



**T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**

KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**BAĞIMLI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ
ALKOL VE MADDE KULLANIMINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

HAZAL AKŞAHİN

**DANIŞMAN
YRD. DOÇ. DR. ALPTEKİN ÇETİN**

İSTANBUL- 2017

T.C.

**ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI**

**BAĞIMLI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ
ALKOL VE MADDE KULLANIMINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ**

**HAZAL AKŞAHİN
154102133**

YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN: YRD. DOÇ. DR. ALPTEKİN ÇETİN

İSTANBUL - 2017



T.C.
ÜSKÜDAR ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

YÜKSEK LİSANS TEZ SINAV TUTANAĞI

GENEL BİLGİLER

| | |
|--------------------|---|
| Öğrenci No | : 154102133 |
| Öğrenci Adı Soyadı | : Hazal AKŞAHİN |
| Anabilim Dalı | : Klinik Psikoloji |
| Tez Danışmanı | : Yrd.Doç.Dr. Alptekin ÇETİN |
| Tezin Başlığı | : Bağımlı Hastalarda Çocukluk Çağı Travmalarının Alkol ve Madde Kullanımına Etkisinin İncelenmesi |

TEZ SAVUNMA SINAVI TUTANAĞI

| | | | |
|---|--|-----------------------------------|---------|
| Toplantı Tarihi | : 22.09.2017 | Saati | : 10.30 |
| Öğrenci Savunmaya | : <input checked="" type="checkbox"/> GELDI | | |
| Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca tez bilimsel olarak incelenmiş, adayın tez çalışmasını sunmasının ardından, adaya tez çalışması ile ilgili sorular yöneltilmiştir. Yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ <input type="checkbox"/> OY ÇOKLUGU | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavında adayın başarılı bulunması sonucunda tez KABUL edilmiştir. | | | |
| <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavı sonucunda tezin DÜZELTİLMESİ için ay EK SÜRE verilmesinin Enstitü Müdürlüğüne önerilmesi kararı alınmıştır. <i>(en fazla 3 ay)</i> | | | |
| <input type="checkbox"/> Yapılan savunma sınavının sonucunda tezin REDDEDİLMESİ kararı alınmıştır. | | | |
| Savunmada Tezin Başlığı | : <input checked="" type="checkbox"/> Değişmedi. | <input type="checkbox"/> Değişti. | |
| Tezin Yeni Başlığı | : | | |
| Öğrenci Savunmaya | : <input type="checkbox"/> GELMEDİ | | |
| Üniversitemiz Lisansüstü Eğitim-Öğretim ve Sınav Yönetmeliğinin ilgili hükümleri uyarınca yukarıda belirtilen tarih ve saatte Tez Savunma Jürisi toplanmış ancak ilgili öğrenci savunma sınavına gelmemiştir. Adayın tez çalışmasını Jüri önünde sunmadığı için yapılan değerlendirmeler sonunda adayın tez çalışmasıyla ilgili aşağıdaki kararı, | | | |
| <input type="checkbox"/> OY BİRLİĞİ ile REDDEDİLMİŞTİR. | | | |

ile almıştır.

| Tez Sınavı Jürisi | Unvanı, Adı Soyadı | İmza |
|-------------------|------------------------------|------|
| Danışman Üye | Yrd.Doç.Dr. Alptekin ÇETİN | |
| Üye | Yrd.Doç.Dr. Cemal Onur NOYAN | |
| Üye | Doç.Dr. Korkut ULUCAN | |

BİLİMSEL ETİĞE UYGUNLUK

Yemin Metni

Yüksek lisans tezi olarak sunduğum “Bağımlı hastalarda çocukluk çağı travmalarının alkol ve madde kullanımına etkisinin incelenmesi” adlı çalışmanın, tarafımdan, bilimsel ahlak ve geleneklere aykırı düşecek bir yardıma başvurmaksızın yazıldığını ve yararlandığım eserlerin kaynakçada gösterilenlerden oluştuğunu, bunlara atıf yapılarak yararlanılmış olduğunu belirtir ve bunu onurumla doğrularım.

Tarih:

22.09.2017

Hazal AKŞAHİN

TEŞEKKÜRLER

Bu çalışmanın başından sonuna kadar geçen süreçte birçok değerli insanın katkısı ve desteği olmuştur. Öncelikle tez sürecimin başlangıcından bitişine kadar tüm sorularımı sabırla yanıtlayan ve yardımını esirgemeyen sevgili bölüm danışmanım Yrd. Doç. Dr. Hüseyin ÜNÜBOL'a , tez konumu belirlememde yardımcı olan ve tez yazım sürecinde ve teze başlamamda desteğini ve yardımlarını esirgemeyen, beni cesaretlendiren ve güven veren tez danışmanım Yrd.Doç.Dr. Alptekin ÇETİN'e ve yüksek lisansım boyunca eğitimime katkıda bulunan, üzerimde sonsuz emeği olan, büyük bir özveri ve sabır ile yanımda olan ve hayatıma tarifsiz deneyimler ve bilgiler katan tüm hocalarıma sonsuz teşekkür ve saygılarımı sunarım.

Hayatım boyunca yanımda olacaklarından bir an bile şüphe etmediğim sevgili dostlarım, meslektaşım olan Hülya AYDOĞAN ve Ceren KAYA'ya, bu süreçte varlığıyla beni rahatlatan, nefes almamı sağlayan, sabırla yanımda olan ve hayatıma anlam katan arkadaşlarıma sonsuz teşekkürler.

Ve son olarak bu günlere gelmemin ve varlığımın sebebi olan maddi ve manevi desteğini benden bir an olsun esirgemeyen, varlığıyla güven veren babama, koşulsuz sevgiyi bana öğreten, her zaman iyi hissetmemi sağlayan, bana güç veren ve pes etmememi sağlayan süreklilikle motive eden anneme yaşamımın her anında yanımda olan ve haklarını asla ödeyemeyeceğim, hayatı anlamlı ve güzel kılan tüm aileme sonsuz teşekkürler.

Hazal AKŞAHİN
İstanbul/2017

BAĞIMLI HASTALARDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARININ ALKOL VE MADDE KULLANIMINA ETKİSİNİN İNCELENMESİ

ÖZET

Psikoloji literatürüne bakıldığında, son dönemde klinik psikoloji alanında çocukluk travmalarının bireyler üzerindeki etkilerini ve kişilerin psikolojik gidişatlarında yol açtığı sonuçları incelediğini görmekteyiz. Çocukluk dönemlerinde maruz kalınan travmatik durumlar, bireylerin yetişkinlik dönemlerinde, yetersiz hissetmesi, sosyal çevreleri tarafından dışlanmaları, sosyal ilişkilerde çekinme – içe kapanma yaşamaları ve birçok psikolojik bozukluğa yakalanmalarına ortam hazırlamaktadırlar. Bu değerlendirme üzerinden bakıldığında, çocukluk döneminde maruz kalınan travmatik olaylar, bireylerin yetişkinlik dönemlerinde hem sosyal hem de iç dünya yaşamalarına yıkıcı ve zarar verici bir etkisinin olduğu görülmektedir.

Klinik psikoloji alanı üzerinden çocukluk dönemlerinde yaşanan travmalara bakıldığında ise, bu durumun yetişkinlikteki belli başlı patolojik durumlara ortam ve zemin hazırladığı düşünülmektedir. Çocukluk döneminde travmatik bir olaya maruz kalan bir bireyde, kaygı, duygudurum ya da madde kullanımı tabanlı patolojik bir rahatsızlığın gelişebildiği düşünülmektedir. Bu varsayımın ölçümlenmesi ve değerlendirilmesi için ise, bu çalışma çerçevesinde madde bağımlılığı tanısı almış yatan hastaların, çocukluk dönemi travmaları açısından değerlendirilmesi gerçekleştirilmiştir.

Bu araştırmanın temel amacı, bağımlı olan hastalardaki çocukluk çağı travmalarının alkol ve madde kullanımına etkilerinin incelenmesi ve değerlendirilmesidir. Araştırmaya 50 sağlıklı, 60 alkol ve/veya madde bağımlılığı tanısı almış olan toplamda 110 kişi katılım göstermiştir. Katılımcılar, Madde Kullanımı Tarama, Çocukluk Çağı Travmaları ve Michigan Alkol Tarama ölçeklerini cevaplamış, elde edilen bulgular ise Mann Whitney U, Spearman Korelasyonu, Kruskal-Wallis H analizleri üzerinden ölçümlenmiş ve çalışmanın amacına sadık kalınarak belirtilmiştir. Çalışmanın sonuçlarına göre, sağlıklı olan ve madde bağımlılığı tanısı almış bireylerin çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinden alınan puanlara göre travma şiddetinde anlamlı bir fark görülmemiş olup, madde bağımlılığı tanısı alan bireylerin bağımlılık şiddetleri azaldıkça travma şiddetlerinin arttığı, aralarında negatif yönde zayıf bir korelasyon olduğu tespit edilmiştir.

Son olarak, eğitim düzeyi, çocukluğun geçirildiği yer, ailenin çocukluktaki yapısı ve yetiştirilme biçiminin yaşama katkısı ve psikiyatrik tanılı bir rahatsızlığa sahip olmak gibi sosyo-demografik değişkenlerin Çocukluk Çağı Travma Ölçeği üzerinden gruplar arasında anlamlı bir farka yol açtığı saptanmıştır.

Anahtar Kelimeler: Çocuk Çağı Travma, Alkol Bağımlılığı, Madde Kullanımı.

INVESTIGATION OF THE EFFECTS OF CHILDHOOD TRAUMA IN AIDS WITH ALCOHOL AND SUBSTANCE

ABSTRACT

In psychology literature, it is observed that the effects of childhood trauma in the field of clinical psychology have examined the effects on the individuals and the results of the psychological progress of the persons in recent years. Traumatic situations that are exposed during childhood are setting the stage for individuals to feel insufficient during adulthood, to be excluded by the social circles, to feel frustrated in social relationships and to experience many psychological disorders. From this evaluation, it can be seen that the traumatic events that are experienced during childhood are the destructive and harmful effects of individuals on both social and internal world life during adulthood.

When we look at trauma in childhood through the field of clinical psychology, it is thought that this situation prepares the environment and ground for the main pathological conditions in adulthood. In an individual who is exposed to a traumatic event in childhood, it is thought that the condition of anxiety, mood, or substance use-based pathological condition is extremely natural. For the measurement and evaluation of this hypothesis, the evaluation of the patients who were diagnosed with substance dependence in terms of childhood traumas was carried out.

The main purpose of this study is to examine and evaluate the predictive effects of alcohol and substance abuse on childhood trauma in alcohol dependent patients. A total of 110 people participated in the survey, of which 50 were healthy and 60 were diagnosed with substance/alcohol dependence. Participants responded to the Substance Use Screening, Childhood Trauma and Michigan Alcohol Screening scales, and the findings were measured through Mann Whitney U Test, Spearman Correlation, Kruskal-Wallis H analyzes, and were faithful to the purpose of the study. According to the results of the study, there is no significant differences were found in the levels of childhood mental trauma of individuals who were healthy and who were diagnosed with substance dependence. It was determined that individuals who received substance dependence had lower levels of childhood trauma, when the severity of substance dependence increase, the childhood trauma rate decreases. It was found that there is a negative correlation between them.

Finally, it has been found that socio-demographic data such as the place of childhood, and the family environment that is grown, psychiatric disorders, family type and educational level lead to a significant difference among the groups over the Childhood Trauma Scale.

Key Words: Childhood Trauma, Alcohol Dependence, Substance Use.

KISALTMALAR

AMATEM: Alkol ve Uyuşturucu Madde Bağımlıları Tedavi ve Araştırma Merkezi

APA: American Psychology Association

ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

DAST-10: Drug Abuse Screening Test

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

EGM: Emniyet Genel Müdürlüğü

ESPAD: European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

ICD: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems

KOM: Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele

MATT: Michigan Alkolizm Tarama Testi

NIAAA: National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

SPSS: Statistical Package for the Social Sciences

WHO: World Health Organization

TABLULAR

| | |
|---|----|
| Tablo 1. Demografik Değişkenlerin Sayı ve Yüzde Dağılımı..... | 60 |
| Tablo 2. Araştırma Bağımlı Değişkenleri İçin Betimleyici İstatistiksel Tablo..... | 62 |
| Tablo 3. Araştırma Ölçekleri için Güvenirlilik ve Geçerlik Katsayıları | 63 |
| Tablo 4. Ölçekler ve Alt Boyutları Arası Korelasyon Analizi | 63 |
| Tablo 5. Araştırma Gruplarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 64 |
| Tablo 6. Araştırma Gruplarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 65 |
| Tablo 7. Cinsiyete Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 67 |
| Tablo 8. Medeni Duruma Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 68 |
| Tablo 9. Gelir Durumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 69 |
| Tablo 10. Çocukluğun Geçtiği Yere Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 70 |
| Tablo 11. Aile Tipine Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 71 |
| Tablo 12. Ailenin Çocukluktaki Durumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 72 |
| Tablo 13. Anne-Baba Tutumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 73 |
| Tablo 14. Anne-Baba Medeni Durumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 75 |
| Tablo 15. Yetiştirilme Biçiminin Yaşama Katkısına Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 76 |
| Tablo 16. Bağımlılık Tedavisi Durumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 77 |
| Tablo 17. Fiziksel Rahatsızlık Durumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 78 |

| | |
|---|----|
| Tablo 18. Psikolojik Rahatsızlık Durumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 80 |
| Tablo 19. Yaşa Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 81 |
| Tablo 20. Kiminle Yaşandığına Göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 83 |
| Tablo 21. Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 85 |
| Tablo 22. Temel Bakım Verene Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi | 87 |
| Tablo 23. Bağımlı ve Sağlıklı Erkek Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi..... | 88 |
| Tablo 24. Bağımlı ve Sağlıklı Kadın Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi..... | 89 |
| Tablo 25. Araştırma Gruplarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi..... | 90 |
| Tablo 26. Araştırma Grupları için Bağımlı Değişkenlerin Betimleyici İstatistiksel Tablosu | 91 |

GRAFİKLER

- Grafik 1.** Araştırma Grupları için Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması65
- Grafik 2.** Araştırma Grupları için (Deney-Kontrol) Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması66



İÇİNDEKİLER

Sayfa No

| | |
|--|----------|
| BİLİMSEL ETİK SAYFASI..... | ii |
| ÖNSÖZ/TEŞEKKÜR..... | iii |
| ÖZET..... | iv |
| SUMMARY/ABSTRACT..... | v |
| KISALTMALAR | vi |
| TABLolar..... | vii |
| GRAFİKLER..... | ix |
| BÖLÜM I. GİRİŞ..... | 1 |
| 1.1.Araştırmanın Konusu..... | 3 |
| 1.2.Araştırmanın Önemi..... | 3 |
| 1.3.Araştırmanın Amacı..... | 4 |
| 1.4.Araştırmanın Hipotezleri..... | 4 |
| 1.5.Tanımlar..... | 5 |
| BÖLÜM II. GENEL BİLGİLER..... | 6 |
| 2.1.ALKOL ve MADDE BAĞIMLILIĞI..... | 6 |
| 2.1.1.Bağımlılık Kavramı..... | 6 |
| 2.2.Bağımlılık Türleri..... | 7 |
| 2.2.1.Psikolojik Bağımlılık..... | 8 |
| 2.2.2.Fiziksel Bağımlılık..... | 8 |
| 2.3.Alkol Bağımlılığı..... | 10 |
| 2.3.1.Alkol Bağımlılığının Tanımı ve Genel Bilgiler..... | 11 |
| 2.3.2.Alkol Bağımlılığının Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi..... | 12 |
| 2.4. Alkol Bağımlılığının Nedenleri..... | 14 |
| 2.5.Alkol Bağımlılığına Yönelten Faktörler..... | 17 |
| 2.5.1.Psikolojik Faktörler..... | 17 |
| 2.5.2.Biyolojik ve Genetik Faktörler..... | 19 |
| 2.5.3.Sosyokültürel ve Toplumsal Faktörler..... | 21 |

| | |
|---|-----------|
| 2.6.Madde Bağımlılığı..... | 22 |
| 2.6.1.Madde Bağımlılığının Tanımı..... | 23 |
| 2.6.2.Madde Bağımlılığının Epidemiyolojisi | 24 |
| 2.6.3.Madde Bağımlılığının Etiyolojisi..... | 25 |
| 2.6.3.1.Koruyan ve Risk Yaratan Faktörler..... | 25 |
| 2.6.3.2.Psikolojik Faktörler..... | 26 |
| 2.6.3.3.Biyolojik ve Kalıtsal Faktörler..... | 28 |
| 2.6.3.4.Sosyokültürel Faktörler..... | 29 |
| 2.6.3.5.Ailevi Faktörler..... | 30 |
| 2.6.3.6.Çevresel Faktörler..... | 31 |
| 2.7.Bağımlılık Yapıcı Maddeler..... | 32 |
| 2.8.ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI..... | 35 |
| 2.8.1.Tanım..... | 35 |
| 2.8.2.Yaygınlık ve Sıklık..... | 38 |
| 2.8.3.Neden Olan Faktörler..... | 42 |
| 2.8.4.Travma Türleri..... | 45 |
| 2.8.4.1.Fiziksel İstismar..... | 46 |
| 2.8.4.2.Duygusal İstismar..... | 47 |
| 2.8.4.3.Cinsel İstismar..... | 50 |
| 2.8.4.4.İhmal..... | 52 |
| 2.9.Alkol-Madde Bağımlılığı ve Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi..... | 53 |
| BÖLÜM III.YÖNTEM..... | 54 |
| 3.1.Araştırmanın Modeli..... | 54 |
| 3.2.Evren ve Örneklem..... | 54 |
| 3.3.Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri..... | 54 |
| 3.4.Veri Toplama Yöntemleri..... | 55 |
| 3.4.1.Sosyodemografik Veri Formu..... | 55 |
| 3.4.2.Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği..... | 55 |
| 3.4.3.DAST-10 Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi..... | 56 |
| 3.4.4.Michigan Alkolizm Tarama Testi..... | 57 |
| 3.5.Uygulama..... | 57 |
| 3.6.İstatistiksel Analiz..... | 58 |

| | |
|---|-----|
| BÖLÜM IV. BULGULAR | 60 |
| BÖLÜM V. TARTIŞMA | 92 |
| 5.1.SINIRLILIKLAR..... | 101 |
| 5.2.SONUÇ ve ÖNERİLER..... | 102 |
| KAYNAKÇA | 104 |
| ÖZGEÇMİŞ | 123 |
| EKLER | 124 |
| EK.1. Bilgilendirmiş Onam Formu..... | 124 |
| EK.2. Sosyodemografik Veri Formu..... | 126 |
| EK.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) | 129 |
| EK.4. Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi (DAST-10) | 130 |
| EK.5. Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) | 131 |

BÖLÜM I

GİRİŞ

Travma aniden ve beklenmedik olarak ortaya çıkan ve yaşam tehdidi oluşturan, bireyin fizyolojik ve psikolojik bütünlüğünü bozan olayları içermektedir. (Tyano etc., 1996; Pfefferbaum and Allen 1998,)

Taraflardan biri diğerini kasti ve zarar verecek şekilde kötüye kullanır. Travma, kişide varolan savunma mekanizmaları ve baş etme stratejileri ile aşılamayacak kadar ağır olan ve stres sınırlarını aşan yıpratıcı ve sarsıcı yaşam olaylarıdır. Bu yaşantılar kişiler üzerinde, bireyden bireye değişiklik gösterebilen ruhsal etkiler bırakır (Yanık ve Özmen, 2002).

