ne (SÜDGE) bir aylık dönem içerisinde (örn: Aralık ayı için) gelenlerden gönüllü olarak katılmak isteyen sürücüler ile sınırlandırılacaktır. Araştırma belirli bir zamanla sınırlandırıldığından dolayı bu dönem içerisinde eğitim alan 200-250 arasındaki sürücüye ulaşılması hedeflenmektedir.

3. 3. Araştırmaya Alınma ve Dışlanma Kriterleri

Çalışmaya alınma ölçütleri olarak; alkollü araç kullanımı nedeniyle SÜDGE'ye geliyor olmak, 18/65 yaş arasında olmak, araştırmaya katılmak için gönüllü olmak, en az ilkokul mezunu olmak belirlenmiştir. Çalışmadan dışlama ölçütleri olarak ise; Alkol-Madde bağımlılığı tanısı almış olmak, alkol yoksunluk ya da deliryum tremens döneminde bulunmak, okuma yazma bilmemek, mental retardasyonu bulunuyor olmak, 18 yaş altında olmak, psikiyatrik hastalık tanısı almış olmak belirlenmiştir.

3. 4. Veri Toplama Araçları

3 adet ölçek ve bir adet sosyodemografik bilgi formu üzere 4 adet veri toplama aracı bulunmaktadır.

1. Sosyodemografik Bilgi Formu

2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği(ASRS)

3. Michigan Alkolizm Tarama Testi(MATT)

4. Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi(AKBTT)

3. 4. 1. Sosyodemografik Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından, ilgili literatür taranarak, araştırmaya katılan sürücülerin demografik özelliklerini saptamak amacıyla oluşturulmuş bir formdur.

3. 4. 2. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği(ASRS):

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş ve öz bildirim yöntemine dayanan ölçeklerden biridir. Ölçeğin “dikkat eksikliği“ ve “hiperaktivite/dürtüsellik“ olmak üzere her biri dokuz sorudan oluşan iki alt ölçeği vardır. Sorular her belirtinin son 6 ay içerisinde hangi sıklıkla ortaya çıktığını belirlemeye yöneliktir. Ölçeğin Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Doğan ve arkadaşları tarafından yapılmıştır (Doğan, Öncü, Varol-Saraçoğlu ve Küçükgöncü, 2009). Ölçeğin iç tutarlılığı(0.88), dikkat eksikliği(0.82) ve hiperaktivite/dürtüsellik(0.78) Cronbach alfa değerleri yüksek bulunmuştur. Basamaklı lojistik regresyon analizi sonucu 18 sorudan 6’sının DEHB tanısını daha iyi kestirebildiğini göstermiştir. Bu 6 soru ölçeğin A bölümünü, diğer 12 soru ölçeğin B bölümünü oluşturmaktadır. İki alt ölçeğin herhangi birinden 24 puan ve üzerinde alanların “yüksek olasılıkla DEHB“, 17-23 puan alanların olasılıkla DEHB“ olduğu, 0-16 puan alanların DEHB olmadıkları bildirilmiştir (Doğan, 2009).

3. 4. 3. Michigan Alkolizm Tarama Testi(MATT)

L.E. Gibbs tarafından geliştirilmiş öz bildirim yöntemine dayanan bir ölçektir. Alkol kullanım bozukluğu riski altında olan bireylerin veya alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin saptanması amacıyla oluşturulmuş bir görüşme aracı olan bu ölçek alkol sorunu olanlarla olmayanları ayıran, içme sorununu, yardım arama davranışını ve alkolle ilişkili kayıpları sorgulayan ve değişik puanlar verilen 25 sorudan oluşur. Her bir soru farklı puan değerine sahiptir. 1., 4., 6., 7. sorulara alkol

kullanımı sorunu olan kişilerin yanıtı olumsuzdur. 3., 5., 9., 16. sorular 1 puan, 1., 2., 4., 6., 7., 10., 11., 12., 13., 14., 15., 17., 18., 21., 22., 23., 24. sorular 2 puan, 8., 19., 20. sorular 5 puandır. Yanıtın olumsuz olduğu sorular haricindeki evet maddelerinin puanları toplanır (Aydemir ve Köroğlu, 2006).

Alkol sorununu ve varsa düzeyini gösteren bu ölçeğin 0-4 puan aralığı “Sorunsuz İçici“, 5-9 puan aralığı “Alkol Kötüye Kullanımı“, 10 ve üzeri puan ise “Alkol Bağımlılığı“ şeklinde değerlendirilir (Gül, 2005). Türkiye’ de geçerlik ve güvenilirliği yapılmıştır (Çoşkunol, 1996).

3. 4. 4. Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi(AKBTT)

Dünya Sağlık Örgütü tarafından geliştirilmiş birinci basamak hizmetlerinde zararlı ve riskli alkol tüketimini saptamak amacıyla geliştirilmiş, öz bildirim yöntemine dayanan kesme noktası 8 olarak önerildiği ve 10 sorudan oluşan bir tarama testidir(Saunders ve ark. 1993). Türkçe geçerlik ve güvenilirliği Saatçioğlu ve ark tarafından yapılmıştır (Saatçioğlu, Evren, ve Çakmak, 2002).Son dönemdeki alkol kullanım sıklığı, alkol bağımlılığı semptomları ve alkole bağlı problemlerle ilgili sorular içermektedir. ICD-10 kriterleri baz alarak 1., 2., 3. Sorularda alkol kullanma miktarını ve sıklığını belirlemek için; 4., 5. ve 6. sorularda alkol bağımlılığı sorunu olup olmadığını belirlemek için ve son dört soruda da alkol kullanımının problemlere yol açıp açmadığı ile ilgilidir. Puanlama 0 ile 4 arasında her maddenin toplanması ile yapılmaktadır. Toplam puanın erkekler için 8, kadınlar için 7 olduğunda bu kişinin alkol kullanımı açısından riskli olduğunu, 13 yada daha fazla bir puan ise kişinin alkol kullanma sorunu olduğunu ve bu sorunun hem kendisi için hem de çevresi için tehlikeli olabileceğini göstermektedir(Çoşkunol, 1996).

3. 5. Verilerin Toplanması

Çalışma kesitsel türde bir araştırma olduğundan; belli bir zaman aralığında ulaşılan ve araştırmayı kabul eden sürücülere ölçek ve anket soruları uygulanmıştır. Uygulama süresi yaklaşık olarak 15-20 dakikadır.

3. 6. Verilerin Değerlendirilmesi

Verilerin analizinde SPSS 22.0 paket programı kullanılmıştır. Kullanılan ölçeklerden alınan puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek için Bağımsız grup t testi uygulanmıştır.

ASRS ölçeğinin A ve B belirti puanları ile kaza ve alkollü kaza arasında, MATT toplam puanı arasında, AKBTT toplam puanı ve alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla pearson korelasyon analizi uygulanmıştır. Ayrıca AKBTT toplam puanı ve alt ölçek puanları ile MATT toplam puanı arasında bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla pearson korelasyon analizi uygulanmıştır.

Korelasyon analizinin ardından ASRS-A ve ASRS-B ölçeğinden alınan puanları yordayan değişkenleri belirlemek için analizde bağımsız değişkenler olarak MATT'den alınan toplam puan, alkol kullanma miktarı ve sıklığı alt ölçeğinden alınan puan, alkol bağımlılığı alt ölçeğinden alınan puan, sorunlu içicilik alt ölçeğinden alınan puan ve son olarak da alt ölçeklerin toplamından elde edilen AKBTT toplam puan değişkenlerinin kullanıldığı çoklu regresyon analizi yapılmıştır.

3. 7. Araştırmanın Etik Yönü

Ölçeklerin yanıtlanması gönüllük esasına göre yapılmıştır; katılımcılara aydınlatılmış gönüllü onam formuna göre gerekli bilgiler verildikten sonra ölçek sorularını yanıtlamaları istenmiş ve gizlilik gereği isim-soy isim alınmayacağı ifade edilmiştir. Haliç Üniversitesi- Girişimsel Olmayan Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nun 17.11.2014 tarihli toplantısında (Karar No:10) etik yönden uygun olduğuna karar verilmiştir. Ayrıca araştırmanın yürütüleceği yer olan İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'nün 11.12.2014 tarihli yazısı ile de çalışmanın uygun şekilde yapılabilmesi için protokol yapılmıştır.

4. BULGULAR

4.1. Örneklem

4.1.1. Örneklemin Tanıtımı

Çalışma grubu 20 kadın (%10) ve 200 erkek (%90) olmak üzere toplam 220 kişiden oluşmaktadır.

Değişken	N	%
CİNSİYET		
Kadın	20	%10
Erkek	200	%90

Tablo 1: Cinsiyet Dağılımı

Çalışma grubunda 18-29 yaş arasında 36 kişi (%16,4), 30-39 yaş arasında 91 kişi (%41,4), 40-49 yaş arasında 57 kişi (%25,7) ve 50 ve üstü yaş olarak 36 kişi (%16,4) vardır.

Değişken	N	%
YAŞ GRUBU		
18-29 yaş	36	%16,4
30-39 yaş	91	%41,4
40-49 yaş	57	%25,9
50 yaş ve üstü	36	%16,4

Tablo 2: Yaş Gruplarının Dağılımı

4.1.2. Çalışma Grubunun Sosyodemografik Özellikleri

Çalışma grubunda yer alan sürücülerin medeni durumları incelendiğinde bekâr 83 kişi (%37,7), evli 117 kişi (%53,2), boşanmış 17 kişi (%7,7) ve diğer 3 kişi (%1,4) kişi vardır; meslekleri incelendiğinde işçi olarak çalışan 73 kişi (%33,2), serbest mesleği olan 107 kişi (%48,6) kişi, ev hanımı olan 1 kişi (%0,5), emekli olan 19 kişi (%8,6), memur olarak çalışan 8 kişi (%3,6), öğrenci olan 3 kişi (%1,4) ve çalışmayan 9 kişi (%4,1) bulunmaktadır.

Ayrıca çalışmaya dâhil olan sürücülerin eğitim durumları incelendiğinde ilkokul mezunu 45 kişi (% 20,5), ortaokul mezunu 29 kişi (%13,2), lise mezunu 65 kişi (%29,5), üniversite ve üstü mezun olarak ise 55 kişi (%25) kişi bulunmaktadır.

Ek olarak gelir durumları incelendiğinde alt gelir durumunda buluna 26 kişi (%11,8), orta gelir durumunda bulunan 166 kişi (%75,5) ve üst gelir durumunda bulunan 28 kişi (%12,7) olduğu görülmektedir.

Değişken	N	%
MEDENİ DURUM		
Bekâr	83	%37,7
Evli	117	%53,2
Boşanmış	17	%7,7
Diğer	3	%1,4
MESLEK		
İşçi	73	%33,2
Serbest Meslek	107	%48,6
Ev Hanımı	1	%0,5
Emekli	19	%8,6
Çalışmayan	9	%4,1
Memur	8	%3,6
Öğrenci	3	%1,4
EĞİTİM		
İlkokul	45	%20,5
Ortaokul	29	%13,2
Lise	65	%29,5
Üniversite ve üstü	55	%25
Belirtilmemiş	26	%11,8
GELİR DURUMU		
Alt	26	%11,8
Orta	166	%75,5
Üst	28	%12,7

Tablo 3: Sosyodemografik Özellikler

4. 1. 3. Çalışma Grubunun Sürücülük Özellikleri

Çalışma grubunda yer alan katılımcıların sürücülük özellikleri incelendiğinde ticari (profesyonel) türde sürücülük yapan 52 kişi (%23,6), özel (amatör) türde sürücülük yapan 167 kişi (%75,9) vardır. Ayrıca 1 kişide (%0,5) sürücülük türünü belirtmemiştir.

Sürücülerin ehliyet sınıfları incelendiğinde B sınıfı ehliyete sahip 147 kişi (%66,8), C sınıfı ehliyete sahip 7 kişi (%3,2), D sınıfı ehliyete sahip 1 kişi (%0,5), E sınıfı ehliyete sahip 30 kişi (%16,2) ve son olarak ehliyet sınıfını belirtmemiş olan 35 kişi (%15,9) bulunmaktadır.