Travma ile başetmekte zorlanılacak çocukluk çağında karşılaşmanın ise en çok zorluk yaşanan durum olması ile beraber yineleyici hale geldiğinde erişkinlik dönemine kadar devam eden psikiyatrik problemlere yol açabileceği saptanmıştır (Güleç ve Köroğlu, 1997).

Çocukluk çağı travmaları, fiziksel, duygusal, cinsel istismar, kötüye kullanım ve ihmal yaşantılarını içermektedir (Türkoğlu, 2000).

Çocukluk çağı kötüye kullanımı, çocukların öncelikle ebeveynleri olmak üzere, çocuğun bakımından sorumlu kişiler ve diğer bireyler tarafından fiziksel, duygusal, zihinsel ya da cinsel gelişimlerini zedeleyici, beden veya ruh sağlığı üzerinde hasar bırakan; toplumsal kurallarla belirlenmiş olup, profesyoneller tarafından uygunsuz bulunan ve zarar verici olarak tanımlanan eylem veya eylemsizliklerin tamamını kapsar (Kepenekçi, 2001; Taner ve Gökler, 2004).

İhmal ise on sekiz yaşından küçük bireyin beslenme, bakım, eğitim gibi gereksinimlerinin karşılanmaması olarak tanımlanmaktadır (Kaplan, 2002).

Çocukluk döneminde yaşanan travmalar özellikle emosyonel gelişim problemleri oluşturmakla beraber; güçlü duygular ile erken dönemde yaşanan travmanın yeniden yaşanmasına yönelik tehdit oluştururlar. (Gabbard, 2000)

Özellikle çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının bireyler üzerinde derin ve uzun süreli etkileri olduğu görülmüştür. Bu etkiler tıbbi hastalıklara yatkınlığın, çocukluk çağından itibaren erişkinliğe kadar devam eden davranışların düzeninin bozukluğunu içerir. (Lanius vd, 2009)

Erken yaşam dönemlerinde deneyimlenen travmaların, ileriki yıllarda birçok psikiyatrik bozukluk için yüksek risk oluşturduğu yapılan araştırmalarda saptanmıştır (Brown and Anderson, 1991).

Birçok çalışmada da belirtildiği gibi erken dönemde yaşanan travmaların ilerleyen yıllarda birçok psikiyatrik bozukluğa zemin oluşturduğu bilinmektedir (Brown and Anderson, 1991; Macmillan etc., 2001).

Çocukluk çağında ihmal ve istismar tekrar eden bir hale geldiğinde ve sürekliliği olduğunda alkol veya madde bağımlılığı da dahil olmak üzere yetişkinlik dönemindeki birçok psikiyatrik bozukluğuda beraberinde getirmektedir (Güleç ve Köroğlu, 1997; Wu etc., 2009).

Bununla beraber birçok çalışmanın temel konusunu çocukluk çağı travmalarının oluşturmasının sebebi çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, bireyin erişkinlik dönemini psikolojik açıdan etkileyeceği görüşüdür. (Herman, 2007)

Yapılan çalışmalarda, çocukluk çağı kötüye kullanım ve ihmalinin yüksek olduğu bireylerde alkol ve madde bağımlılığının yaygın olduğu saptanmıştır.

Yapılan çalışmalar çocukluk çağı ihmal ve istismar oranının alkol veya madde bağımlılarında yüksek olduğunu göstermiştir (Simpson ve Miller, 2002)

Alkol ve madde bağımlılığı günümüzün en ciddi problemlerinden biri olarak bilinmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Ayrıca bu sorun sadece alkol ve madde bağımlısı birey için bir problem olarak kalmamakla beraber ailesini ve toplumuda etkilemektedir. Alkolizm yani diğer bir deyişle alkol bağımlılığı kronik, artış gösteren hatta ölümcül sonuçlara kadar varabilen bir hastalıktır (Kalyoncu, 2010).

Alkol bağımlılığı, kişinin alkol kullanım sebebiyle fizyolojik, bilişsel ve davranışsal olarak yaşadığı problemlere rağmen alkol kullanımına devam etmesidir. Bağımlılık tanısı, 12 aylık bir dönemde, yoksunluk belirtilerini yaşamamak için alkol alımını sürdürme, tolerans artışı, alkol veya madde alımı başladığı zaman bırakamama, kontrol kaybı, alkol veya madde etkisinden çıkabilmek için çok çaba harcama, günlük aktivitelere zaman ayıramama veya ayrılan zamanda azalma, ruhsal ve bedensel sağlığın bozulmasına rağmen alkol alımını sürdürme gibi semptomların en az üçünün bulunduğu bireylere konulabilir. (Amerikan Psikiyatri Birliği, 1998)

Ülkemizde yapılan çalışmalarda, kişisel, çevresel ve genetik faktörlerin alkol bağımlılığına zemin hazırladığı gösterilmiştir. Arkadaş çevresi, iş veya okul hayatında katılan toplantılar ve ikramlar, kişinin içerisinde bulunduğu ruh hali ve stresörler, davranış bozuklukları ve kişilik bozuklukları bireysel ve çevresel faktörlerdir (İlhan vd, 2002).

Anne ve babasında alkol bağımlılığı olan bireylerin alkol bağımlılığına yatkınlık gösterdiğide yapılan çalışmalar sonucunda bulunmuştur (Coşkunol ve Altıntoprak, 1999).

Madde bağımlılığı ise psikoaktif madde kullanımı kaynaklı olarak beyin fonksiyonlarında oluşan bir bozukluk olarak tanımlanabilir. Madde kullanımı algı, duygu ve de motivasyon üzerinde bozulmalara yol açmaktadır. Yapılan araştırmalar, madde bağımlılığının kronikleşen, tekrarlayan ve genetik temelli bir bozukluk olduğunu göstermiştir. (WHO, 2004)

Yapılan literatür taramasında çocukluk çağı travmaları ve alkol-madde kullanımı arasında bir ilişki olduğu bulunmuştur (Enoch etc.,2010; Tucci etc., 2010; Afifi etc., 2006; Wu etc., 2010; Evren etc., 2007; Mırsal etc., 2004).

1.1.Araştırmanın Konusu

Bağımlı hastalarda çocukluk çağı travmalarının alkol-madde kullanım riskine olan yordayıcı etkisinin incelenmesi araştırmanın konusunu oluşturmaktadır.

1.2.Araştırmanın Önemi

Alkol ve madde bağımlılığı hem birey hem de toplum açısından her zaman önemli bir sorun kaynağı olmuştur. Ancak günümüzde kullanım yaşının çocukluk dönemine kadar düşmüş olması ve ulaşılabilirliğinin de artmış olmasıyla beraber çözümlenmesi gereken önemli bir problem haline gelmiştir. Bireylerde var olan çocukluk dönemi travmaları ise hayat kalitesini etkilemekle beraber, alkol ve madde kullanımına etkisi olduğu düşünülmekte ve tezin önemini oluşturmaktadır.

1.3.Araştırmanın Amacı

Sağlıklı bireylerdeki çocukluk çağı travma oranı ile bağımlı bireylerdeki çocukluk çağı travma oranı hesaplanmakla beraber alkol ve madde bağımlısı olan bireylerdeki kullanım oranı ile travmalar arasındaki ilişkinin incelenmesi amaçlanmaktadır. Çocukluk döneminde yaşanan fiziksel, duygusal, cinsel istismar ve emosyonel ihmalin yarattığı travmalar ile bağımlılık ilişkisi incelenecektir. Temel amaç çocukluk çağı travmaları ve alkol-madde bağımlılığı ilişkisinin araştırılmasıdır. Araştırmaya gönüllülük esasına dayalı olarak katılan yatan bağımlı hastalar ile sağlıklı bireylerin çocukluk çağında yaşadıkları travmatik deneyimler, alkol-madde bağımlılığı sorunları ve kullanımları, sosyo-demografik formlarla elde edilen verileri ayrıntılı olarak incelenmiş ve araştırılmıştır.

1.4.Araştırmanın Hipotezleri

Bu amaca yönelik olarak geliştirilen hipotezler şöyledir;

- 1) Sağlıklı olan ve madde bağımlılığı tanısı almış bireylerin Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık bulunmaktadır.
- 2) Çocukluk çağı travmaları alkol ve madde kullanımını arttırmaktadır.
- 3) Alkol ve madde bağımlılığı geliştirilmesi yönünden çocukluk çağı travmalarının negatif veya pozitif yönde bir etkisi bulunmamaktadır.
- 4) Sağlıklı bireylerde çocukluk dönemi ihmal ve istismarı bağımlı hastalara kıyasla daha fazladır.

1.5.Tanımlar

Çocukluk Çağı Travması: Çocuğun bakımından sorumlu ebeveyn ya da bakıcı gibi bir yetişkin tarafından çocuğa uygulanan fiziksel, duygusal, cinsel olarak farklılık gösteren çocuğun gelişimine olumsuz yönde etki eden tüm eylem ya da eylemsizliklere çocukluk çağı travması denir (Taner ve Gökler, 2004).

Madde Bağımlılığı: Madde bağımlılığı, bağımlılık yapıcı madde kullanımı etkisi ile bireylerin fizyolojik, psikolojik sağlığına ve sosyal bütünlüğüne zarar veren ve yaşam kalitesine negatif etki eden bir hastalık olarak tanımlanabilir. (Olçay, 2016)

Alkol Bağımlılığı: Alkol bağımlılığı bireyde fiziksel bağımlılık belirtileri ve tolerans geliştiren, oluşan fiziksel ve ruhsal problemlere rağmen alkol kullanımına duyulan ve kontrol edilemeyen aşırı istek duyma ve alkol tüketme halidir (Kalyoncu, 2010).

BÖLÜM II

GENEL BİLGİLER

2.1.ALKOL ve MADDE BAĞIMLILIĞI

Alkol ve madde kullanımına bağlı olarak gelişen bağımlılık çok sayıda tedbir alınmasına rağmen, gün geçtikçe artan ve dünya çapında yaygın hale gelmiş olan önemli bir problemdir. (Turhan vd, 2011). Dünyadaki yaygınlığının yanı sıra Türkiye’de de başta gençler olmak üzere tüm tüm yaş grupları üzerinde etkisi olan ruhsal, bedensel ve çevresel sonuçlar doğuran önemli bir sağlık sorunu olarak nitelendirilebilir (Olçay, 2016) . Alkol ve madde kullanımı iş kayıpları, suç oranında artışlar, trafik kazaları, sosyal yaşamda aksamalar, aile içi sıkıntılar, psikolojik ve fiziksel şiddet gibi nedenlerden ötürü bireyin yaşam kalitesini düşürmesinin yanı sıra ailesini ve toplumu etkileyen negatif sonuçlar doğurmaktadır (Kalyoncu,2010). ICD 10’a göre alkol ve madde bağımlılığı; Bireyin rutin olarak değer verdiği ve önemsendiği davranışlarına kıyasla öncelik kazanan ve bedensel, davranışsal ve bilişsel farklılıklarla belirlenen, alkol ve madde alımı sırasında ortaya çıkan durumdur. Madde, alkol ve sigara kullanımı için çoğunlukla yoğun, güçlü ve önüne geçilemeyen bir arzu duymak bağımlılığı tanımlayan ana kriterdir. Alkol ve madde bağımlılığı, geçmişten günümüze kadar olan süreçte, başlama ve kullanım sebebine göre değişmeksizin hatta daha sonrasında ölümle bitebilen sonuçlar doğurmaktadır ve bağımlı kişilerde fizyolojik ve psikolojik düzeyde olumsuz sonuçlara rastlanmaktadır (Babaoğlu, 1997).

2.1.1.Bağımlılık Kavramı

Bağımlılık terimi Latince “*birisine köle olmak, kendini adamak*” olarak nitelendirilen “*addicere*” kelimesinden gelmektedir (Uzby, 2009).

Bireyi bağımlı hale getirecek olan maddeler ve maddeyle ilgili öğrenme süreciyle birleşen psikolojik, fizyolojik, nörolojik ve çevresel faktörlerin ortak etkileşimi olarak tanımlanabilir ve kişinin duygu durumuna ve motivasyonuna etki eder (Köknel Ö. , 1998). Bağımlılık kavramının tanımlanması zaman içinde değişimlere uğramış olmakla birlikte başlarda, bağımlılık sadece fiziksel bağımlılık olarak görülmüş

yani bireyin kullandığı maddeye karşı gösterdiği reaksiyon yani fiziksel alışma dönemi adı altında kabul edilmiştir. Bağımlılığın madde kullanımıyla ortaya çıktığı günümüz içinde geçerlidir. Maddenin karşı konulamayacak şekilde istenmesi ve sonucunda da elde edilmesiyle oluşan fizyolojik bağımlılık durumudur. Farklı olarak bağımlılık artık kısıtlı tanımlamalara ek olarak belirgin bir nesne veya maddeye karşı duyulan istek ve elde etme davranışını da içeren bulguların tümü olarak adlandırılmaktadır (Olçay,2016)

Bağımlılık tamamen yok olmayan ve belirli periyodlarla tekrarlayan bir döngüdür (Tarhan ve Nurmedov, 2015).

Bağlı olmak ve bağımlı olmak arasında bir fark vardır ancak bağlı olan kişilerde zamanla bağımlılık gelişmesi çoğunlukla gözlemlenmektedir. İki kavram arasındaki en büyük fark kişinin kendi özgürlüğünü sağlayabilmesi veya sağlayamamasıdır. Birey bağlı olduğu nesne veya kişiden vazgeçebiliyor, o var olmadan da hayatını sürdürebiliyorsa bağımlıktan söz edilebilir, bu durumun aksine bağımlılık geliştirilen kişi veya nesne yanında veya etrafında değilse, bu eksiklik yaşam kalitesini önemsenecek derecede düşürüyor veya etkiliyorsa, kişi kendisini mutsuz, huzursuz hissediyor ve oto kontrol sağlayamıyorsa bağımlılık olarak adlandırılır (Navaro , 2007).

Genelleyecek olursak bir nesneye, maddeye veya kişiye karşı duyulan aşırı isteme hali ya da başka bir irade etkisinde özgürlük kaybı denilebilir ve bireyin nörolojik işlevleriyle alakalı patolojik bir durumdan bahsedilebilir. Bireyi psikolojik, fizyolojik ve sosyallik açısından baltalasa da kişinin kendi başına engelleyemediği kısır bir döngüdür. Bağımlılık türlerini sıralayacak olursak en başta akla gelenler, kimyasal maddeler, ilaç, alkol, sigara, alışveriş, seks, yeme/içme, kumar, internet gibi alt tipleridir (Uzbay, 2009).

Ancak tüm alt tiplerde var olan ortak özellik negatif semptomlara rağmen durdurulamaması veya kullanımının engellenememesidir (Babaoğlu, 1997).

2.2.Bağımlılık Türleri

Bağımlılık kullanılan maddeye karşı geliştirilen bağlanma oranına göre türlerine ayrılır (Tarhan ve Nurmedov, 2015). Bunlar psikolojik ve fiziksel bağımlılık olarak ikiye ayrılır.

2.2.1.Psikolojik Bağımlılık

Maddenin alınmasına karşın tolerans oluşmaz. Birey yoğun derecede madde alma isteği duyar ve maddenin yarattığı etkiye girmek ister (Tarhan ve Nurmedov, 2015). Bunun sebebi bireyin duygu durumunu istediği düzeye getirme ihtiyacıdır. Madde alımı kesildiğinde kişi rahatsızlık duyar. Psikolojik bağımlılığın gelişmesi maddenin kullanıldığı süre, kişinin karakteristik özellikleri ve kullanılan madde türüne hatta kimyasal veya bitkisel oluşuna bağlı olarak çeşitlilikler göstermektedir (Kasatura, 1998).

Madde alımı için yoğun bir arzu duymak, tolerans geliştirmeden ve madde dozunda artışa ihtiyaç duymadan madde kullanmak, bireysel sınırlar içerisinde madde alımından kaynaklı zararları yaşamak, gibi özellikler” psikolojik bağımlılığın ölçütlerindedir (Köknel, 1998; T.C. Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu, 2014).

Madde elde edememek bağımlı bireyde huzursuzluk, iç sıkıntısı gibi etkiler yarattığı için kişi belirli periyodlarla madde arayışına girer, bu psikolojik bağımlılıkta olduğu gibi tüm bağımlılık türlerindeki ortak bulgudur. Madde alımı ihtiyacı giderildiği zaman kişi bir rahatlama içerisine girer, doyuma ulaşmış olur. Madde kullanmak psikolojik bağımlılığın yanında fiziksel bir bağımlılıkta yaratabilir ancak eğer bireyde fiziksel bağımlılık oluşumu yoksa, madde alımını kesmek yoksunluk belirtileri yaratmaz. (Ziyalar, 1999)

2.2.2.Fiziksel Bağımlılık

Bireyin düzenli bir şekilde uzun ya da kısa süreli olarak alkol ya da madde kullanımından sonra vücudunun madde etkisine alışması ve buna bağlı olarak bağımlılık geliştirilen maddenin alınmaması ya da eksik alınması halinde yorgunluk belirtilerinin oluşması fiziksel bağımlılık olarak adlandırılır (Bektaş, 1991). Beyindeki sinir hücrelerinde değişiklik yaratırken, tolerans ve yoksunluk sendromu yaratır (Yılmaz, 2015).

Bağımlılık denilince akla öncelikle genel olarak fizyolojik bağımlılık gelmektedir, tolerans ve yoksunluk semptomlarının bulunması durumunda fizyolojik bağımlılıktan söz edilebilir. (T.C. Sağlık Bakanlığı, 2012).

Yoksunluk, uzun zaman boyunca kullanılan bir maddenin alımının durdurulması veya dozunun azalmasıyla ortaya çıkar ve fiziksel veya psikolojik olarak etkiler geliştirir. Stresörlerin arttırdığı gerginlik durumlarında madde alımına duyulan ihtiyacın artmasıyla belirginleşir. Yoksunluk belirtileri kullanılan madde çeşitlerine bağlı olarak değişmektedir (Sussman and Ames, 2008). Aynı miktarda madde kullanımıyla maddenin etkisinde azalma olmasına veya istenilen etkiyi yaşamak için daha fazla madde kullanımına ihtiyaç duymaya ise tolerans denilmektedir. Tolerans sınırı maddelerin çeşitlerine göre farklılık göstermektedir. Madde bağımlısı birey düzenli madde kullanımından dolayı aynı miktarda madde kullandığı zaman istediği etkiyi elde edememekte bu sebeple madde dozunu arttırmaktadır. (Karch, 1998)

Fizyolojik bağımlılık ile psikolojik bağımlılık arasındaki en büyük farklılıklardan bir taneside; psikolojik bağımlılık kişiden kişiye değişkenlik gösterebildiği halde, fiziksel bağımlılık için böyle bir farklılıktan söz edilemez. Fizyolojik bağımlılığın belirleyicisi madde noksanlığına bağlı geliştirilen yoksunluk sendromu ile hesaplanır. (Köknel Ö. , 1998) . Yoksunluk sendromunun yarattığı etkiler; bulantı, kusma, iştahsızlık, ishal, terleme, vücut kaslarında kasılma, titreme, şiddetli baş ağrısı, uyku problemleri, sara nöbeti gibi sağlık problemleridir. Bu belirtilerin şiddeti fiziksel bağımlılığın şiddetiyle paralel olarak artış gösterir. Kullanılan madde veya alıştırıcının ortadan kaldırılmasıyla beraber yoksunluk belirtileri oluşur ve dirençte artış yaşanır. Yani başlarda söz gelimi içilen bir kadeh içki veya bir adet hap yeterliyken zaman geçtikçe doz artışı yaşanmaktadır. Belirli bir süreden sonra beyin hücreleri maddeye adaptasyon sağlar ve madde kullanılmadan normal işlevlerini gerçekleştiremez (Tarhan ve Nurmedov, 2015). Madde alımının kesilmesi veya eksilmesiyle beraber bu belirtiler ortaya çıkmıyorsa fiziksel bağımlılıktan söz edilmez. (Köknel Ö. , 1998)

2.3.Alkol Bağımlılığı

Arapça'da herhangi bir şeyin aslı anlamını taşıyan "el küul (al kihl, el kuhl)" sözcüğü alkol kelimesi anlamına gelmektedir. (Emiroğlu, 2000; Öncü vd, 2001)

Dilimizde eskiden beri alkol karşılığı olarak kullanılan "ispirto" sözcüğü ise, Latince kökene sahip olan "spiriitus"; ruh, güç, yaşamın anlamı, özü anlamlarını taşımaktadır. Kökeni spiriitus kelimesi olan "spirit" alkol anlamına gelmekte ve çoğu Batı dillerinde kullanılmaktadır. (Kalyoncu ve Mırsal, 2000; Öncü vd, 2001).

Alkolizmin tarihi çok eskiye dayanmaktadır. Hipokrat'tan itibaren çok sayıda doktor alkolün insan sağlığı açısından yarattığı zararları vurgulamıştır. Ancak alkole bağlı olarak gelişen bağımlılık son 150 yıldır bir hastalık olarak nitelendirilmektedir. (Bohn, 1993)

Bunun yanı sıra her dönemde alkolün belirli limitlerle ve kontrollü bir biçimde kullanımı toplum tarafından kabul görürken, aşırı ve kontrol dışı kullanımı kabul edilmemektedir. (Köknel Ö. , 1998)

Alkol, merkezi sinir sistemine ciddi zararlar veren uçucu, zevk verici, sakinleştirici, toksik etkileri olan ve kullanımı yaygın bir maddedir (Kalyoncu ve Mırsal, 2000).

Alkolizm diğer bir adıyla alkol bağımlılığı hızlı ilerleyen zamanla kalıcı hale gelen, ölümcül sonuçlar doğurabilen bir sağlık problemidir (Kalyoncu, 2010). Alkolizm teriminin öncelerde alkol bağımlılığının yerine terim olarak klinisyenler ve araştırmacılar tarafından ve hala günümüzde de kullanılmasına karşın (Taylor and Leeman, 2009), Amerikan Psikiyatri Birliği (APA) ve Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından çıkartılan Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayısal El Kitabı (DSM) ve Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırılması (ICD-10)'da alkolizm terimi yerini alkol bağımlılığına bırakmıştır.

Alkol kullanım bozuklukları ve aşırı alkol tüketimi dünya çapında önemli bir toplumsal sorundur. Alkol kullanım problemlerinin dünyadaki yaygınlığı %4'iken (WHO, 2004) Türkiye'de yaygınlığı erkeklerde %1.8dir (Akvardar, 2005; Ünüvar vd, 2008).

Alkol tüketimi özellikle erkeklerde olmak üzere yirmili yaşlarda, gençlik yıllarında başlasa da otuzlu yaşlarda erken erişkinlik sürecinde bağımlılığın farkına varılır ve tedavi olma düşünceleri kırklı yaşlarda ve devamında görülür. Alkol bağımlılığı ilk alkol kullanımının başlangıcından yaklaşık 5 yıl sonra ortaya çıkmaya başlar. (Goodwin, 1989)

Alkol kullanımının çeşitli nedenleri olabilir. Başlarda keyfi olarak tüketilen alkol zamanla alışkanlığa dönüşür. Birey eğlenmek, zaman geçirmek ve keyif almak için alkol tüketilen yerleri tercih eder, sosyal hayatını alkol odaklı kurmaya başlar. Alkol tüketimi için daha fazla vaktini harcar, Hayatında alkole ayırdığı zaman, sosyal hayatına ayırdığı zamanın önüne geçmeye başlar.

Alkol kullanımı arttıkça zamanla kişi direnç geliştirmeye başlar ve yaşamak istediği etkiyi elde edebilmek adına kullandığı alkol miktarını artırır. Alkol bağımlılığında en önemli hususlardan biri de kişinin aynı alkol türünü kullanmasıdır ancak alkol alımı kesilir veya alınan miktar azalırsa kişi yoksunluk belirtileri yaşamaya başlar. Bireyin yoksunluk belirtisi semptomlarından kurtulabilmesi için yeniden alkol kullanması gerekir bu durum zaman ilerledikçe daha fazla ve kısa periyodlarla alkol alımını tetikler. Birey kendisini sürekli devri daim eden bir süreçte bulur.

Alkol bağımlılığın olabilecek tek tedavi yöntemi alkolü tamamen bırakmaktır. Bireyler alkol tüketimini kontrol edebilmek için bazı dönemlerde bırakma ya da alınan alkol miktarını düşürmeyi deneseler bile, çoğunlukla başarılı olamazlar. Bu ancak alkol tedavisi ile mümkün olabilmektedir. Alkol tedavisinden belirli bir süre sonra kişi sosyal içici olarak nitelendirilebilecek düzeyde alkol tüketse bile kısa bir zaman içerisinde başlangıç noktasına geri dönmektedir ve bağımlılık tekrar başlamaktadır. Bağımlılar için kontrol altında içki içmek özellikle de tedavileri boyunca mümkün değildir. (Ghodse, 1995)

2.3.1. Alkol Bağımlılığının Tanımı ve Genel Bilgiler

Alkolizm terimi ilk defa, 14. yüzyılda mental bozukluk olarak kabul görmeye başlamıştır (Coşkunol, 1996). Daha sonra Dr. Benjamin Rush 1790 yılında çok fazla alkol tüketimini bir hastalık olarak betimlemiş ve iyileşme yolunu alkolü bırakmak olarak ifade etmiştir (Öztürk, 2004). İlerleyen yıllarda alkolizm kavramı Stockholm

Üniversitesi öğretim üyesi Prof. Dr. Magnus Huss tarafından 1856 yılında kullanılmıştır. Huss alkolizmi, iştirto içeren tüm içkilerin sebep olduğu tüm bozuklukları barındıran, akut ve kronik olarak kategorize edilen bir kavram olarak incelemiştir. (Kalyoncu ve Mırsal, 2000; Maden, 1991).

Alkolizm ve alkol bağımlıları hakkında birçok tanım mevcuttur. Alkol bağımlısı, “Alkol almanın işini engellediği düşüncesi yerine, işinin alkol almasını engellediğini düşünen birey olarak tanımlanmıştır (WHO, 1992).

Alkol bağımlılığı, fiziksel ve ruhsal sağlığı bozacak, aile, iş, özel hayat ve toplum uyumsuzluğu yaratacak kadar çok ve sık sık alkol tüketme; alkol kullanımını ve kullanma isteğini kontrol edememek ile ilişkilendirilen bir bozukluktur (Öztürk, 2004).

Bağımlılık terimi ilk defa alkol bağımlılığı için kullanılmıştır. En betimleyici özelliği ise kişinin alkol kullanımını için aşırı istek duymasıdır. Bu istek sık sık alkol kullanmakla önü alınamaz bir alkol kullanımı arasında değişkenlik gösterebilir (Arıkan, 2008).

Alkol bağımlılığı her dönemde olduğu gibi günümüzde de mesleki, sosyal, ailevi ve sağliksal yaşam gibi farklı alanlarda olumsuzluklar yaratan ve giderek artan bir sorundur (Arıkan vd, 1996). Alkol kullanımını gruplandırmak gerekirse sosyal içicilik, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılık olarak üçe ayrabiliriz. Birey, sosyal aktivitelerde ve çevresiyle eğlenmek amacıyla belirli limitlerde alkol kullanıyorsa sosyal içicilik; iş, aile ve özel yaşantısına zarar getirecek miktarda alkol kullanıyor ancak bağımlı değilse alkol kötüye kullanımı olarak; uzun zamandan beri limit kontrolü olmadan alkol tüketmesi, aile ve iş yaşantısının tamamen zarar görmesiyle beraber, birey alkol alım davranışını düzenlemekte başarısızsa bağımlılık olarak kabul görür (Piazza and Wise, 1998). Alkol alma davranışında kontrol kaybı, kötüye kullanım ile bağımlılık arasındaki keskin ayrımı yaratmaktadır.

2.3.2. Alkol Bağımlılığının Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi

Alkol bağımlılığı hem ülkemizde hem de diğer ülkelerde önemli ve giderek artan bir halk sorunudur ve detaylı araştırmalarla beraber bilgi edinmek tedavi ve koruyucu çalışmalar açısından çok önemli bir etkiye sahiptir, araştırmaların belirli periyodlarla tekrarlanması alkol kullanımının yaygınlaşmasını ve artışındaki hız

miktarını belirlemekte bir kaynak görevi görmektedir. Dünya genelinde, günlük alkol kullanımından tehlikeli alkol kullanımına kadar uzanan alkol tüketim biçimi, önemli sağlıksal ve toplumsal sorunlar yaratmaktadır. Dünya genelinde alkol kullanım oranına bakılacak olursa bu oranın erkeklerde %54, kadınlarda %27 olduğu görülmekle birlikte, bir hayli fazladır. Araştırmalar göstermiştir ki, engellenebilir hastalıkların oluşma nedeninde tehlikeli alkol kullanımı beşinci sırada yer almaktadır. (Blume, 2005; Coşkunol ve Altıntoprak, 1999).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO, 2004) göre, Alkol bağımlılığının görülme oranı hem gelişmiş hem de gelişmekte olan ülkelerde %1-5 aralığında değişim göstermektedir. Ayrıca epidemiyolojik olarak alkol tüketimi, kötüye kullanımı ve bağımlılığının kadınlara oranla erkeklerde, ileri yaş grubuna göre de genç yaşta kişilerde daha sık olduğu görülmüştür. Epidemiyolojik çalışmalar tüm dünyada alkol tüketme davranışı, alkol kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığının erkekler arasında, kadınlardan ve genç yaş grubunda ileri yaşta kişilerden daha yaygın olduğunu göstermektedir.

Alkol kullanımı Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Avrupa'da sıklıkla görülmekte, ancak alkol kullanımının bağımlılık haline gelmesi bir sağlık problemi olarak kabul edilmektedir. (İnce vd, 2002). ABD'de alkol kullanımı hızlı bir artış göstermekle beraber, 2001 yılında yapılan Ulusal Hane Araştırması sonucuna göre alkol kullanan grubun toplam nüfusa kıyasla oranı %84 bulunmuştur (WHO,2017). 2001-2002 yıllarında Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Alkol ve Alkolle Bağlantılı Durumlar Yaygınlık Araştırma (NIAAA)'nın elde ettiği verilere göre ise alkol bağımlılığının prevalansı %3,81'dir. (Tekin, 2008) . Ek olarak bağımlılığın hayat boyu görülme sıklığı erkeklerde %10 iken, kadınlar da %3-5 aralığındadır ancak buna rağmen kadınlarda da hızla yaygınlaşan bir alkol kullanımı tespit edilmiştir, hamilelik sırasında kadın popülasyonunun %10 kadarının alkol tükettiği elde edilen verilerden saptanmıştır. (Sher, 2006).

2005 yılında yapılmış epidemiyolojik bir araştırmada dünya genelinde kişi başına düşen alkol kullanım oranı 6.13 litreye yakın saf alkol olarak bulunmuştur. Gelişmiş ülkelerde, kuzey yarım küre bölgesinde; Arjantin, Avustralya, Yeni Zelanda gibi ülkelerde yüksek alkol kullanımı, Kuzey Afrika, Orta Asya, Güney Asya Hint Okyanusu gibi bölgelerde ise düşük alkol kullanımı görülmektedir. İslami inancın yaygın ve yüksek olduğu bölgelerde bu oranın görülmesi araştırmanın önemli bir

noktasıdır. Alkol kullanım bozuklukları için en yüksek prevalans oranı; Avrupa'da %16, Amerika'da %10, Güneydoğu Asya'da %10, Batı Pasifik bölgesinde %13 olarak hesaplanmıştır. (Blume, 2005).

Ülkemize bakacak olursak alkol kullanımı ve alkol bağımlılığı açısından yapılmış olan araştırmalar daha küçük örneklemeler alınarak uygulanan ve sınırlı araştırmalardır. (Arıkan vd, 1996). Bu alandaki ilk detaylı çalışma, 1995 yılında, İstanbul'da 15 ayrı okulda yapılmış olan, Alkol ve Diğer Madde kullanımına yönelik Avrupa Okul Araştırması'dır. (ESPAD)(Kalyoncu,2010). Bu araştırmaya göre son 12 ay içinde alkol tüketenlerin oranının %51, son 12 ay içinde sarhoşluk yaşamış olanların oranının ise %24 olduğu bulgular arasındadır. (Hibell vd, 1997). Türkiye Ruh Sağlığı Profili 1995 yılında yapılmış olan bir taramadır. Bu araştırmanın sonuçlarına göre; Türkiye'de 18 yaş ve üzeri bireylerde alkol bağımlılığının sıklık oranı %0,8 olarak bulunmuştur. (Kılıç, 1998)

Alkol bağımlılığı sebebiyle tedavi arayışı olan hasta sayısındaki artış özellikle son yıllarda ülkemizdeki alkol probleminin hızla arttığını göstermektedir. Bu artışa rağmen Türkiye'deki alkol kullanımının diğer ülkelere kıyasla düşük oluşunun sebebi, dinsel inançlar ve toplumsal baskı sebebiyle bireylerin kendilerini saklamaya çalışmaları olduğu düşünülmektedir (Kalyoncu, 2010). En fazla 22 ile 35 yaş aralığında görülen alkol bağımlılığı dünya genelinde kadınlarda daha az görülmeyle beraber az gelişmiş ülkelere oranla gelişmiş ülkelerde kadın ve erkek farkı daha düşüktür. Son zamanlarda Türkiye'de kadın hastaların alkol bağımlılığı sebebiyle tedaviye başvurma oranları artmış ve kadın erkek farkındaki azalma burda da gözlenmeye başlamıştır (Tarhan ve Nurmedov, 2015).