Çalışma grubunda yer alan sürücülerin aktif araç kullanım sürelerine bakıldığında 0-5 yıl arasında araç kullanan 22 kişi (%10), 6-10 yıl arasında araç kullanan 41 kişi (%18,6), 11-15 yıl arasında araç kullanan 43 kişi (%19,5), 16 ve 16 yılın üzerinde araç kullanan 112 kişi (%50) ve son olarak kullanım süresini belirtmemiş olan 2 kişi (%0,9) bulunmaktadır.

Değişken	N	%
Sürücü Türü		
Ticari (profesyonel)	52	%23,6
Özel (Amatör)	167	%75,9
Hata	1	%0,5
Ehliyet Sınıfı		
B sınıfı	147	%66,8
C Sınıfı	7	%3,2
D Sınıfı	1	%0,5
E Sınıfı	30	%16,2
Hata	35	%15,9
Aktif Kullanım		
0-5 Yıl	22	%10
6-10 yıl	41	%18,6
11-15 yıl	43	%19,5
16 ve Üstü	112	%50,9
Hata	2	%0,9

Tablo 4: Sürücülük Özellikleri

Çalışma grubunda yer alan sürücülerin kural ihlalleri sonucunda aldıkları ceza ve türlerine bakıldığında ise yanlış parktan dolayı hiç ceza almayan 183 kişi (%83,2) bulunurken 1 kez yanlış park cezası alan 26 kişi (%11,8), 2 kez yanlış park cezası alan 6 kişi (%2,7) kişi, 3 kez yanlış park cezası alan 3 kişi (%1,4), 4 kez yanlış park eden 1 kişi (%0,5) ve son olarak yanlış park cezasını belirtmemiş olan 1 kişi (%0,5) bulunmaktadır.

Sürücülerin kırmızı ışık ihlallerine bakıldığında kırmızı ışık cezası almayan 205 kişi (%93,2) bulunurken 1 kez kırmızı ışıkta geçen 14 kişi (%6,4) bulunurken 2 kez kırmızı ışık ihlali yapan 1 kişi (%0,5) bulunmaktadır. Hatalı sollama cezası bulunmayan 218 kişi (%99,1) bulunurken 1 kez hatalı sollama yapan 2 kişi (%0,9) bulunmaktadır.

Sürücülerin aşırı hız cezaları incelendiğinde ise aşırı hız cezası almayan 168 kişi (%76,4) bulunurken 1 kez aşırı hız cezası alan 30 kişi (%13,6), 2 kez aşırı hız cezası alan 16 kişi (%7,3), 3 kez aşırı hız cezası alan 2 kişi (%0,9), 4 kez aşırı hız cezası alan 3 kişi (%1,4) bulunurken 5 ve 6 kez aşırı hız cezası alan kişi bulunmamaktadır. Son olarak ise 7 kez aşırı hız cezası alan ise 1 sürücü (%0,5) bulunmaktadır.

Değişken	N	%
Yanlış Park		
Hiç Yapmayan	183	%83,2
1 Kez Yapan	26	%11,8
2 Kez Yapan	6	%2,7
3 Kez yapan	3	%1,4
4 Kez yapan	1	%0,5
Hata	1	%0,5
Kırmızı ışık		
Hiç Yapmayan	205	%93,2
1 Kez Yapan	14	%6,4
2 kez Yapan	1	%0,5
Hatalı Sollama		
Hiç Yapmayan	218	%99,1
1 Kez Yapan	2	%0,9
Aşırı Hız		
Hiç Yapmayan	168	%76,4
1 Kez Yapan	30	%13,6
2 Kez Yapan	16	%7,3
3 Kez Yapan	2	%0,9
4 Kez Yapan	3	%1,4
5 Kez Yapan	0	%0
6 Kez Yapan	0	%0
7 Kez Yapan	1	%0,5
Alkollü Araç Kullanımı		
2 Kez Yapan	197	%89,5
3 Kez Yapan	20	%9,1

4 Kez Yapan	2	%0,9
5 Kez Yapan	1	%0,5
Diğer		
Hiç Yapmayan	207	%94,1
1 Kez Yapan	13	%5,9

Tablo 5: Sürücülerin kural ihlalleri sonucunda aldıkları ceza ve türleri

Çalışma grubunda yer alan sürücülerin yaptıkları kazalara ve kazaların sonuçlarına yönelik bilgilere bakıldığında ise hiç kaza yapmayan 154 kişi (%70) bulunurken 1 kez kaza yapan 52 kişi (%23,6) ve 2 kez kaza yapan 14 kişi (%6,4) bulunmaktadır.

Sürücülerin birinci kazaların sonuçlarına bakıldığında maddi hasarlı kaza yapan 62 kişi (%28,2), ölümlü kaza yapan 1 kişi (%0,5), maddi hasarlı ve yaralanmalı kaza yapan 3 kişi (%1,4) bulunmaktadır. Sürücülerin yaptıkları ikinci kazaların sonuçlarına bakıldığında ise 14 kişi (%6,4) maddi hasarla sonuçlanan kaza yapmıştır.

Değişken	N	%
Kaza		
Hiç Yapmadım	154	%70
1 Kez Yapan	52	%23,6
2 Kez Yapan	14	%6,4
Birinci Kaza Sonuç		
Hiç Yapmadım	154	%70
Maddi Hasarlı	62	%28,2
Ölümlü	1	%0,5
Maddi Hasarlı ve Yaralanmalı	3	%1,4
İkinci Kaza Sonuç		
Hiç Yapmadım	206	%93,6
Maddi Hasarlı	14	%6,4
Üçüncü Kaza Sonuç		
Hiç Yapmayan	220	%100

Tablo 6: Sürücülerin yaptıkları kazalara ve kazaların sonuçları

Çalışma grubunda yer alan sürücülerin alkollü araç kullanmaktan dolayı yaptıkları kaza ve kazaların sonuçlarına yönelik bilgilere bakıldığında ise hiç kaza yapmayan 192 kişi (%87,3) bulunurken 1 kez kaza yapan 25 kişi (%11,4) ve 2 kez kaza yapan 3 kişi (%1,4) bulunmaktadır.

Sürücülerin alkollü araç kullanmaktan dolayı yaptıkları birinci kaza sonuçlarına bakıldığında maddi hasarlı kaza yapan 27 kişi (%12,3), maddi hasarlı ve yaralanmalı kaza yapan 1 kişi (%0,5) bulunmaktadır. Sürücülerin alkollü araç kullanmaktan dolayı yaptıkları ikinci kaza sonuçlarına bakıldığında 3 kişi (%1,4) maddi hasarla sonuçlanan kaza yapmıştır.

Değişken	N	%
Alkollü Kaza		
Hiç Yapmadım	192	%87,3
1 Kaza Yapan	25	%11,4
2 Kaza Yapan	3	%1,4
Alkollü Birinci Kaza Sonuç		
Hiç Yapmadım	192	%87,3
Maddi Hasarlı	27	%12,3
Maddi Hasarlı ve Yaralanmalı	1	%0,5
Alkollü İkinci Kaza Sonuç		
Hiç Yapmadım	217	%98,6
Maddi hasarlı	3	%1,4
Alkollü Üçüncü Kaza Sonuç		
Hiç Yapmadım	220	%100

Tablo 7: Sürücülerin alkollü araç kullanmaktan dolayı yaptıkları kazaların sonuçları

4. 1. 4. Çalışma Grubunun Alkol Problemi ve Psikiyatrik Başvuruları

Çalışma grubunda yer alan sürücülerin alkol kullanımından dolayı yaşadıkları problemlere bakıldığında ise 26 kişinin (%11,8) adli problemler yaşadığı, 12 kişinin (%5,5) iş problemleri yaşadığı, 27 kişinin (%12,3) aile ve ilişkilere yönelik problem yaşadığı, 8 kişinin (%3,6) sağlık problemler yaşadığı görülmektedir. Ek olarak sürücülerde alkol kullanımından dolayı hiç problem yaşamayan 143 kişi (%65) bulunurken 4 kişi ise (%1,8) hiçbir durum belirtmemiştir.

Çalışma grubunda yer alan sürücülerin psikiyatrik başvurularına yönelik bilgilerine bakıldığında ise 19 kişinin (%8,6) psikiyatrik başvuru varken 193 kişinin (%87,7) bir psikiyatrik başvurusu yoktur ve 8 kişide (%3,6) hiçbir durum belirtmemiştir.

Değişken	N	%
Alkol Problemi		
Hiç Yaşamadım	143	%65
Adli Problemler	26	%11,8
İş problemleri	12	%5,5
Aile veya İlişkisel Problemler	27	%12,3
Sağlık Problemler	8	%3,6
Hata	4	%1,8
Psikiyatrik Başvuru		
Evet	19	%8,6
Hayır	193	%87,7
Hata	8	%3,6

Tablo 8: Sürücülerin alkol problemi ve psikiyatrik başvuru

4. 2. MATT Puanlarına İlişkin Ait Değerler

Tabloda görüldüğü üzere MATT puanlarına ait aritmetik ortalama değeri 4,31; standart sapma değeri 4,72 ve aritmetik ortalamanın standart hata değeri ise ,32 olarak bulunmuştur.

	N	min	max	X	ss	Sh _x
MATT Toplam Puan	220	,00	30,00	4,31	4,72	,32

Tablo 9: Sürücülerin MATT puanlarına ilişkin değerler.

Çalışma grubunda yer alan sürücülerin cinsiyet değişkenine göre aldığı puanlar incelendiğinde kadınlara ait aritmetik ortalama değeri 2,5; standart sapma değeri 4,03 ve aritmetik ortalamanın standart hata değeri ise ,90 olarak bulunmuştur. Erkeklerin aldığı puanlar incelendiğinde ise ait aritmetik ortalama değeri 4,50; standart sapma değeri 4,75 ve aritmetik ortalamanın standart hata değeri ise ,34 olduğu görülmektedir.

		N	min	max	X	ss	Sh _x
MATT Toplam Puan	KADIN	20	,00	17,00	2,5	4,03	,90
	ERKEK	200	,00	30,00	4,50	4,75	,34

Tablo 10: Cinsiyet Değişkenine göre MATT puanının değerleri

Alkol sorunu ve varsa düzeyini gösteren MATT'tan alınan puanların cinsiyet değişkenine göre kategorik dağılımı incelendiğinde çalışma grubunda yer alan kadın sürücülerden 16 kişi (%80) “sorunsuz içici”, 3 kişi (%15) “alkol kötüye kullanımı” ve 1 kişide (%5) “ Alkol bağımlılığı” şeklinde değerlendirilebilecek puanlar almıştır. Çalışma grubunda yer alan erkek sürücülerin dağılımına bakıldığında ise 140 kişinin (%63,6) “sorunsuz içici olduğu, 52 kişinin (%23,7) “alkol kötüye kullanımı”, geriye kalan 28 erkek sürücünün (%12,7) ise “Alkol bağımlılığı” şeklinde değerlendirebilecek puanlar almışlardır.

	Grup	Kadın		Erkek		Toplam	
		Kişi	%	Kişi	%	Kişi	Genel
MATT Toplam Puan	0-4 puan (Sorunsuz İçici)	16	80	124	62	140	%63,6
	5-9 puan (Alkol kötüye kullanımı)	3	15	49	24,5	52	%23,7
	10 ve üstü (Alkol Bağımlılığı)	1	5	27	13,5	28	%12,7
Toplam		20	100	200	100	220	%100

Tablo 11: Cinsiyet değişkenine göre MATT puanlarının kategorik dağılımı

4. 3. Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi(AKBTT)'nin Alt Ölçek Puanlarına Ve Toplam Puan İlişkin Değerler.

Çalışma grubunda yer alan sürücülerin AKBTT'nin alkol kullanım miktarını ve sıklığını ile ilgili alt ölçeğine ait aritmetik ortalama değeri 2,26 standart sapma değeri 1,56 ve aritmetik ortalamasının standart hata değeri ise ,10 olarak bulunmuştur; alkol bağımlılığı alt testinden alınan puanlarına ait aritmetik ortalama değeri ,43 ; standart sapma değeri 1,13 ve aritmetik ortalamasının standart hata değeri ise ,08 olarak bulunmuştur; sorunlu içicik alt ölçeğinden alınan puanlara ait aritmetik ortalama değeri 1,38; standart sapma değeri 2,15 ve aritmetik ortalamasının standart

hata değeri ise ,15 olarak bulunmuştur. Son olarak AKBTT'den alınan toplam puanlara bakıldığında ise aritmetik ortalama değeri 4,05; standart sapma değeri 3,29 ve aritmetik ortalamanın standart hata değeri ise ,22 olarak bulunmuştur.