2.4.Alkol Bağımlılığının Nedenleri

Alkol kullanımı çevresel, genetik ve psikolojik nedenlere bağlı olmakla birlikte hayat boyu yaşanan çoğu etken, içki içmeye karar vermeyi, küçük yaşlardan itibaren alkol problemlerini ve ilerisi içinde bağımlılık geliştirme ihtimalini etkilemektedir. (Schuckit, 2000). Toplumdan topluma değişen kültürel farklılıklar da alkol kullanımı açısından önemli bir etkiye sahiptir. Alkolü destekleyen toplumlarda alkol kullanım seviyesi artış gösterirken, kültürü alkol karşıtı olan toplumlarda alkol kullanım seviyesi

düşüktür (Doğan, 1996). Ancak alkol kullanım bozuklukları batılı toplumlarda kabul görse de alkol kullanımını zaman zaman sorunlar oluştursa da bazı durumlarda bağımlılık gelişimine sebep olmaktadır. (Schuckit, 2000). Bu durumda belirtilmelidir ki alkol bağımlılığı tek başına bir nedenle açıklanamaz (Kalyoncu, 2010).

Alkol bağımlılığı bireyin sosyal düzenini, iş, aile tutumunu ve kendi sağlığını bozacak düzeyde fazla ve sıklıkla alkol alma durumu olarak tanımlanabilir ve bir bozukluktur. Bağımlılık şiddetini belirleyici olan, rutin olarak günlük alkol alımı, hafta sonları sosyal ortamlarda ağır derecede alkol tüketimi, uzun süreli ve kendini durduramayacak kadar fazla kullanımınıdır (Kaplan ve Sadock, 2004).

Alkol bağımlılığına dair gelişen inanışlar bağımlılık gerçekleşikten sonra gelişir. Bunlar bireyin alkol alımını devam ettirmesini sağlayacak olan, alkol kullanım bozukluğuna bağlı olarak gelişen yaygın inançlardır. Kişi bulunduğu tüm aktivitelerde popüler olacağı, sosyalliğini arttıracacağı, yüksek bir tatmin duygusu ve adrenalin hissedeceği, enerji ve güç kazanacağı, fiziksel ve duygusal olarak gevşeme ve rahatlama yaşayacağı, iç dengesini sağlayacağı ve bitkinliğini gidereceği, depresif duygulardan kurtulacağı inancına sahiptir ve alkol kullanımını kesildiği zaman her şeyin kötüyeceğini benimsemiştir.

Bir diğer neden ise alkol kullanımını tetikleyen psikolojik rahatsızlıklar ve kişilik özellikleri olabilir. Mesela dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, dürtüsellik ve davranış bozuklukları, risk oluşturacak davranışlara yatkınlık, heyecan arayışı, çocuklarda alkol-madde kullanımı ve gelecekte bağımlılık olma riskini ciddi derecede etkilemektedir (Çakmak ve Evren, 2006). Çiftler arasındaki evlilik problemlerinin fazla olması, bozuk ebeveyn- çocuk ilişkileri, anne ya da baba da alkol kullanım bozukluğu olması yüksek risk taşıyan faktörlerdir. Unutulmamalıdır ki çocuklarda alkol kullanım bozukluğu oluşumu tek başına genetik faktörlere bağlanamaz. Aile tutumu, ihmal, reddetme, çocuk ile kurulan bağ gibi etkenler de büyük önem arz etmektedir. Genetik ve çevresel faktörlere rağmen bireyin kişisel özellikleri de alkol kullanım problemleri açısından büyük bir öneme sahiptir. Dürtüselliği yüksek, ödüle bağımlılık geliştirmiş olan, yenilik ve heyecan arayışı fazla olan bireylerde alkol kullanım bozukluğu riskinin yüksek olduğu bulunmuştur (Ceylan ve Türkcan, 2003). Ödüle bağımlılık kavramı, bilişsel-davranışçı kuramdan gelmektedir. Buna göre, klasik koşullanma altında kişi, alkol kullanımını ve haz duyma

arasında bir ilişki kurarak içki içmeyi düzenli olarak tekrarlamaktadır. Kurulan bu ilişki önemli bir role sahiptir. Edimsel koşullanma ya da sosyal pekiştireç kuramına bakılacak olursa da birey sosyal hayatında ve çevresindeki bazı stimulatörler ile alkol kullanımı arasında kurduğu bağlantı ile içki içme davranışını pekiştirmekte ve davranışın sönmesini engellemektedir. (Corey, 2008). Hem klasik hem de edimsel kuramlardaki süreçlere bakılacak olursa öğrenme davranışlarıyla gelişen bu süreçler ödül-ceza kavramları üzerinden açıklanmaktadır. İçki içmeyle beraber pekiştirme yolu ve haz ile birlikte başka bir davranışla özdeşleşerek, alkol ve davranış arasında bir döngü oluşturur. (Kasatura, 1998). Alkol ve madde kötüye kullanımı ilk kullanım sonrasında pozitif bir pekiştireç görevi görür. Örneğin; alkol anksiyeteyi düşürerek korkuyu en aza indirir. Alkol kullanan birey kendini iyi hissettiği bir moda geçer, bu da alkolün daha sık alımına bir yol oluşturur. Bunun yanı sıra da bireyler çevresinde ve ailesinde bulunan bireylerden rol model seçer, seçtikleri kişilerin davranışları öğrenme yoluyla içki içme alışkanlıklarının belirlenmesine etki eder (Tarhan ve Nurmedov, 2015). Başka bir açıdan bakılacak olursa Beck (2008)'e göre alkol yatkınlığı üzerine düşünülmelidir çünkü, alkol bağımlılığı ve kullanım bozukluğu yaşayan bireylerde bulunan ani ruhsal değişikliklerdeki tolerasyon ve kontrol kaybı, olumsuz önsezi ve hislere karşı aşırı hassasiyet, problemlerle baş etmede güçlük, düşük motivasyon, dürtüsellik, sıkıntılarla başa çıkamama, heyecan arama davranışları, engellenmeyi kabulleneme, anlık duygudurum değişimlerine göre davranış belirleme, hedef belirlemede zorluk ve gelecek kaygısının kaybolması gibi özellikler kişilerde alkol kullanımı öncesinde de vardır ve bu yüzden yatkınlıkları olduğu düşünülebilir.

Alkol kullanımı genellikle 20 ile 35 yaş arasındadır, toplumlardaki tüm bireylerde gözlemlenebildiği bilinmekte ve aile, sosyal yaşam, sağlık, iş vb. hayatın çoğu alanında problemler yaratan ve gün geçtikçe artan bir bozukluktur. 5 ila 10 yıl boyunca düzenli şekilde alkol kullanımıyla beraber gelişim gösterebilir (Yılmaz, 2015). Bu kişilerin işlevselliklerinin düştüğü ve yakın çevrelerinde bulunan akraba, aile üyeleri ve arkadaşlarıyla alkol kullanım problemlerinden kaynaklanan sorunlar yaşadıkları gözlemlenmiştir (Kaplan ve Sadock, 2004). Bağımlılık oluşumunu alkol alımı belirlemede fakat buna yönelik bir genelleme bulunmamaktadır (Kalyoncu ve Mırsal, 2000).

Batı ülkeleri öncelikli olmak üzere; dünya genelinde, kullanılan alkol miktarına

bağlı olarak normal düzeyde bir içici olmayla, bağımlılık arasındaki farkın teşhis edilmesi önemli bir husustur. (Köknel, 1998). Bu aşamada ayırt edici olarak devreye bağımlılığın en belirgin nitelendiricisi olan ‘alkol kullanımı üzerindeki oto kontrol kaybı’ girer. Bu özellik normal içicilik ile bağımlılık arasına bir sınır çizmektedir. (Öztürk ve Uluşahin, 2011).

2.5. Alkol Bağımlılığına Yönelten Faktörler

Alkol kullanımı sosyokültürel, psikolojik, biyolojik, genetik ve toplumsal nedenlere bağlı olarak gelişmektedir. Bu faktörler içme kararına etki ederken eşzamanlı olarak küçük yaşlarda alkole yönelik problemleri ve yetişkinlik döneminde geliştirilebilecek olan bağımlılığı da etkiler. Alkol alımını etkileyen bu faktörler bazen geçici sorunlar oluştururken bazen de alkol bağımlılığına neden olmaktadır (Doğan, 1996). Buradan yola çıkarak düşünülmelidir ki, çocukluk döneminde çocuk ebeveynlerinden pozitif tutumlar görmeli, çocuk için risk oluşturabilecek tüm etkenler en aza indirilmeli veya ortadan kaldırılmalıdır. (Kalyoncu, 2010). Alkol kullanımı bir süreliğine de olsa negatif tutumları ve olumsuz hisleri ortadan kaldırırsa da sonrasında aslında var olan sıkıntıları yok etmediği gibi daha fazlasını bireylerin hayatına taşıyabilmektedir.

2.5.1. Psikolojik Faktörler

Alkol bağımlılığı ile ilgili birçok kuram alkol kullanımının sebebini duygusal gerilimi azaltma ihtiyacına, bireylerin kendisini güçlü hissetme duygusuna, acıyı azaltma isteğine ve benzeri birçok psikolojik nedene bağlar. Yapılan araştırmalar yoğun alkol kullanımı ve buna bağlı problemler yaşayan kişilerin alkol alımı sayesinde günlük hayatlarında yaşadıkları stresi azalttıklarını ve problemlerle başa çıkmada çok fazla zorlanmadıklarını göstermiştir. Ancak alkolik olmayan bireylere bakılacak olursa, örneğin geçirilen zor bir günden sonra düşük miktarda tüketilen alkol sakinleştirici etki yaratırken, alkol miktarı arttıkça ters bir etkiyle fizyolojik ve psikolojik gerilim seviyesi artış gösterir. (Schuckit, 2000)

Psikolojik faktörler psikanalitik, davranışçı ve bilişsel teori olarak ayrı ayrı

incelenmektedir.

Psikanalitik teori der ki; çocuk gelişme döneminde oral dönemde kalmış, yüksek bir cezalandırıcılığa sahip fazlasıyla baskıcı bir süperegoya sahip bireylerdir. Bilinçdışı sıkıntılarını da alkol tüketerek azaltmakta ve oral doyumsuzluklarını gidermektedirler. (Schuckit, 2000). Aynı zamanda alkol kullanım problemleri, duygusal ve davranışsal problemlerin bir sonucu olarak oluşmaktadır (EGM ve KOM, 2004).

Analitik yaklaşıma göre bağımlılık, nesne ilişkilerine doğrudan bağlıdır ve sevgi nesnesinin kazanılması veya kaybedilmesi sürecinde gelişir. Eğer bireyde hatalı bir nesne ilişkisi gelişirse bağımlılık oluşmaktadır. Psikolojik ihtiyaçları gidermek için bireyler alkolün beyin üzerinde yarattığı bu yapay etkiyi istemektedirler. Alkol alımıyla kişi önce rahatlar ancak ardından etki geçmeye başladıkça eşzamanlı olarak bu rahatlık hissi giderek azalır ve kendisini daha karmaşık hissetmeye başlar. Psikanalitik teorilerine göre bağımlı olunan alkol veya madde ile kurulan ilişki, çocukluk dönemi travmalarının bir sonucudur çünkü çocuk duygularını sözel olarak tam anlamıyla ifade edemediğinden bu duyguları kendi iç dünyasına yönelterek zarar verici davranışları ortaya çıkartabilir. Alkol bu noktada bir duygudurum kontrol aracı işlevine sahiptir. Çocuk rahatsız edici duygularıyla baş edebilmek için alkol kullanımına yönelir bu sebeplerden dolayı çocukluk çağı dönemindeki bireylere dikkat edilmelidir. (Pur, 2007).

Davranışçı teoriye göre; kişilerde gözle görülen ve ölçülebilecek davranışlar baz alınmalıdır. Kurama göre, bağımlılık toplumun hatasıdır, toplumdaki bireylere doğru ve uygun hareket etmeyi öğretememe ve pekiştireçleri yetersiz bırakma sonucunda kişi işlevsel ve uygun olmayan davranışlara yönelir. (Pur, 2007). Schutkit'e (2000) göre, alkol ilk kez kullanıldığı zaman bireyler olumlu beklentiler içindedirler, sosyallik ve popüleritelerinin artacağına, haz alacaklarına, içmenin keyif vereceğine dair beklentileri vardır ve bu beklentiler gerçekleşirse alkol kullanımı pozitif pekiştireç görevi görür. Bu da toplumda alkolün alışkanlık haline dönüşmesinde önemli bir role sahiptir.

Bilişsel teori alkol kullanım bozukluklarını “sosyal öğrenme kuramı” na dayanarak açıklar. Sosyal öğrenme kuramı der ki; sosyal ortamlar bireyde öğrenme yoluyla kişiliği oluştururlar. Bandura (1969)'ya göre insanlar alkolü stres seviyesini düşürmek amaçlı tüketirler ancak alkolün alışkanlık haline gelmesi stresin olmadığı ortamlarda ve sosyal amaçlı kullanılır. Alkol bir pekiştireç olarak düşünülecek olursa, negatif gruba dahildir çünkü kişi stresini azaltmak için alkole başvurur ve bu düzenli bir

alışkanlık haline gelir. Oluşan her stres durumunda bu durumun tekrarlanması da bağımlılık gelişimine neden olmaya başlar (Maisto vd, 1999). Buna benzer olarak Khantzian (1985)' in "kendini tedavi hipotezi" der ki; insan acı hissettiren duyguları azaltmak için alkol ve maddeyi kötüye kullanmaya başlar. Psikolojik veya biyolojik rahatsızlıklar yaşayan bireyler alkol ve maddeyi bir keyif aracı olarak kullanmak yerine, yaşanan sorunların çözümüne yönelik bir destek kaynağı olarak düşünürler (Khantzian, 1997). Bu düşünce bir pekiştirici görevi görerek, alkol ve madde kullanımının düzenli hale gelmesiyle beraber bağımlılığa dönüşmesine neden olabilmektedir (Khantzian, 2003) Alkol sıradan kişilerde yatıştırıcı bir etki yaratır ancak alkol bağımlısı olan bireyler bu yatıştırıcı etkiyi istekleri doğrultusunda bir doyum kaynağı olarak görürler, bu nedenle alkolün kullanımı arttırıcı bir etkisi olduğu düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.5.2.Biyolojik ve Genetik Faktörler

Bireyleri alkol kötüye kullanımı, kullanım bozukluğu ve bağımlılık gibi problemlere iten birçok ilişkili ya da ilişkisiz etken bulunmaktadır (Koçum, 2012). Biyolojik ve genetik nedenlerde bunlar arasındadır.

Alkol bağımlılığının oluşmasında genetik faktörlerin etkisi yapılan aile, ikiz ve evlat edinme çalışmaları sonucu bulunmuştur (Tarhan ve Nurmedov, 2015). Yapılan çalışmalar sonucunda da genetik özelliklerin alkol bağımlılığı ve direnç gelişimi artışı üzerinde yarattığı risk kanıtlanmıştır (Kalyoncu, 2010).

a) Aile çalışmaları:

Birinci derece akrabalarında alkol bağımlılığı olan bireyler, olmayanlara göre 3-4 kat fazla risk altındadır (Schuckit, 2000). Schuckit ve arkadaşlarının araştırmalarına göre (1987), birinci derece akrabalarında alkol bağımlılığı görülen bireyler, alkole karşı daha yüksek direnç gösterir ve sarhoşluk semptomları daha görülür (aktaran Öztürk ve Uluşahin, 2008). Alkol bağımlılığı üzerindeki genetik görüşleri destekleyen bulgular, alkol problemi yaşayan bireylerin yakın akrabalarında da yoğun bir alkol problemi görülme ihtimalinin yüksek olduğunu ispatlamıştır.

b) İkiz Çalışmaları:

Yapılan araştırmalarda, tek yumurta ikizlerinde %60, çift yumurta ikizlerinde %39 alkol kullanım bozukluğu ve eş hastalanma oranı saptanmıştır (Tarhan ve Nurmedov, 2015).

c) Evlat Edinme Çalışmaları:

Deney hayvanlarıyla yapılan ilk çalışmalarda alkol bağımlılığında genetik yatkınlığın rolünün büyük olduğu saptanmıştır. Daha sonra 1972 yılında insanlarla yapılan ilk çalışmada ise bulgular elde edilmiştir. Evlat edinilen çocukların biyolojik ebeveynlerinde alkol bağımlılığı varsa alkol kullanımına yatkınlıkları olduğu tespit edilmiştir (Abay ve Ateş, 2001). Uzun yıllar boyunca yapılan çalışmalar sonucu alkol bağımlılığına sebep olan birden fazla gen ve bu genlerin birbiriyle ilişkili olduğu tespit edilmiştir. Buna bağlı olarak genetik özelliklerin alkolizme etkili olduğu vurgulanmıştır (Kalyoncu, 2010). Bu tespit, alkolik aileler tarafından evlat edinilen bireylerde alkole bağlı problemler için şiddetli risk oluşturmamaktadır (Koçum, 2012).

Alkol bağımlılığına etki eden sayılabilecek unsurlardan bir diğer genetik faktör ise cinsiyettir.

Alkol kullanım bozukluğuna etki eden faktörler cinsiyetlere göre farklılık göstermektedir. Yapılan epidemiyolojik araştırmalar sonucu, alkol bağımlılığının kadınlara oranlar erkeklerde daha fazla olduğu görölmüştür. Erkek/kadın oranı 3:1 ve 5:1 oranında değişkenlik göstermektedir ancak cinsiyete bağlı değişkenlik görölmesinin nedeni tam olarak bilinmemektedir (Koçum, 2012).

Biyolojik etkenlere bakılacak olursa, alkol bağımlılığı, Dopaminerjik sistem ve GABAerjik sistem ile ilgili önemli çalışmalar yapılmıştır. Dopamin ödüllendirme sistemine etki eder ve pozitif pekiştirme sağlar, GABA inhibitör ise bir nörotransmitterdir ve merkezi sinir sistemi üzerinde baskılayıcı bir etki gösterir. Alkol alımından kaynaklı hareket bozuklukları ve yoksunluk belirtilerini etkilemektedir. Bu sebeplerden ötürü, yapılan genetik araştırmalarda bu nörotransmitterlerin genetiğine yönelik araştırmalar oldukça fazladır. Yapılan tüm bu çalışmalar göstermiştir ki, genetik etmenler alkol kötüye kullanımı ve bağımlılık geliştirme üzerinde etkilidir (şengöl ve Herken, 2009).