	N	min	max	X	ss	Sh _x
Alkol Kullanma Miktar ve Sıklığı	220	,00	10,00	2,26	1,56	0,10
Alkol Bağımlılığı	220	,00	8,00	0,43	1,13	0,08
Sorunlu içicilik	220	,00	12,00	1,38	2,15	0,15
AKBTT Toplam	220	,00	16,00	4,05	3,29	0,22

Tablo 12: Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi(AKBTT)'Nin Alt Ölçek Puanlarına Ve Toplam Puana İlişkin Değerler

Çalışma grubunda yer alan sürücülerin cinsiyet değişkenine göre aldığı puanlar incelendiğinde kadınların alkol kullanma miktarı ve sıklığına ait aritmetik ortalama değeri 2,05; standart sapma değeri 1,10 ve aritmetik ortalamasının standart hata değeri ise ,25 olarak bulunmuştur. Alkol bağımlılığına ait aritmetik ortalama değeri ,25; standart sapma değeri 0,72 ve aritmetik ortalamasının standart hata değeri ise ,16 olarak bulunmuştur. Sorunlu içicilik ait aritmetik ortalama değeri 1,10 ; standart sapma değeri 2,51 ve aritmetik ortalamasının standart hata değeri ise ,56 olarak bulunmuştur. AKBTT toplam puana ait aritmetik ortalama değeri 2,05; standart sapma değeri 1,10 ve aritmetik ortalamasının standart hata değeri ise ,25 olarak bulunmuştur.

		N	min	max	X	ss	Sh _x
Alkol Kullanma Miktar ve Sıklığı	KADIN	20	1,00	4,00	2,05	1,10	,25
	ERKEK	200	,00	10,00	2,29	1,60	,11
Alkol Bağımlılığı	KADIN	20	,00	3,00	,25	,72	,16
	ERKEK	200	,00	8,00	,45	1,16	,08
Sorunlu içicilik	KADIN	20	,00	10,00	1,10	2,51	,56
	ERKEK	200	,00	12,00	1,41	2,12	,15
AKBTT Toplam	KADIN	20	1,00	14,00	3,40	2,95	,66
	ERKEK	200	,00	16,00	4,12	3,29	,23

Tablo 13: Cinsiyet Değişkenine göre Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi(AKBTT)'nin Alt Ölçek Puanlarına Ve Toplam Puana İlişkin Değerler

Kişinin alkol kullanımını açısından riskli olduğunu, belli bir kesme puanın üzerinde yer alan kişilerin ise alkol kullanma sorunu olduğunu ve bu sorunun hem kendisi için hem de çevresi için tehlikeli olabileceğini gösteren bu ölçekte cinsiyet değişkenine göre alınan puanların dağılımı incelendiğinde çalışma grubunda yer alan kadın sürücülerin %5'i olan 1 kişi 7-12 puan arasında, ayrıca 13 ve üstü puan üzerinde yer alan ve kadınların %5'ini oluşturan 1 kişi bulunmaktadır. Erkek sürücüler incelendiğinde 8-12 puan arasında yer alan ve erkeklerin %12'si olan 24 kişi, 13 ve üstü puan alan ve erkeklerin %2'sini oluşturan 6 kişi bulunmaktadır.

	Grup	Kadın		Erkek		Toplam	
AKBTT TOPLAM PUANLARI	7/8-12 Arası	1	%5	24	%12	25	%11,36
	13 ve üstü puan Alan	1	%5	6	%2	7	%3,18
	Toplam	2	%10	30	%14	32	%14,54

Tablo 14: Cinsiyet Değişkenine göre Alkol Kullanım Bozukluklarını Tanıma Testi(AKBTT)'nden Alınan Toplam Puanların Dağılımı

4. 4. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği(ASRS)'nin Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Değerler.

ASRS-A puanlarına ait aritmetik ortalama değeri 4,08; standart sapma değeri 3,03 ve aritmetik ortalamanın standart hata değeri ise ,20 olarak bulunmuştur. ASRS-B puanlarına ait aritmetik ortalama değeri 9,56; standart sapma değeri 4,90 ve aritmetik ortalamanın standart hata değeri ise ,33 olarak bulunmuştur.

	N	min	max	X	ss	Sh _x
ASRS-A	220	,00	16,00	4,08	3,03	,20
ASRS-B	220	,00	25	9,56	4,90	,33

Tablo 15: Sürücülerin Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği(ASRS)'nin Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Değerleri

Çalışma grubunda yer alan sürücülerin cinsiyet değişkenine göre aldığı puanlar incelendiğinde A belirti kümesi için kadınlara ait aritmetik ortalama değeri 4,55; standart sapma değeri 3,02 ve aritmetik ortalamanın standart hata değeri ise ,67 olarak bulunmuştur. Aynı belirti kümesi için erkeklerin aldığı puanlar incelendiğinde ise aritmetik ortalama değeri 4,04; standart sapma değeri 3,04 ve aritmetik ortalamanın standart hata değeri ise ,21 olduğu görülmektedir. Cinsiyet değişkenine göre B belirti kümesine ait alınan puanlar incelendiğinde kadınlara ait aritmetik ortalama değeri 10,60; standart sapma değeri 4,12 ve aritmetik ortalamanın standart hata değeri ise ,92 olarak bulunmuştur. Aynı belirti kümesi için puanlar

incelendiğinde erkeklere ait aritmetik ortalama değeri 9,46; standart sapma değeri 7,18 ve aritmetik ortalamanın standart hata değeri ise ,51 olarak bulunmuştur.

		N	min	max	X	ss	Sh _x
ASRS-A	KADIN	20	,00	12,00	4,55	3,02	,67
	ERKEK	200	,00	16,00	4,04	3,04	,21
ASRS-B	KADIN	20	,00	17,00	10,60	4,12	,92
	ERKEK	200	,00	28,00	9,46	7,18	,51

Tablo 16: Cinsiyet Değişkenine Göre Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği(ASRS)'nin Alt Ölçek Puanlarına İlişkin Değerleri

Ölçekten A belirti kümesine ait puanların cinsiyet değişkenine göre dağılımı incelendiğinde çalışma grubunda yer alan kadın sürücülerin %100'ü olan 20 kişi 0-16 puan aralığında puan almıştır. Erkek sürücüler incelendiğinde ise A kümesine ait puanların %100'ü 0-16 puan arasındadır.

	Grup	Kadın		Erkek		Toplam	
		KİŞİ	%	KİŞİ	%	KİŞİ	GENEL
ASRS-A	0-16 puan	20	100	200	100	220	100
	17-23 puan	-	-	-	-	-	-
	24 ve üzeri	-	-	-	-	-	-
TOPLAM		20	100	200	100	220	100

Tablo 17: Cinsiyet Değişkenine Göre ASRS-A Belirti Kümesine Ait Puanların Dağılımı

Ölçeğin B belirti kümesine ait puanların cinsiyet değişkenine göre dağılımı incelendiğinde çalışma grubunda yer alan kadın sürücülerin %95'i olan 19 kişi 0-16 puan aralığında puan alırken %5'i olan 1 kişi ise 17-23 puan arasında almıştır. Erkek sürücüler incelendiğinde ise B kümesine ait puanların %91,8'i olan 202 kişi 0-16 puan arasında alırken, %7,3 olan 16 kişi 17-23 puan aralığında ve son olarak %,09'u olan 2 kişi ise 24 ve üstü puan almıştır.

		Kadın		Erkek		Toplam	
		KİŞİ	%	KİŞİ	%	KİŞİ	GENEL
ASRS-B	0-16 puan	19	95	183	91,5	202	91,8
	17-23 puan	1	5	15	7,5	16	7,3
	24 ve üzeri	-	-	2	1	2	,09
TOPLAM		20	100	200	100	220	100

Tablo 18: Cinsiyet Değişkenine Göre ASRS- B Belirti Kümesine Ait Puanların Dağılımı

4. 5. Kullanılan Ölçeklerin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşp Farklılaşmamasına İlişkin Bulgular

4. 5. 1. ASRS Ölçeğinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşp Farklılaşmamasına İlişkin Bulgular

Tabloda görüldüğü üzere çalışma grubunu oluşturan sürücülerin erişkin DEHB ölçeğinin A belirti kümesinden aldıkları puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($t = ,724$; $p > .05$).

		N	X	ss	Sh _x	t testi		
						t	Sd	P
ASRS-A	KADIN	20	4,55	3,02	,67	,724	,71	,470
	ERKEK	200	4,04	3,04	,21			

Tablo 19: ASRS-A Ölçeğinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşp Farklılaşmamasına İlişkin Bulgular

Tabloda görüldüğü üzere çalışma grubunu oluşturan sürücülerin erişkin DEHB ölçeğinin B belirti kümesinden aldıkları puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($t = ,993$; $p > .05$).

		N	X	ss	Sh _x	t testi		
						t	Sd	P
ASRS-B	KADIN	20	10,60	3,02	,92	,993	1,15	,32
	ERKEK	200	9,46	4,97	,35			

Tablo 20: ASRS-B Ölçeğinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşım Farklılaşmamasına İlişkin Bulgular

4. 5. 2. MATT Ölçeğinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşım Farklılaşmamasına İlişkin Bulgular

Tabloda görüldüğü üzere çalışma grubunu oluşturan sürücülerin MATT ölçeğinden aldıkları toplam puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($t = -1,813$; $p > .05$).

		N	X	ss	Sh _x	t testi		
						t	Sd	P
MATT	KADIN	20	2,50	4,03	,90	-1,813	1,10	,07
	ERKEK	200	4,50	4,75	,34			

Tablo 21: Cinsiyet Değişkenine Göre MATT Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puanlarının Dağılımı

4. 5. 3. AKBTT Ölçeğinin Demografik Değişkenlere Göre Farklılaşım Farklılaşmamasına İlişkin Bulgular

Tabloda görüldüğü üzere çalışma grubunu oluşturan sürücülerin AKBTT ölçeğinden aldıkları toplam puan ve alt ölçeklerinden alınan puanların cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, alkol kullanma miktarı ve sıklığı puanları arasında grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($t = -,436$; $p > .05$).

Tabloda görüldüğü üzere çalışma grubunu oluşturan sürücülerin alkol bağımlılığı alt ölçeğinden aldıkları puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($t = -,756$; $p > .05$).

Tabloda görüldüğü üzere çalışma grubunu oluşturan sürücülerin sorunlu içicilik alt ölçeğinden aldıkları puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($t = -,604$; $p > .05$). Son olarak çalışma grubunu oluşturan sürücülerin AKBTT'den aldıkları toplam puanlarının cinsiyet değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla gerçekleştirilen bağımsız grup t testi sonucunda, grupların aritmetik ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunmamıştır. ($t = -,642$; $p > .05$).

		N	X	ss	Sh _x	t testi		
						t	Sd	P
Alkol kullanma miktarı ve sıklığı	KADIN	20	2,05	1,10	,25	-,643	,37	,52
	ERKEK	200	2,29	1,60	,11			
Alkol Bağımlılığı	KADIN	20	,25	,72	,16	-,756	,26	,45
	ERKEK	200	,45	1,16	,08			
Sorunlu içicilik	KADIN	20	1,10	2,51	,56	-,604	,51	,55
	ERKEK	200	1,41	2,12	,15			
AKBTT toplam	KADIN	20	3,4	2,95	,66	-,942	,76	,35
	ERKEK	200	4,12	3,29	,23			

Tablo 22: Cinsiyet Değişkenine göre AKBTT Ölçeğinden Aldıkları Toplam Puan Ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puanların Aldıkları Toplam Puanlarının Dağılımı

4.6. Korelasyon Analizinden Elde Edilen Bulgular

4. 6. 1. ASRS Ölçeğinin A ve B Belirti Puanları İle Kaza ve Alkollü Kaza Arasındaki Korelasyon Bulguları

Tabloda görüldüğü üzere, ASRS ölçeğinin A ve B belirti puanları ile kaza ve alkollü kaza arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda ASRS-A ile herhangi bir nedenden dolayı yapılan kazalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r= ,009$; $p>,05$). Ayrıca ASRS-A ile alkollü araç kullanmaktan dolayı yapılan kaza alkollü kazalar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r= ,010$; $p>,05$).

ASRS-B belirti puanları ile kaza ve alkollü kaza arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda ASRS-B ile herhangi bir nedenden dolayı yapılan kazalar arasında istatistiksel olarak anlam bir ilişki bulunamamıştır ($r= ,096$; $p>,05$). Fakat ASRS-B ile alkollü araç kullanmaktan dolayı yapılan alkollü kazalar arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r= ,134$; $p<,05$).

ASRS BELİRTİ KÜMELERİ	KAZA	ALKOLLÜ KAZA
ASRS-A	N=220 $r=,009$ $P=,898$	N=220 $r=,010$ $P=,887$
ASRS-B	N=220 $r=,096$ $P=,155$	N=220 $r=,134$ $P=,047$

Tablo 23: ASRS Ölçeğinin A Ve B Belirti Puanları İle Kaza Ve Alkollü Kaza Arasında Yapılan Pearson Korelasyon Analizinin Sonuçları

4. 6. 2. ASRS Ölçeğinin A ve B Belirti Puanları İle MATT Arasındaki Korelasyon Bulguları

Tabloda görüldüğü üzere, ASRS ölçeğinin A ve B belirti puanları ile MATT toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek

amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda ASRS-A ile MATT Toplam puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= ,193$; $p<,05$).

ASRS-B puanları ile MATT toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda değişkenler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r= ,054$; $p>,05$).

ASRS BELİRTİ KÜMELERİ	MATT TOPLAM PUANI
ASRS-A	N=220 r=,193 P=,004
ASRS-B	N=220 r=,054 P=,426

Tablo 24: ASRS Ölçeğinin A ve B Belirti Puanları İle MATT Arasında Yapılan Pearson Korelasyon Analizinin Sonuçları

4. 6. 3. ASRS Ölçeğinin A ve B Belirti Puanları İle AKBTT Toplam Puanları ve Alt Ölçekleri Arasındaki Korelasyon Bulguları

Tabloda görüldüğü üzere, ASRS ölçeğinin A ve B belirti puanları ile AKBTT toplam puanları ve alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda alkol kullanma miktarı ve sıklığı puanları ile ASRS-A puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r= ,092$; $p>,05$). Alkol kullanma miktarı ve sıklığı puanları ile ASRS-B puanları arasında yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r= ,209$; $p<,05$).

Ölçeğin alkol bağımlılığı puanları ile ASRS-A puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken ($r= ,210$; $p<,05$), aynı alt ölçeğin puanları ile ASRS-B puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r= ,073$; $p>,05$).

Aynı ölçeğin sorunlu içicilik puanları ile ASRS-A puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken ($r=,140$; $p<,05$), aynı alt ölçeğin puanları ile ASRS-B puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r=,024$; $p>,05$).

Tüm alt ölçeklerin toplamıyla elde edilen AKBTT toplam puanıyla ASRS-A puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,207$; $p<,05$). Toplam puan ile ASRS-B puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,139$; $p<,05$).

Alt Boyut	ASRS-A	ASRS-B
Alkol Kullanma miktarı ve sıklığı	N=220 $r=,092$ P=,173	N=220 $r=,209$ P=,002
Alkol Bağımlılığı	N=220 $r=,210$ P=,002	N=220 $r=,073$ P=,280
Sorunlu içicilik	N=220 $r=,140$ P=,038	N=220 $r=,024$ P=,719
AKBTT toplam	N=220 $r=,207$ P=,002	N=220 $r=,139$ P=,040

Tablo 25: ASRS Ölçeğinin A ve B Belirti Puanları İle AKBTT Toplam Puanları Ve Alt Ölçekleri Arasında Yapılan Pearson Korelasyon Analizinin Sonuçları

4. 6. 4. AKBTT Toplam Puanları ve Alt Ölçekleri İle MATT Toplam Puanları Arasındaki Korelasyon Bulguları

Tabloda görüldüğü üzere, AKBTT toplam puanları ve alt ölçekleri ile MATT toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda alkol kullanma miktarı ve

sıklığı puanları ile MATT toplam puanı arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r= ,259$; $p<,05$).

Ölçeğin alkol bağımlılığı puanları ile MATT toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r= ,467$; $p<,05$).

Aynı ölçeğin sorunlu içicilik puanları ile MATT toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r= ,023$; $p>,05$).

Tüm alt ölçeklerin toplamıyla elde edilen AKBTT toplam puanıyla MATT toplam puanları arasında anlamlı bir ilişki bulunup bulunmadığını belirlemek amacıyla yapılan pearson korelasyon analizi sonucunda istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r= ,407$; $p<,05$).

Alt Boyut	MATT
Alkol Kullanma miktarı ve sıklığı	N=220 r=,259 P=,000
Alkol Bağımlılığı	N=220 r=,467 P=,000
Sorunlu içicilik	N=220 r=,023 P=,736
AKBTT toplam	N=220 r=,407 P=,000

Tablo 26: AKBTT Toplam Puanları Ve Alt Ölçekleri İle MATT Toplam Puanları Arasında Yapılan Pearson Korelasyon Analizinin Sonuçları

4. 7. Regresyon Analizinden Elde Edilen Bulgular

4. 7. 1. ASRS-A Alt Ölçeğini Yordayan Değişkenlere Ait Bulgular

Korelasyon analizinin ardından ASRS-A ve ASRS-B ölçeğinden alınan puanları yordayan değişkenleri belirlemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. İlk olarak ASRS-A için yapılan bu analizde bağımsız değişkenler olarak MATT ‘den alınan toplam puan, alkol kullanma miktarı ve sıklığı alt ölçeğinden alınan puan, alkol bağımlılığı alt ölçeğinden alınan puan, sorunlu içicilik alt ölçeğinden alınan puan ve son olarak da alt ölçeklerin toplamından elde edilen AKBTT toplam puan değişkenleri alınmıştır.

Model özeti tablosundaki R Square sütunundaki değerlerden yine bağımsız değişken olarak MATT’den alınan toplam puan, alkol kullanma miktarı ve sıklığı alt ölçeğinden alınan puan, alkol bağımlılığı alt ölçeğinden alınan puan, sorunlu içicilik alt ölçeğinden alınan puan ve toplam AKBTT puanının bağımlı değişken durumundaki “ASRS-A” değişkenine ait varyansı % 8,5 oranında açıkladığı, diğer bir deyişle ASRS-A ölçeğindeki belirtilerin % 8,5 oranında bu faktörlere bağlı olarak şekillendiği anlaşılmaktadır.

Anlamlılık sütunundaki değer ise söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olduğunu göstermektedir ($F(6,210)=3,256; P<0,005$).

	β	t	p	R ²	F	p
Regresyon katsayısı	2,123	2,974	,003	,085	3,256	,004
Alkol kullanım süresi	,323	1,727	0,86			
MATT Toplam	,100	2,059	,041			
Alkol kullanım miktarı ve sıklığı	,903	,841	,401			
Alkol Bağımlılığı	1,237	1,144	,254			
Sorunlu içicilik	,789	,747	,455			
AKBTT Toplam	-,785	-,745	,457			

Tablo 27: ASRS-A Alt Ölçeğini Yordayan Değişkenlerin İçin Yapılan Regresyon Analizinin Sonuçları

4. 7. 2. ASRS-B Alt Ölçeğini Yordayan Değişkenlere Ait Değerler

İkinci olarak ASRS-B için yapılan bu analizde bağımsız değişkenler olarak MATT alınan toplam puan, alkol kullanma miktarı ve sıklığı alt ölçeğinden alınan puan, alkol bağımlılığı alt ölçeğinden alınan puan, sorunlu içicilik alt ölçeğinden alınan puan ve son olarak da alt ölçeklerin toplamından elde edilen AKBTT toplam puan değişkenleri alınmıştır.

Model özeti tablosundaki R Square sütunundaki değerlerden yine bağımsız değişken durumundaki MATT'tan alınan toplam puan, alkol kullanma miktarı ve sıklığı alt ölçeğinden alınan puan, alkol bağımlılığı alt ölçeğinden alınan puan, sorunlu içicilik alt ölçeğinden alınan puan ve toplam AKBTT puanının bağımlı değişken durumundaki "ASRS-B" değişkenine ait varyansı % 6,5 oranında açıkladığı, diğer bir deyişle ASRS-B ölçeğindeki belirtilerin % 6,5 oranında bu faktörlere bağlı olarak şekillendiği anlaşılmaktadır.

Anlamlılık sütunundaki değer ise söz konusu değişkenler arasındaki ilişkinin $p < 0,05$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı olmadığını göstermektedir ($F(6,210)= 2,245$; $P>0,005$).

	β	T	p	R^2	F	p
Regresyon katsayısı	6,133	5,287	,000	,065	2,445	,026
Alkol kullanım süresi	,549	1,805	,072			
MATT Toplam	,051	,650	,516			
Alkol kullanım miktarı ve sıklığı	1,966	1,127	,261			
Alkol Bağımlılığı	1,665	,948	,344			
Sorunlu içicilik	1,281	,747	,456			
AKBTT Toplam	-1,363	-,796	,427			

Tablo 28: ASRS-B Alt Ölçeğini Yordayan Değişkenlerin İçin Yapılan Regresyon Analizinin Sonuçları

5. TARTIŞMA

Bu çalışma alkol kullanımı ve bağımlılığının erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile ilişkisini ehliyetleri geri alınan sürücüler üzerinden incelemek amacıyla gerçekleştirmiştir. Çalışmada ayrıca MATT, alkol kullanım miktar ve sıklığı, alkol bağımlılığı, sorunlu içicilik ve AKBTT değişkenlerinin erişkin DEHB A ve B küme belirtilerini hangi düzeyde yordadığı da araştırılmıştır.

Bu bölümde çalışmanın amacı doğrultusunda gerçekleştirilen istatistiksel analizler sonucunda elde edilen bulgular tartışılmıştır. İlk olarak, çalışmada örneklemin tanıtımı, sosyodemografik özellikleri, çalışma grubunun sürücülük özellikleri, sürücülerin alkol problemi ve psikiyatrik başvuruları daha sonra ise MATT'nin toplam puanı; AKBTT ve ASRS'nin alt ölçeklerinden ve alt ölçeklerin toplamından elde edilen ölçüm sonucunda çıkan bulgular tartışılmıştır.

Alkol kullanımının sürücü davranışlarına yönelik etkilerine trafik kaza istatistikleri (2013) üzerinden bakıldığında kazalara neden olan sürücü kusurları içerisinde alkollü araç kullanımı sonucunda meydana gelen kazalar tüm kazaların %1,88'ini (3056/162327) oluşturmaktadır. Bizim çalışmamızda ise sürücülerin %30'u (66/220) herhangi bir şekilde kaza yapmışken alkollü araç kullanımının sonucunda ise sürücülerin %12,8 (28/220) oranında kaza yaptıkları görünmektedir.

Çalışma grubunda yer alan sürücülerin yapmış oldukları tüm kazaların ise %42,43'ünü (28/66) alkollü araç kullanımı sonucunda yaptıkları kazalar oluşturmaktadır. Bu yapılan kazaların 27 tanesi maddi hasarlıyken 1 tanesi de hem maddi hasarlı hem de yaralanmalıdır. Ele alınan alkol kullanımının sürücü davranışlarına etkilerine bakıldığında sürücü becerilerini negatif şekilde etkilediği, etkilenen bu becerilerinde trafik hatalarına ve trafik kazalarına neden olması açısından önemlidir (Pek ve Pınarcı, 2012).

Erişkin DEHB'ye yönelik Fayyad ve arkadaşları tarafından (2007) uluslararası şekilde yürütülen epidemiyoloji çalışmasında yetişkinler için ortalama

%3,4 yaygınlık oranı bulunurken ülkemizde Yapıcıoğlu ve arkadaşları tarafından (2011) Sivas il merkezinde yaygınlığı %2.7 (24/901) olarak bulunmuştur. Çalışmamızda ise erişkin DEHB belirtilerini taramak için kullanılan ASRS ölçeğinden elde edilen tarama bulgularına bakıldığında uluslararası ve ulusal düzeyde yapılan çalışmalardan farklı olarak sürücülerin %7,3'ünün (16/220) olasılıkla DEHB; %0,9'unun ise (2/220) yüksek olasılıkla DEHB olduğu görünmektedir.