2.5.3.Sosyokültürel ve Toplumsal Faktörler

Toplumun alkol kullanımına bakışı ve yaklaşımı, alkol kullanım oranını ciddi bir düzeyde etkilemektedir (Saraçlı, 2007).Dini inanışlar, etnik farklılıklar alkol kullanım oranını etkilemekte ve buna bağlı olarak toplumlarda alkol bağımlılığı görülme oranı değişkenlik göstermektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Yılmaz, 2007). Alkolizm görülme oranını toplumların alkol kullanımına yönelik bakış açıları etkilemektedir (Saraçlı, 2007). Sosyokültürel teorilere göre yapılan Örneklendirilecek olursa; Yahudi bireylerin olduğu toplumlarda çocuklar düşük sayılan düzeyde alkol alınan aile ortamlarında alkolle tanışır ve bu makul düzeyde alkol kullanımına sahip toplumlarda alkolizm seviyesinin de düşük bir oranda olduğunu göstermektedir. Aksine, İrlanda’lı erkeklerin bulunduğu, sarhoş olmanın bir gelenek kabul edildiği toplumlarda, alkolizm seviyesi çok daha yüksek olmaktadır. (Schuckit, 2000). Ancak diğer bir açıdan, sosyal düzeyde alkol tüketimi kabul gördüğü halde bağımlılığın kabul edilmediği ve olumsuz görüldüğü toplumlarda vardır. Luty ve Grewal’ın (2002) Britanya’da yaptıkları bir çalışmaya göre, katılımcıların büyük bir kısmı “bağımlıları” güvenilir kişiler olarak gördüklerini belirtmişlerdir. Yine aynı çalışmaya göre bağımlılık, suç işlemenin temel unsuru sayılmakta ve toplum için bir tehdit oluşturmaktadır. (aktaran Pur, 2009).

Alkol, dünya genelinde kötüye kullanım ve bağımlılık açısından en yaygın maddelerden biri olmasıyla beraber zaman içerisinde toplumlara, yönetimlere ve inançlara bağlı farklılıklarla değişkenlik göstermiş, kimi zaman kabul görmüş veya reddedilmiş, kimi zamanda haram sayılırken hemen ardından kutsal kabul edilmiştir.

Alkol kullanımı dini ve etnik farklılıklara göre değişkenlik göstermekte, alkol bağımlılığı görülme oranı da dini inanışları alkol kullanımını uygun bulmayan toplumlarda daha az olmaktadır. Batıda din ve sosyal sapma üzerine yapılmış olan çalışmalara göre; sosyal sapma üzerinde dinin etkisi negatif sonuç vermiştir. Ülkemiz alkol kullanımına yönelik dini faktörleri fazlaca önemsemektedir. İslam dini bireysel ve toplumsal açıdan birçok zararı bulunan her türlü madde, alkol ve davranışı yasaklamıştır (Özbay, 2007). Toplum sosyal açıdan erkeklerin alkol kullanımını kadınların alkol

kullanımına oranla daha çok kabul etmekte ve kadınlar bu açıdan daha çok stigmatize edilmektedir (Evren vd, 2003). Türk toplumunda alkol kullanımı erkekler için olgunlaşma ve erkeklik sembollerinden biri olarak düşünülmektedir. (Arıkan ve Coşar, 1996). Bağımlılık oranının erkeklerde daha sık görülmesinin sebebinin alkol kullanan kadının toplumda hoş karşılanmaması, baskıya maruz kalması olduğu düşünülmektedir ancak yoğun alkol kullanımı bulunan kadınlarda bağımlılık geliştirme riski erkeklerdekine benzer seviyededir (Saraçlı, 2007). Bunlara rağmen yapılan sınırlı sayıda çalışmalarda ülkemizde alkol bağımlılığı ve alkolün kötüye kullanımı kadınlarda düşük olmasına rağmen, son yıllarda hızlı bir artış olduğu gözlenmiştir., Kadınlara yönelik alkol ve madde bağımlılığı eğitimleri yaygınlaştırılarak bu sorun aşılabilmektedir.

Bireylerin karşılaştığı ilk sosyal grup olan aile, çocuk için bir rol modeldir ve örnek alınan bu kişinin de alkol kullanımının yüksek olması alkol kullanımının başlamasında etkilidir. Bu konuda önemli diğer bir husus ise, sosyoekonomik seviyesi yüksek toplumlarda alkol kullanımı daha fazladır ve buna bağlı olarak alkol bağımlılık ve kötüye kullanımı seviyesi de yüksek olabilmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2001). Var olan tüm bu durumlar alkolle ilişkili problemlere ve bağımlılığa sebep olmaktadır. Bir toplumun parçası olan bireyler, ihtiyaçları olan güvene sahip olamadıklarında, kaygı, endişe ve korkularını gidermek için gerekli faktörleri, ortamları, aile ve çevrelerinden görmeyi beledikleri desteği bulamadıklarında bu ihtiyaçlarını daha farklı alt kültür ve toplumlarda aramaya başlayacaklardır (Yılmaz, 2015).

Sonuca bakılacak olursa; özellikle alkol bağımlılığı bazı kültürlerde etik norm ve kurallar sebebiyle teşvik edilip artarken, bazılarında ise tamamen yasaklanmaktadır (Pur, 2007).

2.6.Madde Bağımlılığı

Madde, zararlı kullanıma yol açabilecek ve bağımlılık geliştirmeye sebep olabilecek değişik yollarla kullanılabilen duygulanım, algılar, bilişler ve diğer beyin fonksiyonlarında değişiklik yaratan kimyasal maddelerin tamamı olarak tanımlanmaktadır. Esrar, eroin, kokain gibi yasal yollarla edinilemeyen; amfetamin, benzodiyazepinler ve opioid analjezikler gibi yasal düzenlemelerle reçete ile alınabilen ilaçlar veya tütün ve alkol gibi yasal denetimi olmayan veya kısmen denetlenen

maddeler bağımlılık yapıcı madde olarak adlandırılır ve bunlar kişide mevcutsa bir madde kullanım bozukluğundan bahsedilebilir (Çakmak ve Evren, 2006; Kaplan ve Sadock, 2007). Kırımoğlu'na (2007) göre, madde bağımlılığı ise tedavisi önlem alınmadığı zaman güç olan, mücadelesi zor ve insan yaşamına mal olabilen bir hastalıktır (Olçay, 2016). Bireyler ruhsal ve fiziksel problemler yaşamalarına rağmen madde kullanımını tedavi olmadan bırakamazlar, hastalık kronik bir hale gelir ve daha sonra tekrarlama riski barındırmaktadır.

2.6.1.Madde Bağımlılığının Tanımı

Genel anlamda madde kötüye kullanımı, çeşitli psikoaktif maddelerin bireye zevk veren bilişsel ve davranışsal etkilerinden ötürü tıbbi açıdan gerek olmadığı halde, herhangi bir yolla ve bireyin iradesiyle kullanılması olarak açıklanabilir (Uzbay, 2009). Bağımlı bireyler bu etkileri tekrardan yaşamak ve yaşanan yoksunluk sıkıntılarını aşabilmek için, kısmi veya sürekli olarak madde alımını tekrarlamak ister. Madde bağımlılığının temel özellikleri kontrolsüz madde kullanımı, madde alımını durduramama, biliş ve davranış bozuklukları ve fiziksel belirtilerdir. Birey, madde miktarıyla doğru orantılı olarak bir süre sonra tolerans geliştirir, kullanımın aniden bırakılmasıyla yoksunluk belirtileri göstermeye başlar, bırakma girişimleri başarısızlıkla sonuçlanır, madde elde etmek için fazla zaman, para ve güç harcar, iş hayatı ve sosyal çevresi olumsuz etkilenir, madde olmayan ortamlarda bulunmak istemez, uzun süreli kullanımdan sonra fizyolojik ve psikolojik rahatsızlıklar yaşamaya başlar (Uzbay, 2009; Tarhan ve Nurmedov, 2015). Yani, on iki aylık bir zaman diliminde klinik olarak belirgin bir işlevsellik düşüşü ya da sıkıntı yaratan, etki altında bırakan ve kafa yapıcı madde kullanım tablosu olarak tanımlanabilir (Köroğlu, 2016). Madde bağımlılığı önceki zamanlarda bir irade problemi veya ahlaki deformasyon olarak kabul edilirken, günümüzde başka sağlık problemlerinde de olduğu gibi tedavisi var olan komplike yapıda bir hastalık olarak görülmektedir (Morrison, 2008), psikolojik, fizyolojik ve sosyal problemler yaratmasına rağmen kullanılmaya devam edilen ve tekrarlanan, kullanımının önüne geçilmesi zor hatta bazen kontrol edilemeyen tutum ve buna bağlı hareketlerle kendisini gösteren bir rahatsızlıktır (Olçay, 2016). Çağımızın en büyük sağlık problemlerinden biri haline gelmiştir, kronikleşen bir rahatsızlık olmasıyla

beraber ilerleyen süreçlerde de tekrarlayabilmektedir.

2.6.2. Madde Bağımlılığının Epidemiyolojisi

Bağımlılık geliştirme sürecinde bireylerin hayatında maddelerin yarattığı etkinin önemli bir yeri olsada, bağımlılar madde etkisini aynı şekilde yaşamazlar, her bireyde farklı bir etki görülebilmektedir veya motivasyon biçimleri farklıdır. Süreç boyunca farklı evrelerde farklı motivasyon unsurları önem kazanabilmektedir. Madde ilk kez denendiğinde, ulaşılabilirlik, çevre ve aile kabulü, arkadaş baskısı temel belirleyiciler haline gelmektedir. Bunun yanı sıra kişilik özellikleri, biyolojik yapı gibi diğer faktörler maddenin algılanış biçimini ve düzenli madde kullanımının hangi dozda beyinde uyarıcı etki yapacağını ve değişiklik yaratacağını belirlemektedir. Maddenin kendine özgü etki sistemi, madde kullanımını bağımlılık boyutuna getiren temel unsur olabilirken aynı zamanda yan etkileri ortaya çıkartabilirken ve başarılı iyileşme için belirleyici olabilmektedir (Kaplan ve Sadock, 2007).

Günümüzde alkol ve madde bağımlılığı özellikle gelişmiş ülkelerde en ön sıralarda gelen sağlık sorunlarından biridir. 2001'de yapılan ulusal hane halk araştırmaları, Amerika'da 12 yaşından büyük 16 milyondan fazla bireyin yalnızca alkol veya madde bağımlısı olduğunu, iki milyondan fazla bireyin de hem alkol hem de madde bağımlısı olduğunu, üç milyondan fazla bireyin de yalnızca madde bağımlısı olduğunu saptamıştır ve de madde bağımlılığı oranı erkeklerde kadınlardan iki daha fazla olarak bulunmuştur ayrıca lise mezunu olmayanlarda üniversite mezunlarına kıyasla madde bağımlılığı daha fazla görülmektedir (Sadock ve Sadock, 2009).

Çoğu araştırma alkol ve madde kullanımı ve bağımlılığının erkeklerde kadınlara kıyasla daha fazla görüldüğünü ancak bu farkın özellikle madde bağımlılığında daha belirgin olduğunu göstermiştir. Amerika'da yapılan araştırma sonuçları, alkol bağımlılığının hayat boyu yaygınlığını kadınlarda %3-5, erkeklerde %10; kötüye kullanımının ise kadınlarda %10, erkeklerde %20 olduğunu göstermiştir (Regier vd, 1990). Diğer bir araştırmaya göre, 15-54 yaş aralığındaki erkek ve kadınların %90'ının alkol kullandığı tespit edilmiştir. Buna bağlı olarak bağımlılık oranı ise erkeklerde

%21,4, kadınlarda %9,2 olarak hesaplanmıştır (Anthony vd, 1994).

Ülkemize bakılacak olursa, alkol ve sigara dışı madde kullanımı ve satışı yasalardan ötürü yasak olduğundan ve bireyler hastaneye tedavi nedeniyle az başvurduğundan yapılan çalışmalar sınırlı kalmaktadır. Yapılan bir araştırmada Harran Üniversitesi Tıp ve Fen Edebiyat Fakültesi'nden 253 öğrenciye uygulanan anket sonucu, yaşamları boyunca sigara kullanım yaygınlığı %64,4, alkol kullanım yaygınlığı için %30,4, madde kullanım yaygınlığı içinse %2,4 oranlarına ulaşılmıştır. Erkeklerde sigara kullanımı daha fazlayken, alkol kullanımı açısından belirgin bir fark görülmemiştir ancak öğrencilerde alkol kullanımı için arkadaş etkisinin fazla olduğu verisi elde edilmiştir (Altındağ vd, 2005).

2010 yılında Ankara'da yapılan küçük bir çalışmada ise %57 oranı ile tütün kullanılan en yaygın madde olarak saptanmıştır, ardından %44 ile alkol, %13,5 ile sedatifler ve sakinleştirici maddeler gelmektedir. Sigara kullanımı hala olanlar %39 oranındayken, %17'lik bir oran son yılda alkol kullanımı olanlardır. Çalışan nüfusun %1,6'sı esrar kullanırken, kokainde bu oran %0,4 olarak hesaplanmıştır. Edinilen bulgulara göre alkol ve sigara son yıllarda kullanım oranı en yüksek maddelerdir (Pınarcı, 2010).

2.6.3.Madde Bağımlılığının Etiyolojisi

Alkol ve madde bağımlılığı hakkında farklı etiyolojik tutumlar olsada, kavramları yeteri kadar açıklanamamış, sebepleriyle alakalı net kavramlar bulunamamıştır. Yapılan araştırmalarda genetik, psikolojik, sosyal ve biyolojik etkenler belirleyici kabul edilmiştir. Ancak insanoğlu, doğası gereği bu kavramların hepsini barındırdığı için bu çok yönlü yapının bağımlılık geliştirmeye ilişkisi kesin verilere dayandırılmamıştır (Ögel, 2002). Yaşanan toplumun madde kullanımına bakış açısı, medya etkisi, maddeyi elde edebilirlik, sosyal ve kültürel etkenler, yaygınlık seviyesi, madde kullanma biçimleri ve tedavi yöntemlerinin dahil olduğu madde kullanımının çok çeşitli nedenleri bulunduğu sonucuna ulaşılmaktadır (Uluğ, 1997).

2.6.3.1.Koruyan ve Risk Yaratan Faktörler

Madde bağımlılığının nedenlerine bakıldığında tek bir sebep bulabilmek mümkün olmaz. Birden çok sebep genelde bir arada madde bağımlılığını oluşturmaktadır. Ancak bu nedenler dışındada bağımlılık oluşumu gözlenmektedir. Genelde bilinen ve sayılan nedenler toplumda madde bağımlısı bireylerde en fazla görülmekte olan ve tespit edilenlerdir. Aynı şekilde tek bir koruyucu faktör bulunmaz. Koruyucu sebeplere bakılacak olursa şunlar sıralanabilir:

- Olumlu ve kuvvetli aile ilişkileri, ebeveyn olarak çocukla ilgili ve alakadar olmak, çocuğun neler yaptığından ve arkadaşlarından haberdar olmak
- Aile içi kurallara ve belli sınırlara sahip olmak ve ailenin tüm fertlerinin buna uyum göstermesi, kurallarda açık ve anlaşılır davranmak
- Sosyal anlamda gelişim sağlayacak kurum ve kuruluşlarla bağlantı kurmak, çocuğu uyuşturucu madde kullanımına yönelik olarak doğru bilgilendirmek ve bilinçli hale getirmek.

Koruyan bu sebeplerin yanı sıra risk faktörleri ise şunlardır:

- Ebeveyn tarafından çocuğun ilgisiz bırakılması, anne, baba veya her ikisinde de bulunan ruhsal sorunlar ve bu sebepten kaynaklı kopuk aile bağları
- Anne- baba tarafından olumsuz tavırlara maruz kalmak
- Aile ve çocuk arasında olumsuz bağlanma biçimleri gelişmiş olması
- Yanlış arkadaşlara sahip olmak
- Sosyal yetersizlik
- Aile, dış çevre ve arkadaş gruplarında madde kullananların olması veya madde kullanımının onaylanması gibi maddeler risk faktörlerini oluşturmaktadır ve bireyde madde kullanımına eğilim oluşması için önem arz etmektedir (Özhan vd, 2010).