Alkol kullanımı ve bunun sonucunda gelişen alkol bağımlılığı çalışmalarına yönelik 2001-2002 yılları arasında ABD'de yapılan yaygınlığı belirlemeye yönelik yapılan çalışmada alkol bağımlılığının yaygınlığı %3,81 olarak bulunmuştur (NIAAA, 2006). Ülkemizde ise yapılan "Türkiye Ruh Sağlığı Profili" çalışmasında alkol bağımlılığı yaygınlığı %0.8 olarak (Kılıç ve Erol, 1998), Zorlu ve arkadaşları tarafından (2011) İzmir'de, denetimli serbestlik uygulaması kapsamında başvuran hastaların alkol kullanım bozukluğu sıklığının geriye dönük olarak tarama testi sonuçları üzerinden değerlendirildiği araştırmada %25,6'sının alkol kullanım bozukluğu olduğu, Yiğit ve Khorshid tarafından (2006) üniversite öğrencilerinde alkol kullanımı ve bağımlılığını incelemek amacıyla yapılan çalışmada ise %8.8'inin alkol bağımlısı olduğu bulunmuştur.

Ülkemizde ve uluslararası yapılan çeşitli çalışmalarda tarama sonuçlarından elde edilen bulgular ile ilgili olarak alkol bağımlılığı oranları farklılık göstermekle birlikte yapmış olduğumuz çalışmada alkol kullanımını taramak için kullandığımız MATT sonuçlarına göre sürücülerin %12,7'sinde (28/220) alkol bağımlılığı olduğu görünmektedir.

Ayrıca alkol kullanımı açısından zararlı ve riskli alkol tüketimini saptayabilmek için kullandığımız AKBTT ölçeğinden elde edilen bulgulara göre sürücülerin %11,36'sının (25/220) alkol kullanımı açısından riskli olduğu ve %3,18'inin ise (7/220) alkol kullanma sorunu olduğunu göstermektedir.

Analiz sonuçları, araştırmanın temel amacı açısından önemli olduğu düşünülen ilişkiler bağlamında incelendiğinde alkol kullanımını belirlemek için

kullanılan MATT'den alınan toplam puanının erişkin DEHB belirtilerini taramak için kullanılan ASRS-A alt ölçeğinden alınan puanlar pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken ($r = ,193$; $p < ,05$), ASRS-B alt ölçeğinden alınan puanlarla anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r = ,054$; $p > ,05$). Bu sonuçlar “MATT ölçeğinden alınan puanlarla DEHB'yi taramak için kullanılan ASRS ölçeğinden alınan puanlar ile aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.” hipotezini kısmen desteklemektedir.

AKBTT'nin alkol kullanma miktarını ve sıklığını belirlemek için kullanılan alt ölçeğinden alınan puan ile ARS-A alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunmazken ($r = ,092$; $p > ,05$), ASRS-B alt ölçeğinden alınan puanlarla pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r = ,209$; $p < ,05$). Bu sonuçlar “Alkol kullanma miktarını ve sıklığını belirlemek için kullanılan alt ölçekten alınan puanla DEHB'yi taramak için kullanılan ASRS ölçeğinden alınan puanlar ile aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.” hipotezini kısmen desteklemektedir.

AKBTT'nin alkol bağımlılığı belirtilerini belirlemek için kullanılan alt ölçeğinden alınan puan ile ASRS-A alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken ($r = ,210$; $p < ,05$), ASRS-B alt ölçeğinden alınan puanlarla anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r = ,073$; $p > ,05$). Bu sonuçlar “Alkol bağımlılığı belirtilerini belirlemek için kullanılan alt ölçeğinden alınan puanlar ile DEHB'yi taramak için kullanılan ASRS ölçeğinden alınan puanlar ile aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.” hipotezini kısmen desteklemiştir.

AKBTT'nin sorunlu içicilik belirtilerini belirlemek için kullanılan alt ölçeğinden alınan puan ile ASRS-A alt ölçeğinden alınan puanlar arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken ($r = ,140$; $p < ,05$), ASRS-B alt ölçeğinden alınan puanlarla anlamlı bir ilişki bulunamamıştır ($r = ,024$; $p > ,05$). Bu sonuçlar “Sorunlu içicilik belirtilerini belirlemek için kullanılan alt ölçeğinden alınan puanlar ile DEHB'yi taramak için kullanılan ASRS ölçeğinden alınan puanlar ile aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.” hipotezini kısmen desteklemiştir.

Tüm alt ölçeklerin toplamıyla elde edilen AKBTT toplam puanıyla ASRS-A puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,207$; $p<,05$). Ayrıca AKBTT toplam puanıyla ASRS-B puanları arasında da istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=,139$; $p<,05$). Bu sonuçlar “AKBTT testinden alınan toplam puan ile DEHB’nu taramak için kullanılan ASRS ölçeğinden alınan puanlar ile aralarında pozitif yönde anlamlı bir ilişki vardır.” hipotezini desteklemiştir.

Çalışmanızda ASRS-A ve ASRS-B ölçeğinden alınan puanları yordayan değişkenleri belirlemek için çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Aşağıda “ASRS-A ve ASRS-B ölçeğinden alınan puanları yordayan değişkenlere ilişkin bulgular tartışılmaktadır.

Bulgulardan elde edilen sonuçlara göre ASRS-A ölçeğinden alınan puanlar üzerinde en fazla etkiye sahip faktörün AKBTT’nin alkol bağımlılığı belirtileri için kullanılan alt ölçeğinden alınan puanlar olduğu, bunu sırasıyla yine aynı ölçeğin alkol kullanım miktar ve sıklığını ve sorunlu içiciliği belirlemek için kullanılan alt ölçekten alınan puanlarının izlediği görülmektedir.

ASRS-A ölçeğinden alınan puanları yordayan değişkenleri belirlemek için analize alınan alkol kullanım süresi, MATT toplam puanı, alkol kullanma miktarı ve sıklığı alt ölçeği, alkol bağımlılığı alt ölçeği, sorunlu içicilik alt ölçeği ve alt ölçeklerin toplamından elde edilen AKBTT’den alınan toplam puanının bağımlı değişken üzerindeki varyansı %8,5 oranında açıkladığı ve aralarında $P<0,005$ düzeyinde anlamlı bir ilişki olduğu gösterilmiştir.

Bulgulardan elde edilen sonuçlara göre ASRS-B ölçeğinden alınan puanlar üzerinde en fazla etkiye sahip faktörün AKBTT’nin alkol kullanma miktar ve sıklığını için kullanılan alt ölçekten alınan puanlar olduğu, bunu sırasıyla alkol bağımlılığı ve sorunlu içiciliği belirlemek için kullanılan alt ölçekten alınan puanın izlediği görülmektedir.

ASRS-B ölçeğinden alınan puanları yordayan değişkenleri belirlemek için analize alınan alkol kullanım süresi, MATT toplam puanı, alkol kullanma miktarı ve sıklığı alt ölçeği, alkol bağımlılığı alt ölçeği, sorunlu içicilik alt ölçeği ve alt ölçeklerin toplamından elde edilen AKBTT'den alınan toplam puanının bağımlı değişken üzerindeki varyansı %6,5 oranında açıkladığı ve aralarında $P>0,005$ düzeyinde anlamlı bir ilişki olmadığı gösterilmiştir

Bağımsız değişken olarak denkleme alınan alkol kullanım süresi, MATT toplam puanı, alkol kullanma miktarı ve sıklığı alt ölçeği, alkol bağımlılığı alt ölçeği, sorunlu içicilik alt ölçeği ve alt ölçeklerin toplamından elde edilen AKBTT'den alınan toplam puanının bağımlı değişken olarak denkleme giren ASRS-A ve ASRS-B üzerinde çok az bir etkisi olduğu görünmektedir. Bu durum alkol kullanımıyla ilgili değişkenlerin DEHB'yi yeterli düzeyde yordayamadığını göstermektedir.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu çalışma, alkol kullanımı ve bağımlılığının erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile amacıyla ehliyetleri geri alınan sürücüler üzerinden ilişkisini incelemek gerçekleştirmiştir. Bulgulara göre, alkol kullanımının sürücülerin davranışlarını negatif şekilde etkilediği ve bunun sonucunda trafik hatalarına ve trafik kazalarına neden olduğu ortaya konulmuştur.

Araştırmanın temel amacı açısından önemli olduğu düşünülen ilişkiler bağlamında incelendiğinde ASRS-A ile MATT'dan alınan toplam puan, AKBTT'nin alkol bağımlılığı belirtilerini belirlemek için kullanılan alt ölçeğinden ve sorunlu içicilik belirtilerini belirlemek için kullanılan alt ölçeğinden alınan puanlar ve AKBTT toplam puanıyla arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapılan diğer analizler incelendiğinde ise ASRS-A ile AKBTT'nin alkol kullanma miktarını ve sıklığını belirlemek için kullanılan alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

ASRS-B ile AKBTT'nin alkol kullanma miktarını ve sıklığını belirlemek için kullanılan alt ölçeğinden ve AKBTT toplam puanıyla arasında istatistiksel olarak pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Yapılan diğer analizler incelendiğinde ise ASRS-B ile MATT'den alınan toplam puan, AKBTT'nin alkol bağımlılığı belirtilerini belirlemek için kullanılan alt ölçeğinden ve sorunlu içicilik belirtilerini belirlemek için kullanılan alt ölçeğinden alınan puanlar arasında anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

Yukarıda yer alan alkol kullanımına ilişkin değişkenler ile ASRS-A ve ASRS-B'ye yönelik var olan ilişkilerin ortaya konulması önemli görünmektedir. Çalışmamızda kullanılan tarama ölçekleri düşünüldüğünde sürücülere yönelik olarak alkol kullanımı ve erişkin DEHB ile aralarındaki ilişkileri farklı düzeylerde ortaya koyabilecek, erişkin DEHB için çocukluk dönemini de kapsayan incelemelerin yapılmasının yararlı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmamızda ASRS-A ve ASRS-B ölçeğinden alınan puanları yordayan değişkenleri belirlemek için alkol kullanım süresi, MATT toplam puanı, alkol kullanma miktarı ve sıklığı alt ölçeği, alkol bağımlılığı alt ölçeği, sorunlu içicilik alt ölçeği ve alt ölçeklerin toplamından elde edilen AKBTT'den alınan toplam puanının yer aldığı çoklu regresyon analizi yapılmıştır. Bunun sonucunda yukarıdaki değişkenlerin ASRS-A'ya ait varyansın %8,5'ini ve ASRS-B'ye ait varyansın ise %6,5'ini açıkladığı görülmüştür. Bu çalışmaya yönelik olarak sınırlılıklardan biri olarak değerlendirilebilecek bu varyans oranları ASRS-A ve ASRS-B'yi daha farklı oranlarda yordayabilecek değişkenlerinde araştırma modeline dâhil edilmesi gerekliliğini göstermektedir.

Çalışmamızda yer alan katılımcıların sayısı yeterli olmakla birlikte kadın sayısının erkek sayısından oldukça azdır. Bu sınırlılıkla ilgili olarak sonraki çalışmalarda kadın-erkek oranının birbirine daha yakın olacak şekilde düzenlenmesi, cinsiyet değişkeninin kapsamlı analizler açısından ele alınmasını kolaylaştırabilir.

Son olarak en az iki kez alkollü araç kullanmaktan dolayı ehliyetleri geri alınan sürücülere yönelik olarak yapılan bu çalışmada alkol kullanımı ve bağımlılığının erişkin dikkat eksikliği ve hiperaktivite ile ilişkisi incelenmiştir ve kaza oranları üzerinden yapılan analiz sonuçlarına göre bu grubun riskli olduğu ve bu sürücülerin yaşayacağı olası sonuçlar düşünüldüğünde daha sık denetim yapılması, sürücülerin en başta alkollü araç kullanmamaları için sürücülük kurslarında yapılan eğitimlere bu durumlarla ilgili modüllerin eklenmesi önerilmektedir.

7. KAYNAKLAR

Amerikan Psikiyatri Birliği. (2014). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı*, Beşinci Baskı (DSM-5), Tanı Ölçütleri Başvuru Elkitabından, çev. Köroğlu, E. Hekimler Yayın Birliği, Ankara.

Annagür, B.B. ve Savaş, A. H. (2011). *Depresyonda Ekhastalık, Ekhastalık Olarak Depresyon: Türkiye’de Yapılmış Çalışmaların Gözden Geçirilmesi*. Journal of Mood Disorders, 1(2):87-94

APA (American Psychiatric Association) (2000) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., Text revision (DSMIV-TR). Washington, DC, American Psychiatric Association.

Akgün, G.M., Tufan, E., Yurteri, N. ve Erdogan, A. (2011). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Genetik Boyutu*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 3:15-48.

Akvardar, Y. (2003). *Alkol Bağımlılığında Kişilik Özellikleri*. Bağımlılık Dergisi, 4: 26-30

Akvardar, Y., Turkcan, A, Yazman, U., Aytaclar, S., Ergör, G. ve Çakmak, S. (2003). *Prevalence of alcohol use in Istanbul*. Psychol Rep. Jun;92(3 Pt 2):1081-1088.

Akvardar, Y., Arkar, H., Akdede, B.B, Selami Gül, S. Ozden Sarı, O, Tunca, Z. (2005). *Alkol Kullanım Bozukluklarında Kişilik Özellikleri*. Bağımlılık Dergisi; 6: 53-59

Alyanak, F.Ö., Yargıç, İ. ve Oflaz, S. (2011). *Genel Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Sıklığı ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite*

Bozukluğuna Eşlik Eden Diğer Psikiyatrik Bozukluklar. Nöropsikiyatri Arşivi, 48: 119-24.

Ateşçi, F., Tüysüzoğulları, D. H., Özdel, O., Oğuzhanoğlu, K. N.(2010). *Erişkenlerde Bipolar I Bozukluk ve Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Eştanısı: Bir Ön Çalışma.* Klinik Psikofarmakoloji Bülteni; 20:66-73

Aslan, S. ve Acıkyurek K. (2008). *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Kliniği Gölbaşı Alkol Servisi'nde, yatarak tedaviye ilk kez ve tekrarlayan kereler başvuran, alkol bağımlısı erkek hastaların bilişsel modele göre karşılaştırılması.* Uzmanlık Tezi, Ankara, 2008

Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (Ed). (2006). *Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler.* Ankara: MedicoGraphics Ajans ve Matbaacılık Hizmetleri

Bandura, A. (1977). *Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change,* Psychological Review, 84;191-215

Bayar, R. ve Yavuz, M. (2008). *Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar: Alkol Bağımlılığı.* Editörler Prof. Dr. Müfit Uğur, Prof. Dr. İbrahim Balcıoğlu, Prof. Dr. Neşe Kocabaşoğlu. İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Tıp Fakültesi, Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Sempozyum Dizisi No:62. Cemre Ofset.

Barkley, R. A. (2006). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment.* New York, Guilford Press

Barkley, R. A., DuPaul, G. J. ve McMurray, L.A. (1990). *Comprehensive evaluation of attention deficit disorder with and without hyperactivity.* . Journal of Consulting & Clinical Psychology, 58:775-789.

Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L. ve Fletcher, K. (2002). *The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder.* Journal of Abnormal Psychology, 111: 279–289

Biederman, J., Faraone, SV.(2005). *Attention-deficit hyperactivity disorder*. Lancet; 366, 237-48.

Biederman J., Wilens T., Mick, E., Milberger, S., Spencer, TJ., Faraone, SV.(1995). *Psychoactive substance use disorders in adults with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD): effects of ADHD and psychiatric comorbidity*. Am J Psychiatry 1995;152:1652–1658.

Biederman J. Faraone SV, Spencer TJ, Mick E, Monuteaux MC, Aieardi M. (2006). Functional impairments in adults with self-reports of diagnosed ADHD: a controlled study of 1001 adults in the community, J Clin Psychiatry 67: 524–540

Boşgelmez, Ş. ve Tufan, AE. (2014). *Bir Eğitim Hastanesinin Psikiyatri Polikliniğine İlk Kez Başvuran ve Hafif-Orta Şiddette Majör Depresif Bozukluk Tanısı Alan Erişkin Kadın Hastalarda Dikkat Eksikliği/ Hiperaktivite Belirtileri ve Tanısının Yaygınlığı: Öncül Bir Araştırma*. Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences, 27:27-33

Bozkurt, O., Pektaş, Ö., Kalyoncu, A., , Mırsal, H. ve Beyazyürek, M.(2003). *Anksiyete Ve Alkol Kullanım Bozukluğu İlişkisi: Bir Olgu Sunumu*. Bağımlılık Dergisi; 4: 123-126

Boztaş H. M. ve Sungur Z. M. (2001). *Kaçıngan Kişilik Bozukluğu*. Psikiyatri Dünyası, 5:71-79

Brower, K. J. (2003). *Insomnia, alcoholism and relapse*. Sleep Med Rev; 7:523-539

Brower, KJ., Aldrich, MS., Robinson, EAR., Zucker, RA., Greden, JF.(2001). *Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism*. Am J Psychiatry 2001; 158:399-404

Brown, E.S., Bobadilla, L., Nejtek, V.A., Perantie, D., Dhilon, A. ve Frol, A. (2003). *Open-label nefazodone in patients with a major depressive episode and alcohol dependence*. Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry, 27: 681-685

Brown, S. ve Yalom, I. (2008). *Alkolizm terapisi*. (Çev. T. Kazmirci). İstanbul: Prestij Yayınları.

Cantwell, D. P. (1996). *Attention Deficit Disorder A Review Of The Past 10 Years*. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology;35:978-987

Ceylan, E., Türkcan, A. (2003) *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri, Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*, 2. Cilt, 1. Kitap, Genişletilmiş 2. Baskı, İstanbul, 2003

Coşar, B., Arıkan, Z., Hiçyılmaz, N., Kuruoğlu, A., Sertcan, Y. ve Işık, E. (1996). *Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi alkol tedavi ünitesinde yatarak tedavi gören 7000 alkol bağımlısının demografik, sosyokültürel, bireysel özelliklerinin ve hastalığı algılama biçimlerinin değerlendirilmesi*. Kriz Dergisi, 4(2), 105-112

Cox, D.J., Madaan, V. ve Cox, B.S. (2011). *Adult attention-deficit/hyperactivity disorder and driving: why and how to manage it*. Curr Psychiatry Rep.;13(5):345-50.

Coşkunol H., Bağdiken, İ., Sorias, S., Saygılı, R. (1995). *Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) Geçerliliği*. Ege Tıp Dergisi 34(1-2):15-18, 1995

Coşkunol, H. (1996). *Alkol Bağımlılığı Tanı ve Tedavisi*. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları Kitap. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova İzmir

Coşkunol, H. ve Çelikkol, A. (1996). *Alkol Kullanım Bozuklukları ve Tedavisi*. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları Kitap 1. Ege Üniversitesi Basımevi, Bornova İzmir, 141-155.

Dilbaz, N. (2000). *Sosyal Anksiyete Bozukluğu: Tanı, Epidemiyoloji, Etiyoloji, Klinik Ve Ayırıcı Tanı*. Klinik Psikiyatri; Ek 2:3-2

Doğan, S., Öncü, B., Varol-Saraçoğlu, G. ve Küçükgöncü, S. (2009). *Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği (ASRS-VI.1): Türkçe Formunun Geçerlilik Ve Güvenilirliği*. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 10:77-87

Duran, Ş., Fıstıkçı, N., Keyvan, A., Bilici, M., Çalışkan, M. (2014). *Ayaktan Psikiyatri Hastalarında Dikkat Eksikliği Ve Hiperaktivite Bozukluğu: Yaygınlık Ve Eştanılar*. Türk Psikiyatri Dergisi;25(2):84-93

Enez Darçın A. ve Dilbaz, N. (2010). *Alkol kullanım bozukluklarında uyku örüntüsü ve uyku bozuklukları*. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 11:335-342

Enoch, M. A. ve Goldman, D. (2001). *The genetics of alcoholism and alcohol abuse*. Current Psychiatry Rep. 3, 144–151

Ercan, E. S. ve Turgay, A. (1999). *Dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunda beyin görüntüleme çalışmaları*. Türk Psikiyatri Dergisi, 10(2):134-142

Ercan, E.S. (2008). *Dikkat Eksikliği ve Hiperaktivite Bozukluğu*. İstanbul: Mega Basım. 99- 100.

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

Ekinci, A., Ekinci, O., Türkçapar, H., Ozbay, H. (2012). *Alkol Bağımlısı Olguların Sağlıklı Kontrollerle Emosyonel Şemalar YönüNden Karşılaştırılması Ve Klinik Özelliklerle İlişkisi*. Nöropsikiyatri Arşivi; 49: 286-293

Evren, E.C. (2004). *Alkol/Madde Kullanım Bozukluğunda Kişilik Bozukluğu Ek Tanısı: Bir Gözden Geçirme*, Klinik Psikiyatri Dergisi, 7:111-119,

Faraone S.V., Biederman, J. ve Milberger, S. (1994). *An Exploratory Study of ADHD Among Second Degree Relatives of ADHD Children*. *Biological Psychiatry*, 35:398-402.

Fayyad, J., Graff, R. D. E., Kessler, R., Alonso, J., Angermeyer, M., Demyttenaere, K. (2007). *Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder*. *British Journal of Psychiatry*; 190, 402–409.

Fried, R., Petty, C. R., Surman, C. B., Reimer, B., Aleardi, M., Martin, J. M. Coughlin, J.F., Biederman, J. (2006). *Characterizing impaired driving in adults with attention-deficit/ hyperactivity disorder: a controlled study*. *The Journal of Clinical Psychiatry*;67: 567–574

Gaumont, P., Davis, C., Hill, T. (2009). Public policy, treatment. Fisher, G.L. & Roget N.A. (Ed), *Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, & recovery* içinde (pp. 735-742). Los Angeles: Sage Publications

Göka, E. ve Başterzi, D.A. (2001). *Alkol Bağımlılığına Psikodinamik Bir Bakış*. *Bağımlılık Dergisi*; 2(3): 127-132

Güney, E., Ceylan M.F. ve İşeri, E. (2011) *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Aday Gen Çalışmaları*. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*; 3(4):664-682

Güveli, H. ve Saatçioğlu, Ö. (2008). *Bağımlılıkta İçme İsteği*. *Klinik Psikofarmakoloji Bulteni-Bulletin of Clinical Psychopharmacology*;18:140-152

Hechtman, L. (2005). *Attention deficit hyperactivity disorder*. In *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, 8th edition (Eds BJ Saddock, VA Saddock) :2679-2692. Philadelphia, Lippincott Williams & Wilkins

Işık, U. (2007). *Alkol Bağımlularında Temps-A Ölçeği İle Belirlenen Affektif Mizaç Özelliklerinin Demografik Veriler ve Kişilik Özellikleri İle Olan İlişkisi*. *Uzmanlık*

Tezi. Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Psikiyatri, Ankara

İnce, A., Doğruer Z. ve Türkçapar, M. H. (2002). *Erken ve Geç Başlangıçlı Erkek Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik, Klinik ve Psikopatolojik Özelliklerin Karşılaştırılması*. Klinik Psikiyatri; 5:82-91

İyisoy, M. S. (2006). *Antisosyal Kişilik Bozukluğu Olan Bireylerde Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Eştanısı Ve Yürütücü İşlevlerle İlişkisi*. Uzmanlık Tezi. T.C. Genelkurmay Başkanlığı Gülhane Askeri Tıp Akademisi.

Kalyoncu, Ö.A. (2010). *Plastik Düşler*. İstanbul: Kapital.

Kalyoncu, A. ve Mirsal, H. (2000). *Alkol kullanım bozuklukları*. Psikiyatri Dünyası, 4(1), 22-30.

Kandel, D., Chen, K., Kessler, R. C., Adler R., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., Zaslavsky, A. M. (2006). *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication*. The American Journal of Psychiatry, 163:716-723.