Kişiler öncelikle maddeye ilgi duyar, merakla karışık korku başlar ancak merak duygusu korkuya karşı baskın gelir ve kişi yavaş yavaş alıştığını fark etmeden bağımlı hale gelir, sonunda istediği zaman bırakabileceğine dair inancı bitmez (Ergenç ve Yıldırım, 2007). Bu şekilde bağımlılık oluşmuş olur ve tedavisi için geç kalındığı zamana kadar gelebilmektedir. Bu duruma engel olabilmek için koruyucu faktörlerin artması ve güçlendirilmesi gerekmektedir, madde kullanımını engellemek açısından bu durum hayati derecede role sahiptir (Ögel, 2013)

2.6.3.2.Psikolojik Faktörler

Yapısal olarak kırılğan ve duygusal olan kişiler yaşamlarında sorun ve engellerle çok sık karşılaşılırsa yaşamları boyunca fazla miktarda engellenmeyle alakalı maruziyet yaşarlar. Bunun sebebi, çevresel olarak engellenme faktörlerinin fazla olmasıdır. Bu kişilik yapısındaki bireyler isteklerinin hemen karşılanmasını talep ederler ve bu karşılanmazsa yıkım yaşarlar. İlerleyen süreçte de kendilerini kısır bir döngünün içinde bulurlar. Bu kişilerde öncelikli olan duygu sıkıntısını gidermektir. Daha önce madde kullanıp bırakılsa da olumsuz bir yaşantıyla karşılaşılması sonucu madde kullanımını yeniden başlar, bu sebepten ötürü madde kullanımıyla duygulanım bozuklukları arasında bir ilişkiden bahsedilebilmektedir. Bireylerin acıya dayanma seviyeleri düşük olarak bulunmuştur. Acıyı tolere edebilme süresi düşüktür ve rahatsız olunan duygunun hızla yok olmasını isterler. Bu noktada madde arayışının nedeni, iyi duygular için arayışta olmak ve kötü hissettiren duygulardan kaçma isteğidir. Öncelikli amaç, haz alma ve huzur bulmadır. Uyuşturucu madde kullanımı bırakılınca oluşan yoksunluk belirtileri, bağımlı kişi için oldukça zorlayıcıdır çünkü birey bu dönemi reddeder oluşacak duygulardan kaçır, oysa ki yoksunluk dönemi yaşanan negatif duygularla baş etmek için hazırlık sürecidir ve doğru değerlendirilirse tekrarlayan madde kullanımını önleyecek faktörlerdendir. Negatif duygulardan kaçınma kompülsiyonlarının görülmesinde bireyin baş edememe durumu mevcuttur. Bunlara ek olarak karşı gelme eğilimi bulunan, engellenmeye toleransı olmayan, bağımlı kişilik özellikleri bulunan, dağılmış ve düzensiz bir aile yapısına sahip bireylerde maddeye yönelim çok daha yüksek bir orandadır (Balcıoğlu ve Abanoz, 1984). Özellikle kişiliği tam oturmayan, sosyallik yönünden sorunlar yaşayan uyumsuz bireylerde iyi hissetme ve sürekli sevilmeye istekleri yoğundur ve bu duyguları ertelemekte güçlük yaşarlar, istekleri karşılanmazsa hüsrana uğrarlar ve yıkım duygusu baş gösterir. Bu yüzden birey kendisini iyi hissedebilmek ve bu duygulardan uzaklaşmak adına maddeye yönelmeye başlar. Maddenin bireyde yarattığı iyi hal, yeniden kullanma arzusu yaratmaktadır ve kişide psikolojik bağımlılık ortaya çıkmasına zemin hazırlar. Tüm bunlara ek olarak gelişim sürecinde oluşan sevgi ve güven eksikliği yetişkinlik döneminde de bu duygularla baş edebilmek adına bireyi madde kullanımına yöneltmektedir (Mutlu, 2000). Bu sebeple çocuğa gelişme döneminde ilgi ve sevgi gösterilmesi, psikolojik açıdan olumlu bir sonuç yaratacaktır. Ayrıca psikolojik açıdan incelenmesi gereken

unsurlar; öğrenme şekilleri, biliş ve beklentilerin gelişimi, sosyal beceriler ve sosyalleşmeye dair sorunlar, bireyin engellenme eşiği, risk yaratan davranışlar, kişisel özellikler, sorun çözme becerileri ve öğrendiklerini uygulama yolları yani davranışlarıdır (Ögel, 2010).

Sonuç olarak bunlar incelenerek farklı çözüm yolları üretilmeli ve uygulanması sağlanmalıdır. Özellikle gelişme çağındaki çocuklara rol model olunmalı, sağlıklı birer birey olabilmeleri adına titiz davranılmalıdır. Bunun sonucunda iyi yetiştirilmiş bireyler topluma kazandırılmış olacaktır maddeye yönelim ve bağımlılık oranında anlamlı bir düşüş yaşanacaktır.

2.6.3.3.Biyolojik ve Genetik Faktörler

Günümüzde bağımlılığın genetik ve biyolojik faktörlerle alakalı olduğunu ispatlayan, yapılmış birçok çalışma mevcuttur. Yapılmış birçok ikiz çocuk ve evlat edinme araştırmaları bu çalışmalarını doğruluyor olsa da yine de yapılmış olan yeterli genetik çalışma yoktur. Kalıtsal aktarımın bireyde doğrudan bir yatkınlık sağladığı, gen aktarımı ve patolojilere neden olduğu düşünülmektedir. Çift yumurta ikizlerinde bağımlılık oranı tek yumurta ikizlerine göre daha düşük bulunmuştur ve aralarında anlamlı derecede bir fark vardır, bu da genetik geçişin madde bağımlılığı üzerinde önemli bir etken olduğunu desteklemektedir (Karataş, 2005). Bunun yanı sıra, madde kullanan bireylerin ailelerinde de madde kullanımı tespit edilmiştir ancak bu durum madde kullanan ebeveynlerin çocuklarının da madde kullanımını kalıtsal nedenlere net bir şekilde dayandıramamaktadır. Bunun nedeni ise ailedeki öğrenme biçimi ile kalıtımın farklı faktörler oluşu ve bu faktörlerden hangisinin bireyin madde kullanımına sebep olduğunun anlaşılabilmesidir. Eğer genetik bir kodlama bulunamazsa madde kullanımının genetik olduğu teorisi ortaya çıkmamaktadır (Mutlu, 2000). Sigara ve madde bağımlılıklarında, kullanımın ilk adımının çevre etkisiyle olduğu daha sonra eğer bireyde genetik bir yatkınlıkta varsa madde bağımlılığı geliştirme ve yoksunluk belirtileri çekmeyle ilgili önemli bir role sahip olduğu saptanmıştır. Bu genetik faktörlerin tespit edilmesi açısından aile çalışmaları, ikiz çocuk ve evlat edinme çalışmaları, moleküler ve fizyolojik farklılık çalışmaları önem kazanmaktadır (Ögel, 2010). Bu çalışmalara bağlı olarak genetik nedenlerle alakalı veriler elde edildiğinde,

madde bağımlılığına dair genetik faktörlerin etkisinin kanıtlanabileceği ve genetik hedefli tedavi yöntemleriyle önleyici tedbirler alınmakla beraber, madde bağımlılığının engellenebileceği düşünülmektedir (Yılmaz, 2015).

2.6.3.4.Sosyokültürel Faktörler

Günümüzde madde kullanımındaki yoğun artışın nedenlerinden biride toplum tarafından madde kullanımının kabul görmesidir. Madde kullanmaya yeni başlamış olan bireyler, tecrübeli olanlar tarafından nasıl kullanacağını öğrenmektedir ve toplum bunu doğal karşılamaktadır. Sosyallik açısından, belirli bir gruba dahil olma, destek ve kabul görme amacıyla maddeye eğilim artmaktadır. Madde kullanımının yaygın olduğu bir toplumda birey sosyal kazançlarını hesaplayarak madde kullanımına yönelmektedir buna ek olarak çevresinde madde mevcutsa madde kullanımında buna bağlı artış görülmektedir. Ancak sosyal çevresinde madde bulunmuyorsa, kullanım imkanı olmamaktadır veya madde hiç bilinmemektedir. Maddenin olmadığı bir yerde madde bağımlılığından da söz edilememektedir.

Değişik nedenlerden ötürü şehir değiştiren aileler, ekonomik, kültürel ve sosyal bakımdan kendi yapılarıyla uyumlu yerlerde yaşamaya başlamaktadırlar. Köyden şehre göç eden ailelerin kent hayatına yabancı, içine kapanık, gelenek göreneklerine bağlı kalarak, tam olarak ne köy ne de şehir hayatına uyum sağlayamadıkları tespit edilmiştir. Böyle ailelerde yetişen çocuklar ise şehir hayatıyla tanışıp, oldukları noktadan hızla uzaklaşıp, şehir hayatının getirdiği heyecan ve farklı yaşam tarzıyla ailelerinden hızlıca uzaklaşıp yabancılaşmaktadırlar. Bu durumda çocuğu dışarıdan gelecek olan çeşitli yeniliklere, değişikliklere ve tehlikelere açık ve hazır hale getirmektedir. Aileden kopan ve dışarda yeni bir çevre edinen çocuğun tanıştığı kişilerin sosyokültürel seviyeleri çok önemlidir çünkü bu kişiler yanlış davranış kalıplarına ve bozuk standartlara sahipse, birey yenilikleri hazmetmede zorluklar yaşar ve doğru olandan sapmalar gözlemlenebilir (Başkurt, 2003).

Eğitimsizlik ve ailenin gençleri bilgilendirmemesi, bireyleri madde, alkol, sigara gibi sorunlara karşı açık hedef haline getirmektedir. Uyuşturucu madde kullanan bireyler zamanla madde arayışı içinde girdiği bu kültürde isteyerek veya istemeyerek

madde satıcılarının oyuncuğu olmaktadır ve bağımlı kişi bu satıcıların çıkarlarına uygun hareket eden bir organizma durumuna gelmektedir.

Bireyin her tür riski alması ve tercihlerinin de bu yönde olması madde kullanımına yönelik en önemli nedenlerden bir tanesidir ancak maddenin kişiye verdiği tüm zarara rağmen kullanımından vazgeçilememektedir. Madde kullanımına karşı toplumun belirlemiş olduğu kurallar karşıt tarafları oluşturmaktadır ve bu kurallara uyan kişilerde madde kullanım oranı daha düşük olmaktadır. Bunun yanı sıra maddeye imrendirici toplumsal etkenlerde vardır. Örneklendirilecek olursa; günümüzdeki hayat şartlarında stres çok fazla gözlenen bir problemdir ve stresle baş edebilmek amacıyla bireyler ilaçlardan ya da haplardan medet ummaktadır. Bu durum ilaç firmalarının da desteklenmektedir. Sistemin yaratmış olduğu bu düzen, bireylerin problem çözme yolu olarak ilaçları benimsetirken, kendilerini tanımlarını engellemektedir ve farkındalıklarını önlemektedir. Bazen de madde eğlence amaçlı kullanılmaktadır ve bu durum illegallik kavramını ortaya çıkartmaktadır. Toplumdaki her birey belirli bir kültürel çevreye sahiptir ve bu çevrede karşılıklı aktarılan inançlar, değerler ve fikirler kişiler arası iletişimin temelini oluşturmakta ve buna bağlı olarak kişiyi madde kullanımına yöneltmekte veya engellemektedir. Kabul edilme, toplum tarafından onaylanma, sosyal açıdan çevresel etki ve cezalandırılma, sosyoekonomik seviye, kişi tarafından algılanan yaşlılarla ilgili normlar, kişisel motivasyon biçimleri, arkadaş etkisi, dini inançlar, aile yapısı ve kültürel tutumlar madde kullanımı açısından dikkate alınması gereken faktörlerdir (Ögel, 2010). Bu maddelerin tümü bireylerin madde kullanımı, bağımlılık veya yönelim gibi problemlerinin tamamını etkilemektedir. Madde kullanımı açısından sosyal, kültürel ve bireysel nedenler ayrı ayrı olsalar da birbirleriyle etkileşim içindedirler ve bir arada incelenmelidirler.

2.6.3.5.Ailevi Faktörler

Aile bireylerin gelişiminde ve hayatında büyük bir öneme sahip olan, temel güven ve sevgi kavramlarını edindiği ve geliştirdiği kurumdur. Bu kurumda oluşacak aksamalar kişilik gelişimini olumsuz olarak etkilemektedir. Bunlardan bir tanesi de madde kullanımı üzerine aile faktörünün etkisidir. Yapılan araştırmalarla madde kullanan bireylerin ailelerinde de madde kullanımı olduğu tespit edilmiştir ve ilgisiz,

disiplinsiz ve sevgisiz ailelerin çocukları madde kullanımına daha yatkın bulunmuştur. Bu tip aileler çocuklarına yeterli desteği sağlamamaktadır ve çocuklarının üzerinde kontrol sağlayamamaktadır. Bunun tam aksi olarak, bazı aileler ise çocuklarına aşırı baskıcı ve otoriter davranmakta ve çocuğun kendi gelişimini sağlamasına imkan tanıyamamaktadırlar. Diğer bir etken olarak, ebeveynler çocukları için iyi bir rol model olamamakta, çocuklarına karşı çözüm üretemeyen ve sorun çözemeyen bir profil sergilemektedirler. Bu durum çoğunlukla bütünlük sağlayamayan, boşanmış ya da parçalanmış ailelerde gözlemlenmektedir ve bu tip ailelerin çocukları uyuşturucu kullanımına yatkın hale gelmektedir. Bireyin anlayabileceği ve iletişime geçebileceği bir aile üyesinin olmaması veya tam tersi ailenin aşırı kontrolcü olması kişiyi madde kullanımını açısından riske açık bir hale getirmektedir.

Sonuç olarak ailede madde kullanımı olan bir bireyin var oluşu, ailenin tamamını sosyal, ekonomik ve psikolojik yönden olumsuz etkilemekte ve işlevlerin bozulmasına yol açmaktadır. Bu olumsuz etkiler ve bozulmalar aile üzerinde şiddetli bir etki yaratmakta ve bağımlılık bir hastalık olarak kabul edilmesiyle beraber hem bireye hem de ailesine büyük bir yük oluşturmaktadır (Mutlu, 2000).

Ailelerin duygu, disiplin, sıcaklık gibi konulardaki eksikliği çocuk yetiştirmede negatif bir sonuç yaratırken aynı şekilde aşırı baskı ve fazla otoritede yine gelişime olumsuz etki etmektedir. Ailenin hem çocuğa hem de madde kullanımına karşı tutumu bireyin davranışlarının belirlenmesinde büyük bir etkiye sahiptir. Bunun yanı sıra ailedeki hoşgörülü, sevgi ve saygı dolu bir ortam düzgün bir aile yapısının temelini oluşturmaktadır. Yani ailenin bireyler üzerindeki etkisi çok büyüktür ve anne-baba ve diğer aile üyelerinin çocuklarına ve kendilerine yönelik davranışları açısından özenli davranmaları gerekmektedir. Yanlış bir davranış kalıbı bireyleri olumsuz etkilediği gibi maddi ve manevi problemlere neden olmaktadır. Özellikle gelişme çağındaki bireylere karşı yapıcı davranışlar sergilenmeli ve aile gerekli tüm önlemleri almalıdır (Başkurt, 2003; Ögel, 2010).

2.6.3.6.Çevresel Faktörler

Ülkemizde ve dünya genelinde yapılan araştırmalar, madde kullanımının

öncelikle merak daha sonra ise arkadaş etkisiyle başladığı tespit edilmiştir. Özellikle genç yaştaki bireyler akran etkisiyle sosyal ortamda ısrara karşı koyamayıp, arkadaşlarından farklı olma ve dışlanma endişesiyle madde kullanımına başlamaktadır. Diğer bir etken ise sorun çözme yolu olarak maddeyi benimsemeleridir yani birey kendisini çaresiz hissettiği noktada madde kullanımına yönelmektedir. Kendisini ispat çabası, farklılık isteği, kendisini kabul ettirme gibi duygularda madde kullanmaya sebep olan diğer etkenlerdir. Arkadaşlarından kolayca etkilenen, heyecan duygusu yüksek, davranış problemleri olan, asi ve aşırı saldırgan, dürtüsel, itaatkar ve fazla içe dönük bireylerde madde kullanma olasılığı daha yüksek bulunmuştur (Mutlu, 2000).

2.7.Bağımlılık Yapıcı Maddeler

Opiyatlar:

Dünyanın her yerinde yetiştirilebilen “papaver somniferum”, haşhaşın Latince adıdır. Opiyatın ana maddesine ise opium adı verilir yani bir diğer adıyla afyondur. Afyon farklı yollarla kullanılabilir, çiğnenebilir, duman yoluyla çekilebilir veya sigaranın içine konularak içilebilir. Afyon alkaloid denilen kimyasal maddeyi içermektedir ve en önemlileri morfin ve kodeindir. Opiyat afyondan elde edilen morfin gibi doğal ve eroin gibi yarı sentetik maddelere verilen genel addir. Opioidler ise metadon, petidin gibi tamamen sentetik olan maddeleri tanımlamada kullanılmaktadır. En büyük özellikleri ağrı kesici olmalarıdır ve keyif vericidir. Uyku, baş dönmesi, uyuşma hissi, dikkat bozukluğu, bulantı ve kusma ve kabızlık gibi problemler yaratmaktadır. Beynin öksürme merkezi üzerinde etkilidir, bu merkezi baskılayarak refleksleri zayıflatır. Doz aşımında solunumu durdurarak ölüme sebebiyet verebilmektedir.

Sedatif ve Hipnotik İlaçlar:

Günlük yaşam koşulları altında uyku, kaygı, bunaltı ve ağrı gibi problemler sıklıkla görülmektedir. Bu sorunlar kısa süreli olduğunda önemsenmez ancak eğer devam ederse sorunu gidermek amacıyla birtakım ilaçlar kullanılmaktadır. Sedatif ve hipnotikler bu amaçla kullanılır üçe ayrılır ancak aşırı kullanımı fizyolojik ve psikolojik bağımlılığa sebebiyet verebilmektedir.

- Barbituratlar: Oral yolla ve anestezi amacı ile damar yolu ile de kullanılanları vardır. Uzun vadede epilepsi tedavisinde kullanıldığı bilinmektedir. Yorgunluk, halsizlik, bulantı-kusma, kaşıntı-döküntü gibi belirtileri vardır. Aşırı dozda zehirlenme etkisi yaratır ve nabızı zayıflatarak, akciğer ödemi ve koma gibi sonuçlar doğurmaktadır.

- Benzodiazepinler: Daha aza yan etkiye sahip, epilepsi tedavisinde kullanılabilen aynı zamanda kas gevşetici özellikleri olan gruptur. Fazla miktarda ve alkolle birlikte kullanıldığında hayati tehlike yaratmaktadırlar.

- Diğerleri: Benzodiazepin ve barbiturat olmayan ilaç türüdür. Ancak araştırmalar ve deneyler sonucu yüksek bağımlılık ve direnç gelişimine neden oldukları bulunduktan sonra piyasadan kaldırılmışlardır.

Amfetamin:

Adrenalin hormonuna benzer etki gösteren ve sentetik olan maddelere verilen addır. Enerji ve keyif verir, dikkat artışı sağlar, sinirliliği azaltır, hiperaktiviteyi artırır. Çarpıntı, nefes hızında artış, ağız kuruluğu, kan basıncında artış gibi yan etkiler oluşturabilmektedir. Yüksek dozda epilepsi nöbetine benzeyen nöbetler gözlemlenmektedir.

Kokain:

Koka bitkisinden elde edilmektedir. En fazla burun ve damar yoluyla kullanılmaktadır. Damar yoluyla kana daha hızlı karışır ve daha çabuk etki eder, burun yolu ile kullanımında uzun vadede mukozada hasar yaratarak kanama, delinme gibi sorunlar yaratabilir. Sigaraya karıştırılarak kullanıldığı gibi, eroinle karıştırılarak damar yoluyla da kullanılmaktadır. Fiziki aktivitelerde artış, enerji yüksekliği gibi etkilerin yanı sıra, bunalma, mutsuzluk ve sinirlilik hali gibi yan etkiler yaratmaktadır. Kullanımına bağlı olarak bireylerde psikotik bozukluklar gelişebilmektedir.

Halüsinojenler:

Kullanımı gerçeklikten kopmaya yol açan maddelerdir. Doğal olan mantar gibi türleri varken, sentetik olanları da mevcuttur. Yüksek bağımlılık örüntüsü gözlemlenmektedir.

- LSD (d- liserjik asit dietilamid):

Çavdar mantarından üretilen, suda eriyen beyaz toza verilen isimdir. Sıvı, toz veya hap şeklinde olanları vardır. Etkileri kısa sürede başlar ve 6-12 saate kadar devam

edebilir. Kişide iyi veya kötü etki yaratması o anki ruh haliyle doğru orantılıdır. Kişi kendini iyi hissettiği bir zamanda kullanıyorsa zevk veren bir hal yaratırken, kötü bir zamanda intihar girişimlerine varabilecek sonuçlar doğurabilmektedir. Zaman, vücut ve organ algısı değişir. Zaman çok yavaş ilerler, dışarıyla ilgili olan algılama değiştiği için uçma, kendini atma gibi istenmeyen sonuçlarla karşılaşılabilir.

Esrar (Marihuana):

Hint keneviri bitkisinden elde edilen bir maddedir, sigara olarak içilir etki gösterme süresi 1-2 saattir. Ağızda kuruluk, kalp çarpıntısı sıklıkla karşılaşılan yan etkilerdir. Uzun süreli ve düzenli kullanımında kadınlarda kısırlık, erkeklerde sperm miktarında azalma gibi sağlık sorunları yaratabilir. Etki altındayken yüksek enerji ve mutluluk hali veya aşırı durgunluk, gözlerde kızarma ve denge bozukluğu gözlemlenebilir. Etkisi geçtikten sonra, uyuklama, sersemlik, yorgunluk ve huzursuzluk görülebilmektedir.

Uçucu Maddeler:

Son zamanlarda sıklıkla karşılaştığımız, solunum yoluyla kullanılan “bali” gibi maddeler, beyin, solunum ve kalp-damar sistemi üzerine etki eder. Kalp ritmini bozar ve vücuda aktarılan oksijen miktarında düşüğe sebep olurken ölüme sebebiyet verebilir.

Nikotin:

Yasal olarak satışı olan, çiğnenerek, dil altı veya sigara olarak kullanılan fiziksel ve psikolojik olarak yüksek bağımlılık yaratan maddedir. Beden sağlığı üzerinde birçok etkisi vardır, yoksunluk durumunda dikkatsizlik, sinir hali, huzursuzluk, baş ağrısı gibi problemler yaşanmaktadır (Tarhan ve Nurmedov, 2015).

2.8.ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

2.8.1.Tanım

Çocuk ihmali ve kötüye kullanımı; başta ebeveynler olmak üzere çocuğun bakım, sağlık, koruma ve gelişimiyle yükümlü kişiler tarafından ya da çevredeki yetişkin bireylerce yapılan veya yapılmayan eylemler sonucu çocuğun her türlü fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal bakımdan zarara uğraması ve tehlike yaşaması olarak tanımlanabilir. Sergilenen eylemlerin çocuk tarafından algılanabilmesi veya yetişkin birey tarafından bilinçli bir şekilde yapılması gerekli değildir (Turla, 2002). Çocukluk döneminde yaşanan travmalar her kültürde, sosyal sınıfta ve etnik grupta, sosyoekonomik düzeyde görülebilecek bir problemdir. (Bostancı vd, 2006). Çocuk yetiştiren aileler bilinçli veya bilinçsiz, çocuğun gelişme sürecini kötü yönde etkileyecek, zaman zaman ihmal ve istismar, bazende şiddete varabilecek tutumlar sergilemektedir (Bahar vd, 2009).

Dünya Sağlık Örgütü'ne (1999) göre çocuk istismarı; çocuğa yönelik her türlü fiziksel ve ruhsal olumsuz davranış, cinsel istismar ve ihmal, çocuğun sağlığına, yaşam kalitesine ve gelişim sürecine zarar veren ve her türlü kötü amaç için çocuğun kullanımını kapsayan eylemlerin tamamı olarak tanımlamaktadır (Runyuan vd, 2002) ve çocuğa yönelik ihmal ve istismar, sağlığa zarar veren, yaşam kalitesini düşüren ve kalıcı etkiler yaratan bir sağlık problemidir (Güler vd, 2002).

Çocukluk çağı travmaları ile ilgili pek çok tanımlama ve yaklaşım olmasına karşın, en anlaşılır açıklama Terr'e aittir. Travmayı, başlatıcı kabul edilen stresörden ziyade bu etkene karşılık verilen tepki veya dış faktörlerin içselleştirilmiş veya mental sonuçları olarak tanımlamış ve çocukluk çağı travmalarını klinik açıdan ikiye ayırmıştır. Bunlar Tip 1 ve Tip 2 Travma'dır. Aniden gelişen doğal afet, kaza, cinayet gibi tek olaylara Tip 1 Travma, çocukluk çağından itibaren fiziksel ve cinsel istismar ile buna

eşlik eden korku hali gibi uzun süreli ve tekrarlayıcı olaylara ise Tip 2 Travma denir (Pfefferbaum and Allen, 1998). Çocukluk çağı travmaları ihmal ve istismar (kötüye kullanım) olarak ikiye ayrılır, aralarındaki en büyük fark ihmalin pasif, istismarın ise aktif bir davranış biçimi olmasıdır (Polat, 2004). Bu iki kavram farklı alanlarda ve farklı araştırmacılar tarafından, farklı biçimlerde tanımlanan disiplinler arası bir olgudur. Sağlık çalışanları tıbbi açıdan yaklaşarak, bedensel bozuklukları; sosyal alanda çalışanlar, ihmal ve istismardan sorumlu kişileri, sistemleri ve tutumlarını; hukuk ve güvenlik çalışanları suç ve delilleri incelemektedirler. Bu sebepten ötürü çocuk istismar ve ihmalinin tanımı, var oluş biçimine, yöntem ve sonucuna göre farklılıklar göstermektedir (Polat, 2001). Farklı tanımlamalara bakılacak olursa çocukluk ihmal ve istismarı: Zeytinoğlu (1999)'a göre reşit olmayan çocuklara karşı yapılmış olan her türlü fiziksel, duygusal, zihinsel ve sosyal gelişimini engelleyici ve zedeleyici tüm davranışlar istismar; beslenme, bakım, korunma, eğitim gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmaması ise ihmaldir. Polat (2001)' e göre çocuktan sorumlu kişi veya kişilerin fiziksel, gelişimsel ve ruhsal bakımdan iyilik halini negatif yönde etkileyen tutum ve eylemlerin tamamı çocuk istismarıdır. Güler ve arkadaşlarına (2002) göre, çocuğun bakımından sorumlu ebeveyn veya eğitmekle yükümlü kişiler tarafından sağlığına hasar veren ve fiziksel, sosyal, duygusal ve zihinsel gelişimini engelleyici tutum ve davranışların tümü istismar ve ihmaldir ve bu durum çocuğun yetişkinlik döneminde de devam edecek olan, kalıcı bir sağlık problemidir. Dünya Sağlık Örgütü ise, bir yetişkin tarafından bilinçli veya bilinçsiz olarak uygulanan, çocuğun sağlığını, psikolojisini ve sosyal gelişimini zedeleyen davranışların tümünü istismar olarak tanımlamaktadır (Kara vd, 2004). İstismar ve ihmale maruz kalmış çocuklar ve aileleri mental bozukluklar, madde kötüye kullanımı ve davranış bozuklukları geliştirmeye karşı yüksek risk altındadırlar (Aral ve Gürsoy, 2001). İstismar ve ihmale maruz kalan ailelerde, çocuk yetiştirme biçimlerinde bozukluk, ebeveynlerin çocukluk çağı travmaları yaşamış olabileceği ve ailelerde depresyon, kaygı bozukluğu, şizofreni, alkolizm ve madde kullanımı gibi patolojik bulgular ve psikolojik bozukluklar görülebilmektedir (Polat, 2007).

İstismarın tanımındaki anahtar kelime, “tekrarlayıcı ve kasti olması, çocuğun fizyolojik, mental, psikolojik ve sosyal gelişimini ve sağlığını olumsuz şekilde etkilemesi” ‘dir (Aral, 2001). İstismarın insan hareketlerinden kaynaklı bir olaya bağlı

şekilde gelişmesi temel faktördür ve zarar vermekten ziyade yasak olması önem arz etmektedir. Çocuk istismarının kriterleri ise şu şekildedir (Polat, 2001):

1. Kasıtlılık: Eylemlerin çocuğa acı vermesi ve incitme, zarar amacı taşıması kasıt olarak nitelendirilir. Örneğin, bir anne çocuğu hırsızlık yaptığı için cezalandırma amacı güderek çocuğun parmaklarını yakıyorsa zarar verme amacı taşıyordur ve bu davranış çocuk istismarı olarak kabul edilir.

2. Toplumsal onaylama-eleştiri: Çocuk istismarı ile ilgili eylemler toplumlara bağlı standart ve kurallara göre değişkenlik gösterebilmektedir. Örneğin, gelişmiş ülkeler çocuğun cezalandırılma amacıyla zarar görmesini büyük bir tepkiyle karşılarken, ilkel kabileler veya az gelişmiş ülkeler bu durumu normal karşılamaktadır. Mesela, çocukluktan yetişkinliğe geçen bir çocuğun yüzünde veya vücudunda yara izi oluşturmak son derece önemli kabul edilirken, bunu yapmayan ebeveynler istismarcı veya ihmalkar olarak stigmatize edilebilir.

3. Uluslararası uzlaşma: Toplumsal olarak onaylama ve eleştirilerin yapılması esnasında, uluslararası boyutta istismar olduğu kabul edilmiş davranışların, herkesçe istismar olarak değerlendirildiği ve onaylandığı görülmektedir. Örneğin, Ran'da çocukların mayın tarlalarını temizlemek amacıyla kullanılması uluslararası uzlaşma boyutunda bir istismar olarak gösterilebilir.

4. Toplumsal-bireysel nedenler: Çocuk istismarı hem toplumsal hem de bireysel olarak iki uçlu bir olgudur. Fakat genelde bireylerden kaynaklanan eylemler toplum veya kurumlardan kaynaklanan eylemlere kıyasla daha çok istismar olarak kabul edilmektedir. Ancak bu tarz eylemler her ne kadar bireysel kabul edilse bile bireysel eylemlere de toplum etkisinin etki ettiği unutulmamalıdır.

Yapılan bir araştırmaya göre okul yöneticileri ve ailelerden oluşan katılımcıların ihmal ve istismar olarak kabul ettikleri eylemler şöyledir (Erginer, 2007):

1. Çocuğa uygulanan fiziksel şiddet
2. Çocuğun beslenme ihtiyacının giderilmemesi
3. Çocuğun sağlığını önemsememe
4. Çocuğun bakımına özen gösterilmemesi
5. Güvenlik açısından eksik bırakılması
6. Çocuğu ebeveynleri dışında bir bireyle yaşamaya mecbur bırakmak veya terk etmek

7. Çocuk sahibi olmaya karar verildiği an itibariyle gereken özeni göstermek ve tedbirli olmak

2.8.2.Yaygınlık ve Sıklık

Çocukluk çağı travmaları, yaşandığı zamandan itibaren yetişkinlik döneminde de etkilerini sürdüren ve bireyin hayatında yaşadığı çeşitli psikolojik problemlere neden olabileceği düşünülen, sayısız araştırmaya konu olan bir problemdir. İstismar olgusu son yüz yılda bir hayli önem kazanmaya başlamıştır. Bu konuyla ilgili Tardieu 1860 yılında, Paris Tıp Akademisi'nde cinsel ve fiziksel çocuk istismarını vurgulamış, daha sonra 1946 yılında Caffey; "Caffey Sendromu" nu ve 1961 yılında Kemple, "Örselenmiş Çocuk Sendromu" nu tanımlamışlardır (Dokgöz ve Afşin, 2004). Sonrasında bu terimin yerini "çocuk istismarı" (child abuse) almıştır (Jain,1999). Bu konuyla alakalı bugüne kadarki en önemli gelişme ise 1989 yılında Birleşmiş Milletlerce kabul edilen "Çocuk Hakları Sözleşmesi" dir. Sözleşmedeki 19.madde çocuğun bakımından sorumlu kişi tarafından uygulanacak her türlü kötü muamaleye karşı çocuğun korunmasını, sözleşmeyi imzalamış olan devletler yükümlülüğünde zorunlu olma koşulunu getirmiştir (Polat, 2002).

Çocuğa gösterilen kötü muamele insanlık tarihinde çok eski ve bilinen ancak var olan sayısı kadar ortaya çıkarılmayan sosyal ve tıbbi bir problemdir (Yılmaz vd, 2003). Çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmalinin yaygınlığı ile ilgili yapılmış olan birçok istatistiksel araştırma vardır, farklı sonuçlar ortaya koymuştur ve tam olarak ortak bir görüş birliği sağlanamamıştır. Bu farklılığın sebebi, kötüye kullanım kavramının tanımındaki farklılıktan, farklı örnek grupların kullanılmasından, toplumlara göre değişkenlik gösteren bölgesel farklılıklardan ve sosyal damgalanmadan kaynaklanmaktadır (Sadock and Sadock, 2004). Olayın belirsizliği ve rapor edilmesindeki yetersizlikler, yapılan araştırma sonuçlarının gerçek sonuçlara kıyasla orantısız olduğunu düşündürmektedir (Spradley and Allender, 1996).

Amerika Birleşik Devletleri'nde Ulusal Çocuk İstismarını Önleme Komitesi'nin verilerine göre 1997 yılında toplam 3,7 milyon çocuk istismarı olgusu işleme konulmuş

ve bunlar içinden yaklaşık bir milyon olgu kesin delillerle tespit edilmiştir. Bu durum her 1000 çocuktan 15'inin gerçekliği tespit edilmiş olan istismar yaşantısına maruz kaldığını göstermektedir ve bilinmektedir ki, istismar olgularının ancak çok az bir kısmında resmi bir işlem yapılabilmektedir. Kesinlik kazanan olgulara bakıldığında en sık karşılaşılan örseleyici yaşantının %54 ile ihmal olduğu, ardından %22 ile fiziksel, %8 ile cinsel ve %4 ile duygusal istismarın geldiği bilinmektedir (Bernet, 2000). Dünyada çocuk istismar ve ihmalinin yaygınlık oranı %10-74 arasında değişkenlik göstermektedir (Elliman and Lynch, 2000; Jacobi vd, 2010; Knutson and Selner,1994).

Amerika Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanı'nın (U.S. Department of Health and Human Services [DHHS]) 2009 yılında, Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Bilgi Sistemi (NCANDS) 2007 verileri ile hazırladığı rapora göre, Amerika genelinde ihmal %59, fiziksel istismar %10,8, cinsel istismar %7,6, duygusal istismar %4,2 oranındadır ve çocuk istismar ve ihmali en fazla 4-7 yaş grubu çocuklarda (%23,8), 8-11 yaş grubunda (%19) ve 12-15 yaş grubunda (%18,5)' dir. (DHHS, 2009).

Amerika Birleşik Devletleri'nde ebeveynleri veya bakımından sorumlu kişiler tarafından kötüye kullanım veya ihmal sonucu her yıl 1200-1500 çocuğun öldüğü tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin %52'si fiziksel şiddet, %42'si ihmal ve %5'i her ikisinden kaynaklanmaktadır ve her sene fiziksel şiddet sebebiyle kalıcı sakatlıklar oluşmaktadır (Emery and Laumann- Bilings, 2003). Şiddet sebebiyle sığınma evlerine başvuran kadınlardan %40-70' inin çocukluk döneminde şiddete maruz kaldığı da belirtilmektedir (Campbell and Lewandowski, 1997). Son zamanlarda dünya genelindeki ekonomik problemler yaşam kalitesini düşürerek birçok sorun yaratmaktadır. Bunlardan en önemlisi de zor koşullarda yaşayan çocuklardır. Bu çocukların fiziksel, duygusal ve cinsel istismara maruz kaldığı ve madde kullanımına yöneldiği tespit edilmiştir (Topbaş, 2004). Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre dünya genelinde 1-14 yaş grubu 40 milyon çocuk istismar veya ihmale maruz kalmakta ve destek aramaktadır (Şimşek vd, 2004). Çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kalma oranı %10- 40 olarak bulunmuştur (Renteria, 2005) ancak kızlarda erkeklere oranla bu durum 4 kat daha fazladır ve istismarcılar genellikle erkektir, suçlu kadın oranı %5 ile %15 aralığındadır (Aktepe, 2009).