Karakuş, G., Evlice, Y, E., Tamam, L., Kafkas, S. (2012). *Psikiyatri Kliniğinde Yatan Hastalarda Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı*. Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi; 37(1):37-48

Kaplan, H.I. ve Sadock, B.J. (2004) *Madde kullanımı ile ilişkili bozukluklar*. Abay E (Çeviri). Klinik Psikiyatri.Nobel Tıp Kitabevleri: 75-119

Karataş, G. (2005). *Psikiyatri Kliniğinde Bir Yıllık Dönem Boyunca Yatan Hastalarda Alkol Ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı*. Uzmanlık Tezi. Çukurova Üniversitesi

Kent, L. ve Craddock, N. (2003). *Is there a relationship between attention deficit hyperactivity disorder and bipolar disorder?* J Affect Disord; 73:211-221

Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., Biederman, J., Conners, C. K., Demler, O., Faraone, S. V., Greenhill, L. L., Howes, M. J., Secnik, K., Spencer, T., Ustun, TB., Walters, EE., Zaslavsky, AM. (2006). *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication*. The American Journal of Psychiatry. Apr;163(4):716-23.

Kılıç, C., Erol, N. ve Ulusoy, M. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili: Erişkin Nüfusta Ruhsal Hastalıkların Yaygınlığı, İlişkili Faktörler, Yeti Yitimi ve Ruh Sağlığı Hizmeti Kullanım Sonuçları*, 1. Baskı, Ankara

Kural, S., Evren, C. ve Çakmak, D. (2005). *Alkol/Madde Bağımlılığında Kişilik Bozukluğu Ek Tanısının Diğer I. Eksen Tanıları Ve Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımı ve İhmali ile İlişkisi*. Bağımlılık Dergisi; 6: 9-18

Lowinson, J.H., Ruiz, P., Millman, R.B. & Langrod, J.G. (2005) *Substance Abuse: A Comprehensive Textbook*, 4th edition, Williams & Wilkins, Baltimore.

McGough, J.J., Smalley, S.L., McCracken, J.T., Yang, M., Del'Homme, M., Lynn, D.E., Loo S. (2005) *Psychiatric comorbidity in adult attention deficit hyperactivity disorder findings from multiplex families*. The American Journal of Psychiatry; 162:1621-7.

McCrary S, Epstein E. ve Addictions, A. (1999). *Comprehensive Guidebook*, Oxford University Press, New York

Mick, E., Biederman, J., Faraone, S. V., Sayer, J., Kleinman, S. (2002). *Case-control study of attention deficit hyperactivity disorder and maternal smoking, alcohol use, and drug use during pregnancy*. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 41, 378–385.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2006). *Alcohol use and alcohol use disorders in the United States: Main findings from the 2001 - 2002 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC)*. Bethesda, MD.

Niaura, R. (2000). *Cognitive social learning and related perspectives on drug craving*. *Addiction*; 95 (Suppl 2):155-163

Nurnberger, J.I., Wiegand, R., Bucholz, K., O'Connor, S. (2004). *A Family Study of Alcohol Dependence Coaggregation of Multiple Disorders in Relatives of Alcohol-Dependent Probands*, *Archives of General Psychiatry*, 61(12)

Ongun, B. (2010). *Alkol Ve Madde Bağımlılarında Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Belirtileri*. Yüksek Lisans Tezi. T.C. Ege Üniversitesi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü.

Öç, Ö.Y., Ağaoğlu, B., Berk F., Komsuoğlu, S., Coşkun, A., Karakaya, I. (2008). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Beyin Kan Akımı ve Elektriksel Beyin Aktivasyonunun Değerlendirilmesi*. *Klinik Psikiyatri*;11:53-60

Ögel, K. Çorapçioğlu, Sır, A. Tamar, M. Tot, Ş. Bilici, M. Tamar, D. Liman, O. (2004). *Dokuz İilde İlk ve Ortaöğretim Öğrencilerinde Tütün, Alkol Ve Madde Kullanım Yaygınlığı*. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 15(2):112-118

Özkorumak, E., Özten, H.S. ve Tiryaki, A. (2013). *Ayaktan Başvuran Psikiyatri Hastalarında Erişkin DEHB Yaygınlığı, Eş Tanı Oranı Ve İşlevsellik Düzeyi*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 14:347-353

Özgür İlhan, İ. Demirbaş, H. ve Doğan, B, Y. (2005). *Çıraklık Eğitimine Devam Eden Çalışan Gençlerde Alkol Kullanımı Üzerine Bir Çalışma*. *Türk Psikiyatri Dergisi*; 16(4):237-244

Pek, A. ve Pınarcı, M. (2010). *Alkol ve bağımlılık yapıcı madde kullanımının trafik güvenliğine etkisi*. *Polis Bilimleri Dergisi*, 12(4), 1-17.

Pektaş, Ö., Mırsal, H., Kalyoncu, A., Tan, D., Beyazyürek, M. (2003). *Psikiyatri Kliniğinde Yatarak Tedavi Gören Hastalarda Alkol Kullanımı*. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*; 4:26-29

Regier, D. A., Farmer, M.E., Rae, D. S. Locke, B. Z., Keith, S. J., Judd, L. L., Goodwin, F. K. (1990). *Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study.* JAMA;264(19):2511-2518.

Saunders, J.B., Aasland, O.G., Babor, T.F., Puente, J.R. ve Grant, M. (1993). *Development of the Alcohol Use Disorders Screening Test (AUDIT). WHO collaborative project on early detection of persons with harmful alcohol consumption. II.* Addiction 88:791-804,

Saatcioglu, O., Evren, C. ve akmak D. (2002). *Alkol kullanım bozukluklarını tanıma testinin geçerliği ve güvenilirliği.* Türkiye'de Psikiyatri; 4: 107-113

Schuckit, M.A. (2000). Alcohol-Related disorders. Sadock B.J. & Sadock V.A. (Ed), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 7th edition* içinde (pp. 953-971). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.

Schweitzer, J. B., Faber, T. L., Grafton, S. T., Tune, L. E., Hoffman, J. M., Kilts, C. D. (2000) *Alterations in the functional anatomy of working memory in adult attention deficit hyperactivity disorder.* Am J Psychiatry, 157(2):278-280.

Secnik, K., Swensen, A. ve Lage, M. J. (2005). *Comorbidities and costs of adult patients diagnosed with attention-deficit hyperactivity disorder.* Pharmacoeconomics ;23(1):93-102.

Şengül, C., Efe, M., Alaçam, H. ve Herken, H. (2009). *Bir Genel Psikiyatri Polikliniğinde Erişkin DEHB Tanısıyla İzlenen Hastaların Değerlendirilmesi.* Anadolu Psikiyatri Dergisi, 10 (Ek 1), 62-62

Sevinc, E., Şengul, C., Cakaloz, B., Herken, H. (2010) *Psikiyatri polikliniğinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu tanısı konan hastalarda eştanı.* Nöropsikiyatri Arşivi; 47:139-143

Shaffer, D.(1994). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. American Journal of Psychiatry; 151:633-8.

Şimşek, D. (2011). Denizli Kent Merkezinde Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunun Yaygınlığı, Uzmanlık Tezi. Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Denizli

Sonuga-Barke, E. J. ve Halperin, J. M. (2010). *Developmental phenotypes and causal pathways in attention deficit/hyperactivity disorder: potential targets for early intervention?* J Child Psychol Psychiatry;51:368-89.

Spencer, T., Ustun, T. B., Walters, E. E., Zaslavsky, A. M. (2006). *The prevalence and correlates of adult ADHD in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication*. Am J Psychiatry; 163:716-723

Tarhan, N. Nurmedov, S. (2011). *Bağımlılık*. Psikoloji Dizisi. Timaş Yayıncılık, İstanbul

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. Ankara.

Thomas, HD., Herzog, TA., Irvin, JE., Gwaltney, J. (2004). *Cognitive and Social Learning Models of Drug Dependence: Implications for the Assesment of Tobacco Dependence in Adolescents*, Addiction, 99:51-77, 2004

Troller, J. N. (1999). *Attention Deficit Hyperactivity disorder, in adults: conceptual and clinical issues*. MJA; 171;421-5.

Trull, T.J., Sher, K.J., Minks-Brown, C., Durbin, J., Burr, R. (2000). *Borderline personality disorder and substance use disorders: A review and integration*. Clinical Psychology Review;20:235–253

T.B.M.M. (2008). *Türkiye’de Uyuşturucu Başta Olmak Üzere Madde Bağımlılığı ve Kaçakçılığı: Sorunlar ve Öneriler*. Araştırma Komisyonu Raporu, Ankara

Tufan, E. A. ve Yaluğ, İ.(2009). *Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğunda Tıbbi Eş Tanılar*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar; 1(2):187-200

Tuğlu, C. ve Öztürk Şahin, Ö. (2010). *Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu: Nörobiyoloji, Tanı Sorunları ve Klinik Özellikler*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar;2(1):75-116

Verheul, R., Kranzler, H.R., Poling, J., Tenne, H., Ball, S., Rounsaville, B.J. (2000). *Co-occurrence of Axis I and Axis II disorders in substance abusers*. Acta Psychiatr Scand.;101:110–118

Wender, P. H. (1995). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder in Adults*. New York: Oxford University Press; 122-143.

Wender, P., Wolf, L. ve Wassertein, J. (2001). Adults with ADHD: An overview. In J.Wasserstein, L.Wolf,&F.F.LeFever (Eds.), *Adult attention deficit disorder: Brain mechanism and life outcomes*. New York Academy of Science Annals; 931: 1-16

Weiss, G. (1996). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder*. M Lewis (Ed). Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook (2nd edition). Baltimore: Williams & Wilkins; 544–563

Wilens, T. E. ve Dodson, W. (2004). *A clinical perspective of attentiondeficit/hyperactivity disorder into adulthood*. J Clin Psychiatry; 65: 1301–1313

Williams, C., Wright, B. ve Partridge, I. (1999). *Attention Deficit Hyperactivity Disorder —A Review*. British Journal Of General Practice, 49, 563-571.

Yapıcıoğlu, B., Kavakcı, Ö., Güler, AS., Semiz, M., Doğan, O. (2011). *Sivas il merkezinde erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğunun yaygınlığı ve eşlik eden eksen-I, eksen-II tanıları*. Anadolu Psikiyatri Dergisi; 12:177-184)

Yiğit, Ş. ve Khorshid, L.(2006). *Ege Üniversitesi Fen Fakültesi öğrencilerinde alkol kullanımı ve bağımlılığı*. Bağımlılık Dergisi; 1:24-30.

Zimmerman, M. L. (2003). *Attention- deficit hyperactivity disorder*. Nurs Clin North Am. 38: 55-66.

Zorlu, N., Türk, H., Manavgat, A. İ., Karadaş, B., Şeref Gülseren, G. (2011). *Denetimli Serbestlik Uygulaması Kapsamında Başvuran Hastalarda Sosyodemografik, Klinik Özelliklerin ve Alkol Kullanım Bozukluğu Sıklığının Geriye Dönük Değerlendirilmesi*, Anadolu Psikiyatri Dergisi; 12:253-257

Yasa ve Yönetmelikler

2918 Sayılı Karayolları Trafik Kanunu. (1983). T.C. Resmi Gazete, 18195, 13 Ekim 1983

İnternet:

World Health Organization (2004). *Neuroscience of psychiatric substance use and dependence*. Erişim tarihi: 29 Ekim 20014, [http:// www.who.int/en/](http://www.who.int/en/)

8. EKLER

8. 1. Aydınlatılmış Gönüllü Onam Formu

Bu çalışma, Haliç Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı " **Uygulamalı Psikoloji**" Yüksek Lisans öğrencisi **Tuncay ÇORAK** tarafından yapılmaktadır. Çalışmaya katılım tamamiyle gönüllülük temelli olmaktadır. Yapılan çalışmalarda sizden hiçbir kimlik bilginiz **istenmemektedir**. Cevaplarınız tamamiyle gizli tutulacak ve sadece araştırmacı tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayınlarda kullanılacaktır.

Anket, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakmakta ve araştırmadan ayrılmakta serbestsiniz.

Anket sonunda, bu çalışmayla ilgili sorularınız varsa cevaplandırılacaktır. Bu çalışmaya katılımınız için şimdiden teşekkür ederim. Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Tuncay ÇORAK'tan detaylı bilgi alabilirsiniz (Tel:0506 311 01 49/ tuncay.corak@hotmail.com).

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayınlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Ad-Soyad

Tarih

İmza

8. 2. Sosyodemografik Veri Toplama Formu

Aşağıda sizi tanımaya yönelik bazı sorular sorulmaktadır. Bu sorular sadece sizi daha iyi tanımak amacıyla sorulmaktadır. Lütfen eksiksiz olarak cevap veriniz.

Cinsiyetiniz:

Kadın ()

Erkek ()

Yaş:

18-29 ()

30-39 ()

40-49 ()

50 ve üstü ()

Medeni Durumunuz

Bekar ()

Evli ()

Ayrı Yaşıyor()

Boşanmış veya Dul()

Diğer()

Mesleğiniz

İşçi ()

Serbest()

Ev kadını()

Emekli()

Çalışmıyor()

Memur()

Öğrenci()

Eğitim Düzeyi

İlkokul()

Ortaokul ()

Lise()

Üniversite ve üstü()

Gelir Durumunuz

Alt ()

Orta ()

Üst ()

Alkol Kullanım Süresi

3-6 ay()

7-12ay()

1-3 yıl()

3 yıldan fazla ()

Sigara Kullanımı

Evet()

Hayır()

Sürücülük türü

Ticari(Profesyonel Sürücü) ()

Özel (Amatör Sürücü) ()

Sahip Olduğunuz Ehliyet Sınıfı:

Kaç yıldır Aktif Olarak Araç Kullanıyorsunuz? yıldır.

0-5 ()

6-10 ()

11-15 ()

16 ve üstü ()

Son 5 yıl içerisinde belirtilen trafik cezalarından hangisini kaç defa aldınız?

Yanlış Park Etme() Kırmızı Işıқта Geçme() Hatalı Sollaama()
Aşırı Hız() Alkollü Araç Kullanma() Diğer (Belirtiniz) ()

Son 5 yıl içerisinde kaç defa kaza yaptınız?

Hiç Yapmadım() 1 kaza () 2 kaza () 3 kaza ()

Yaptığınız kazanın sonuçları nelerdir?

1. kaza () Maddi Hasarlı () Yaralanmalı() Ölümlü()
2. kaza () Maddi Hasarlı () Yaralanmalı() Ölümlü()
3. kaza () Maddi Hasarlı () Yaralanmalı() Ölümlü()

Son 5 yıl içerisinde alkol aldığınızda araç kullanırken kaç defa kaza yaptınız?

Hiç Yapmadım() 1 kaza () 2 kaza () 3 kaza ()

Yaptığınız kazanın sonuçları nelerdir?

1. kaza () Maddi Hasarlı () Yaralanmalı() Ölümlü()
2. kaza () Maddi Hasarlı () Yaralanmalı() Ölümlü()
3. kaza () Maddi Hasarlı () Yaralanmalı() Ölümlü()

Alkol kullanmaktan dolayı bir problem yaşadınız mı?

Hiç Yaşamadım () Adli Problemler() İşle İlgili Problemler()

Aileyle veya İlişkilerle ilgili Problemler() Sağlıkla ilgili Problemler ()

Psikiyatrik Başvuru

Evet() Hayır()

8.3. Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT)

P	U	A	N	SORULAR	E	V	E	T	H	A	Y	I	R
0	0			Şimdi veya biraz sonra bir kadeh atmak hoşunuza gider mi?									
2	1			Kendinizi normal bir içici olarak hissediyor musunuz? (Normal kavramı ile diğer insanlar kadar veya onlardan daha az içme veya hiç içki içmeme kastedilmektedir) (*)									
2	2			Akşam içki içtikten sonra sabah uyandığınızda akşamın bir bölümünü hatırlayamadığınız oldu mu?									
1	3			İçki içmeniz konusunda eşinizin, anne-babanızın veya yakınlarınızın endişe ettikleri veya yakındıkları oldu mu?									
2	4			Bir kaç kadeh attıktan sonra mücadele etmeden içki içmeyi durdurabiliyor musunuz ? (*)									
1	5			İçki içtiğiniz için hiç suçluluk duydunuz mu?									
2	6			Arkadaşlarınız ve yakınlarınız sizin normal bir içici olduğunuzu düşünüyorlar mı? (*)									
2	7			İstediginizde içki içmeyi durdurabiliyor musunuz? (*)									
5	8			Adsız Alkoliklerin (AA) bir toplantısına hiç katıldınız mı?									
1	9			İçtiğinizde hiç kavga ettiğiniz oldu mu?									
2	10			İçki içmeniz sizinle; eşiniz, anne-babanız veya yakınlarınız arasında sorun oluşturdu mu?									
2	11			Eşiniz veya yakınlarınız içmeniz konusunda başkalarından yardım istediler mi?									
2	12			İçtiğiniz için arkadaşlarınızı kaybettiğiniz oldu mu?									
2	13			İçtiğiniz için işte veya okulda sorunlarla karşılaştığınız oldu mu?									
2	14			İçtiğiniz için işinizi kaybettiğiniz oldu mu?									
2	15			İçtiğiniz için arka arkaya bir kaç gün sorumluluklarınızı, ailenizi veya işinizi ihmal ettiğiniz oldu mu?									

1	16	İçki içmeye sıklıkla öğleden önce mi başlarsınız?		
2	17	Hiç alkolle bağlantılı bir karaciğer sorununuzun olduğu söylendi mi?		
2	18	Aşırı içki içtikten sonra hiç Deliryum Tremens veya aşırı titreme tablosuna girdiniz mi, gerçekte olmadığı halde sesler işitip, hayaller gördüğünüz oldu mu? (**)		
5	19	İçmeniz konusunda başkasından yardım istediniz mi?		
5	20	İçki nedeniyle hastaneye yattığınız oldu mu?		
2	21	Bir psikiyatri kliniğine hiç yattınız mı? Eğer yattıysanız içki içmenizin yatışta rolü var mıydı?		
2	22	Sinirsel sorunlarınızdan dolayı psikiyatri polikliniğine, bir psikolog veya doktora başvurduunuz mu? Eğer başvurduysanız içki içmenizin bunda rolü var mıydı?		
2	23	Aşırı alkollü olarak veya alkollü içeceklerin etkisi altında araba kullandığınız için hiç tutuklandınız mı? (Evet ise kaç kere?) (***)		
2	24	İçkiliyken davranışlarınızdan dolayı tutuklandığınız veya birkaç saat dahi olsa göz altına alındığınız oldu mu? (Evet ise kaç kere?) (***)		

8.4. Alkol Kullanım Bozuklukları Tanıma Testi (AKBTT)

<p>1. Alkol içeren içki ne sıklıkta alıyorsunuz? (0) Asla [Soru 9-10'a geç] (1) Ayda bir ya da az (2) Ayda 2 ila 4 kez (3) Haftada 2 ila 3 kez (4) Haftada 4 ya da daha çok kez</p>	<p>6. Geçtiğimiz yıl süresince ağır içki toplantısından sonra sabahleyin kendinize gelmek için ilk içkiye ne sıklıkta ihtiyacınız oldu? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen her gün</p>
<p>2. İçtiğiniz zaman, tipik bir günde alkol içeren kaç tane içki alıyorsunuz? (0) 1 veya 2 (1) 3 veya 4 (2) 5 veya 6 (3) 7, 8 veya 9 (4) 10 veya daha fazla</p>	<p>7. Geçtiğimiz yıl süresince içtikten sonra ne sıklıkta suçluluk ya da pişmanlık duygunuz oldu? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen her gün</p>
<p>3. Bir fırsatta altı ya da daha fazla içkiyi ne sıklıkta alıyorsunuz? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen her gün</p>	<p>8. Geçtiğimiz yıl süresince, içtiğiniz için ne sıklıkta önceki gece ne olduğunu hatırlayamadınız? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen her gün</p>
<p>4. Geçtiğimiz yıl süresince, içki içmeye başladığımızda ne sıklıkta kendinizi durduramaz buldunuz? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen her gün</p>	<p>9. İçmenizin sonucu olarak siz ya da başka birisi zarar gördü mü? (0) Hayır (2) Evet, fakat geçen yıl içinde değil (4) Evet, geçen yıl süresince</p>
<p>5. Geçtiğimiz yıl süresince içki yüzünden ne sıklıkta sizden normalde beklenileni başaramadınız? (0) Asla (1) Ayda birden az (2) Ayda bir (3) Haftada bir (4) Her gün veya hemen hemen her gün</p>	<p>10. Bir akraba veya arkadaş veya bir doktor veya başka bir sağlık çalışanı içmeniz hakkında endişelendi ya da içkiyi azaltmanızı önerdi mi? (0) Hayır (2) Evet, fakat geçen yıl içinde değil (4) Evet, geçen yıl içinde</p>

8.5. Erişkin Dikkat Eksikliği Hiperaktivite Bozukluğu Kendi Bildirim Ölçeği(ASRS)

	Asla	Nadiren	Bazen	Sık	Çok Sık
1. Üzerinde çalıştığınız bir işin/projenin son ayrıntılarını toparlayıp projeyi tamamlamakta sorun yaşar mısınız?					
2. Organizasyon gerektiren bir iş yapmanız zorunlu olduğunda işlerinizi sıraya koymakta ne sıklıkla zorluk yaşarsınız?					
3. Yükümlülüklerinizi ve randevularınızı hatırlamakta ne sıklıkla sorun yaşarsınız?					
4. Çok fazla düşünmeyi ve konsantrasyonu gerektiren bir iş yapmanız gerekiyorsa ne sıklıkla başlamaktan kaçınır ya da geciktirirsiniz?					
5. Uzun bir süre oturmanız gerektiğinde, ne sıklıkla huzursuzlaşır, kıpırdanır ya da el ve ayaklarınızı kıpırdatırsınız?					
6. Ne sıklıkla kendinizi aşırı aktif ve sanki motor takılmış gibi bir şeyler yapmak zorunda hissedersiniz?					
A BÖLÜMÜ					
7. Sıkıcı veya zor bir proje üzerinde çalışmanız gerektiğinde, ne sıklıkla dikkatsizce hatalar yaparsınız?					
8. Monoton veya tekrarlayıcı bir iş yaparken ne sıklıkla dikkatinizi sürdürmekte güçlük çekersiniz?					
9. Doğrudan sizinle konuşuyor bile olsalar, insanların size söylediklerine yoğunlaşmakta ve dinlemekte ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
10. Evde veya işte eşyaları bulmakta ya da nereye koyduğunuzu hatırlamakta ne sıklıkla güçlük yaşarsınız?					
11. Etrafınızdaki hareketlilik ve gürültü ne sıklıkla dikkatinizi dağıtır?					
12. Orada oturmanız beklendiğinde, bir toplantı veya benzer durumda ne sıklıkla yerinizden kalkarsınız?					
13. Ne sıklıkla kendinizi huzursuz, kıpır kıpır hissedersiniz?					
14. Kendinize ait boş zamanınız olduğunda ne sıklıkla gevsemekte ve rahatlamakta güçlük çekersiniz?					
15. Sosyal ortamlarda bulunduğunuzda, ne sıklıkla kendinizi çok konuşurken yakalarsınız?					
16. Bir sohbet ya da görüşmede, ne sıklıkla karşınızdaki kişi cümlesini bitirmeden onun cümlesini bitirdiğinizi fark edersiniz?					
17. Sıraya girmek gerektiğinde, ne sıklıkla sıranızın gelmesini beklemekte güçlük çekersiniz?					
18. Başka bir işle meşgul olduklarında diğer insanları araya girip engeller misiniz?					
B BÖLÜMÜ					

9. ÖZGEÇMİŞ

11.02.1988 yılında Zonguldak'ta doğdu. Zonguldak Atatürk Anadolu Lisesi'nden 2006 tarihinde mezun oldu. Ardından Okan Üniversite, Psikoloji Bölümü'nü kazandı (Tam Burslu) ve 2013'ün güz dönemi sonunda mezun oldu. Mezun olduktan sonra Özel Mert Özel Rehabilitasyon ve Eğitim Merkezi'nde psikolog olarak çalıştı. Ağustos 2013 yılında İstanbul Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne atanmasının ardından Haliç Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı Uygulamalı Psikoloji Yüksek Lisans Programı'na başladı. İstanbul'da kamuya ait çeşitli hastanelerde çalıştıktan sonra 2015 yılında Zonguldak Halk Sağlığı Müdürlüğü'ne tayin oldu ve halen burada görev yapmaktadır. İngilizce bilmekte ve amatör olarak spor ile ilgilenmektedir.