Brown ve arkadaşları, 1975 yılı itibari ile 5-22 yaş aralığında 776 kişiyi gözlemlemiş, bunlardan 639'unun fiziksel ve/veya cinsel istismara maruz kaldığını

saptamışlardır (Brown vd, 1999). New York'ta 639 kişi ile yapılan epidemiyolojik bir araştırmada, genel kötüye kullanım ve ihmal oranı %12, fiziksel kötüye kullanım oranı %6,9, cinsel kötüye kullanım oranı %3,4 ve ihmal oranı ise %6,1 olarak saptanmıştır (Johnson vd, 1999).

Beş farklı ülkede yapılmış olan bir araştırmaya göre çocuğa bağırmak %75- 80 seviyesindedir ve en fazla karşılaşılan duygusal istismar olarak tespit edilmiştir (Topbaş, 2004; Runyuan etc., 2002). Duygusal istismar tek başına görülebilen fiziksel ve cinsel istismarlar beraber de görülmektedir. Fiziksel istismar ve ihmal vakalarında %90 oranında duygusal kötüye kullanım ve ihmal olduğu da bulgular arasındadır (Taner ve Gökler, 2004).

Messman- Moore ve Brown' a (2004) göre, yurt dışında 944 üniversitede okuyan kadın ile yapılan araştırmada kadınların %17'si çocukluk döneminde herhangi bir istismar, %8,9'u cinsel istismar, %4,2'si fiziksel kötüye kullanım, %8,6'sı duygusal kötüye kullanım yaşadıklarını bildirmiştir. Bununla birlikte, erişkinlik döneminde tecavüz yaşantısı bildiren kadınların %42'sinin çocukluk döneminde 3 çeşit istismara, %35'inin 2 çeşit istismara maruz kaldığı bulgular arasındadır (akt. Kulak, 2006). Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi'nin 2008 raporuna göre, 2008 yılında 772.000 çocuk istismar ve ihmal yaşantısı bulunmaktadır. Bunlardan %80,1'i ebeveynleri tarafından, %6,5'i akrabalar tarafından uygulanmaktadır. İstismar türlerine bakılacak olursa, %71,1' ihmal, %16,1'i fiziksel kötüye kullanım, %9,1'i cinsel kötüye kullanım ve %7,3'ü duygusal kötüye kullanıma maruz kalmaktadır. Ölüm oranı ise 10.000'de 2,33 olarak bulunmuştur (NCANDS, 2008).

Ülkemizde yapılan çalışmalarda ise farklı sonuçlara rastlanmıştır. 50.473 çocuğun anneleri ile 16 ilde yapılan bir çalışmada 4-12 yaş aralığındaki çocuklardan %62'sine fiziksel ceza uygulandığı belirtilmiştir (Bilir vd, 1991). 50 çocuk ile yapılan başka bir araştırmada, çocuklarda %60'ında fiziksel kötüye kullanım, %26'sında cinsel kötüye kullanım, %20'sinde ihmal ve %18'inde duygusal kötüye kullanım tespit edilmiştir. Bu çocuklardan %38'i yalnızca baba, %28'i yalnızca anne ve %34'ü ikisi birden veya daha fazla kişi tarafından ihmal ve kötüye kullanıma maruz bırakılmıştır (Oral vd, 2001).

Ülkemizde kesinleşen ve resmiyet kazanan istismar olgularının sıklığı ve dağılımı ile ilgili netleşen herhangi bir veri bulunmamaktadır. Zoroğlu ve arkadaşlarının

(2001), İstanbul'da lise öğrencileri üzerinde çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantısı, kendine fizyolojik zarar verme eylemleri, intihar girişimi ve dissosiyatif yaşantı sıklığını belirlemek ve bunların birbirleriyle ilişkisinin incelemek için yaptıkları araştırmada, 839 öğrenciden %16,5'inde ihmal, %15,8'inde duygusal kötüye kullanım, %13,5'inde fiziksel kötüye kullanım ve %10,7'sinde ensest dahil olmak üzere cinsel kötüye kullanım tespit edilmiştir. Araştırmaya katılanların %34,8'i en az bir çocukluk çağı travma yaşantısı bildirmiştir, kendisine fizyolojik zarar verme davranışının sıklığı %21,4 ve intihar girişim sıklığı %10,1 olarak bulunmuştur. Herhangi bir çocukluk çağı travmasına sahip olan bireyler, sahip olmayanlara göre daha fazla dissosiyatif belirtiler göstermekte, intihar ve kendilerine zarar verme davranışları daha fazla bulunmaktadır. Aynı çalışmada ihmale, cinsel kötüye kullanıma ve enseste maruz kalmış kızlarda erkelere oranla daha fazla duygusal istismara rastlanmıştır. Travma belirten bireylerde birden fazla travma türüne rastlanmıştır (Zoroğlu vd, 2001). Yine Türkiye'de yapılmış olan bir araştırmaya göre, en sık görülen travma türü %24,7 oranıyla duygusal ihmaldir, aynı çalışmada duygusal istismar %18,7, fiziksel ihmal %17,3, fiziksel istismar %15,3, ensest %13,3, cinsel istismar %11,3 olarak bulunmuştur. Travma bildirme oranı %43,2 iken herhangi bir travma bildirmeyenlerin oranı %59,3'tür (Yanık ve Özmen, 2002). Türkiye'de yapılan bir çalışmaya göre çocukların %45'inin, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumu'nca yapılan araştırmaya göre ise %46'sının istismar yaşantısı olduğu belirtilmektedir (Güler vd, 2002). Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili yapılan araştırmalarda %78 gibi yüksek bir oranla duygusal kötüye kullanım en fazla görülen istismar tipi olarak ilk sıradadır. Ardından %24 ile fiziksel ve %9 ile cinsel kötüye kullanım gelmektedir. Eğitim seviyesi düşük ailelerin %40'ı çocuklarını istismar ederken, eğitilmiş ailelerde bu oran %17'dir. Başka bir araştırmaya göre 7-14 yaş grubu çocuklarının %40'ında ebeveynler tarafından uygulanan fiziksel şiddet saptanmıştır (Turhan vd, 2006).

Yanık ve Özmen (2002)'in, psikiyatri polikliniğinde başvuran kadın hastalarla yaptıkları çalışmada, cinsel istismar %22, duygusal istismar %18,7, fiziksel istismar %15,3 olarak belirlenmiştir (Yanık ve Özmen, 2002). Bunun yanında genel nüfusta yapılmış araştırmalara göre kadın popülasyonunda çocukluk çağı travmaları erkelere oranla daha fazladır (Bendixen etc.,1994; Briere and Elliott, 2003; Molnar etc., 2001). Ülkemizde, fiziksel ve duygusal travma yaşayan çocukların oranını tespit etmek için, 8

ilde ve 16100 çocuk ile yapılan tarama çalışmasında, yaş grupları arasında anlamlı bir farklılık olduğu ve yaş arttıkça travmanın azaldığı belirlenmiştir. (4-6 yaş grubunda travma oranı %40,7 iken, 7-10 yaş grubunda %33,5, 11-12 yaş grubunda ise %25,8'dir). Cinsiyet farklılığına göre incelemede ise kız çocuklarında %34,6, erkeklerde %32,5 oranında travma görülmüştür (Bilir vd, 1999). Örsel ve arkadaşlarının (2011) yaptığı çalışmada, DSM-IV 'e göre psikiyatrik bir bozukluk tanısı almış, katılmayı kabul eden 183 hastadan %65,7'si çocukluğunda duygusal, cinsel ve fiziksel kötüye kullanımdan en az bir tanesine; %6,1' üç tip istismara da maruz kaldığını belirtmiştir. Duygusal ihmal %81,6 ve fiziksel ihmal %72,1 sıklığında görülmüştür (Örsel vd, 2011).

Ülkemizde tıp öğrencileriyle yapılan istatistiksel bir araştırmada, %66,9'u istismara maruz kaldıklarını belirtmiştir (Orhon vd, 2006), başka bir araştırmada ise 1955 lise öğrencisinin %13,4'ü cinsel istismar yaşantısı bildirirken, %1,8'i enseste uğradığını belirtmiştir (Alikasifoğlu vd, 2006).

Son olarak, Bakırköy Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Hastanesi 2. Basamak ayaktan tedavi polikliniğine başvuran 125 kadın hasta ile yapılan çalışmada %33 oranında genel çocukluk çağı kötüye kullanımı ve bunlardan %20,2 fiziksel, %18,5 cinsel ve %36,3 duygusal istismar oranları belirlenmiştir (Özçelik, 2002).

2.8.3.Neden Olan Faktörler

Çocuklarda ihmal ve istismara sebep olan faktörleri iç ve dış stresörler olarak ayırmak mümkündür. Dış stresörler; sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel etkenler aile içinde sıkıntı oluşturarak çocuğun ihmal ve istismarına neden olabilmektedir. Ekonomik problemler aileler için başlıca stres faktörlerinden biri olmakla, işsizlik, yoksulluk, sıkıntı ve borçlanma olarak kendini gösterebilir, bununla birlikte yetersiz beslenme, kötü ev koşulları, sağlıkta bozulmalar gibi problemler de yaratabilir. İç stresörler ise, ebeveynlerin karakter özellikleri, çocuğun kişilik özellikleri ve çevreye bağlı olarak çocuktan fazla beklenti şeklinde sayılabilir (Ünal, 2008; Bulut, 1996). Bunlar dışında anne veya babadan birinin olmayışı da ayrıca bir stres faktörüdür. Bu yoksunluğun sebebi, ölüm, boşanma veya ayrı şehirlerde çalışma nedeniyle parçalanmış aile tipi olabilmekle beraber; istismar ve ihmal üzerinde önemli bir risk faktörüdür. Ebeveynlerden birisi veya her ikisi tarafından ihmale ve istismara uğramak, anne ve

baba arasındaki geçimsizlik ve şiddete şahit olmak, parçalanmış bir ailede büyüme çocuğun ilerideki yaşamını ve ilişkilerini önemli derecede etkilemekte ve belirleyici olmaktadır. Çocuk rol model olarak aldığı kişilerden kaynaklı olarak olumsuz kişilik özellikleri kazanabilmektedir (Bulut, 1996).

Çocukluk çağı tüm ihmal ve istismar yaşantıları hem tüm toplumda hem de psikiyatrik bozukluğu olan bireylerde görülebilmektedir ancak yapılan çalışmalarla çocuklukta yaşanan travmaların, erişkinlikte oluşacak psikiyatrik problemleri tetikleyen ve arttıran etkenler olduğu bulunmuştur (Yargıç vd, 1994). Çocukluk çağına neden olan faktörler maddelendirilecek olursa;

1. Ekonomik sorunlar (Zeytinoğlu, 1999; Polat, 2001; Güler vd, 2002; Erginer, 2007).
2. Sosyal izolasyon: Aile ilişkileri dışında sosyal ilişkilerde problem yaşama ve kısıtlılık (Polat, 2001; Taner ve Gökler, 2004), sosyal destek eksikliği (Güler vd, 2002).
3. Ebeveynlerle alakalı sıkıntılar, boşanmış aile, parçalanmış aile, anne-baba ilişkisinin duygusal açıdan zayıf olması, çocuğun ebeveynlerle iletişim güçlüğü yaşaması, anne ve/veya baba yoksunluğu (Bulut, 1996; Polat, 2001; Örsel vd, 2011).
4. Aile geçmişinde suç işleme veya özkıyım girişimlerinin ve psikiyatrik rahatsızlıkların bulunması (Polat, 2001; Taner ve Gökler, 2004).
5. Eğitim seviyesinin düşüklüğü ve zeka eksikliği (Zeytinoğlu 1999; Polat, 2001; Turhan vd, 2006; Erginer, 2007; Örsel vd, 2011).
6. Ailede alkol ve madde kullanımı ve bağımlılığın sahip bireylerin oluşu (Polat, 2001; Taner ve Gökler, 2004; Erginer, 2007).
7. Çatışmaların fazla olması (Polat, 2001; Taner ve Gökler, 2004; Örsel vd, 2001).
8. Aile hayatının düzensiz olması (Polat, 2001).
9. Sorun çözmede ebeveynlerin başa çıkma becerilerinin yetersiz olması (Polat, 2001).
10. Ebeveynlerin özel yaşantılarında mutsuz ve tatminsiz oluşu, yaşanan cinsel problemler (Polat, 2001; Taner ve Gökler, 2004; Erginer, 2007).
11. Sahip olunan çocuk sayısının fazlalığı ile ebeveynlerin çocuklara eşit ve yeterli ilgiyi gösterememesi (Polat, 2001; Güler vd, 2002; Erginer, 2007).

12. Kişisel özellikler (Zeytinoğlu, 1999; Erginer, 2007).
13. Kültürel açıdan toplumsal özellikler, gelenek ve görenekler (Zeytinoğlu, 1999; Polat, 2001; Erginer, 2007).
14. Sağlık ve sosyal hizmetler açısından devlet kurumlarının zayıflığı (Zeytinoğlu, 1999; Polat, 2001; Erginer, 2007).
15. Toplumsal açıdan değişimler ve problemler (Zeytinoğlu, 1999; Polat, 2001).
16. Yasal eksiklikler ve uygulama problemleri (Zeytinoğlu, 1999).
17. Üvey anne veya babaya sahip olmak (Güler vd, 2002).
18. Erken yaşta çocuk sahibi olmak (Erginer, 2007).
19. Stres (Erginer, 2007).
20. Göç (Polat, 2001; Örsel vd, 2011) olarak sayılabilir.

Yaşanan travmanın yarattığı etkilerin kalıcı hale gelmesi, kişisel özelliklere bağlı olduğu kadar, toplum ve çevrenin travmayı algılama biçimine de bağlıdır. Travma yaşayan bireyin, okul, iş, aile, sosyal çevre gibi yaşam alanındaki değişiklikler olayın toplumsal boyutunu oluşturmaktadır. İnsanların çoğu çocukluk döneminde istemedikleri durumlarla karşılaşır veya strese maruz kalır ancak bu durum normal koşullarda travmaya dönüşmemektedir. Yaşanan olayın yoğunluğu, şiddeti, bireyin olayı algılama biçimi, dayanma gücü, olayın geliştiği aile ve çevre yapısı gibi faktörler yaşantıya travmatik bir boyut kazandırabilmekte, bu şekilde bireyin tüm hayatını etkileyecek psikolojik sonuçlar doğurabilmektedir (Friedeman, 2000).

Yaş, cinsiyet, etnik grup, din, ırk, sosyal statü ve ekonomik seviye gözetmeksizin her çocuk kötü muameleye maruz kalabilmektedir. Ancak ailelerin ve çocukların bazı yapısal özellikleri riski arttırmaktadır. Bu risk faktörleri 3 grupta incelenmektedir (Horton and Cruise, 2001):

Ebeveyn Özellikleri:

Bu grup düşük özgüven, yetersizlik hissi, depresyon, anksiyete, alkol-madde kullanımı ve/veya bağımlılığı, öfke kontrol problemleri, ebeveyn olmanın verdiği sorumluluğa bağlı stres, psikolojik rahatsızlıklar, genç ebeveyn olmak, dış denetime bağlı olmak, çocuğun davranışlarına olumsuzluk yüklemek, empati güçlüğü, aile kökeninden gelen şiddete yatkınlık veya ihmal/istismar yaşantıları, çocuk gelişimi ile ilgili bilgi eksikliği ve uygunsuz beklentilere sahip olmak, ebeveynlik tutumundaki

yanlışlıklar ve beceri yetersizlikleri gibi maddeleri içermektedir.

Çocuğun Özellikleri:

Yaşın küçük olması, zor bir karakter yapısına sahip olmak, fizyolojik ve zihinsel kapasitedeki bozukluklar veya yetersizlikler gibi maddelerdir.

Aile Özellikleri:

Geniş aile yapısı, ebeveynlerden birinin olmayışı ve tek kişiye fazla sorumluluk düşmesi, sosyal izolasyon, sosyo-ekonomik seviyenin düşüklüğü, aile üyeleri arasındaki bağların zayıf oluşu, üyeler arasında çatışmalar yaşanması gibi maddelerdir.

2.8.4.Travma Türleri

Çocukluk dönemi travmaları aniden ve beklenmedik şekilde oluşan ve bireyin fiziksel ve ruhsal dengesini ve yaşamını tehdit eden olayları içermektedir (Tyano etc., 1996; Pfefferbaum and Allen, 1998).

Çocukluk çağı travmaları, ihmal ve istismar olarak ikiye ayrılır. Bu iki olguyu ayıran en önemli özellik ihmalin pasif, istismarın ise aktif bir eylem biçimi olmasıdır (Polat, 2004).

İhmal, ebeveynlerin çocuğun gelişimi için gerekli olan güvenli ve sağlıklı ortamı yaratamaması ve çocuğun güvenliğini sağlayamamasıdır. Anne ve/veya babanın çocuk ile ilgilenmemesi, iletişim kuramaması, konuşmaması ve sorularını yanıtsız bırakması, çocuğun beslenmesiyle ilgilenmemesi ve bakımını sağlayamaması gibi eylemleri içerir. İhmal fiziksel ve duygusal ihmal olarak ikiye ayrılır.

Kötüye kullanım yani istismar ise, başta ebeveynler olmak üzere çocuğun hayatının her alanından sorumlu kişilerin ve diğer yetişkin bireylerin yaptığı veya yapmadığı eylemler neticesinde çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel veya sosyal açıdan zarara uğraması veya güvenliğinin tehdit altında olması olarak değerlendirilebilir, yapılan eylemlerin bilinçli yapılması veya çocuk tarafından algılanması gereklilik içermemektedir (Turla, 2002). Genel olarak, ikili ilişkilerde bir tarafın diğerini kasti ve zarar verecek şekilde kullanması denebilir. Çocuk istismarı, çocuğa yönelen eylemin türü, nedeni ve çocuk üzerinde yarattığı etki açısından üç grupta incelenmektedir. Bunlar; cinsel, fiziksel ve duygusal istismardır (Kepenekçi 2001; Şahiner vd, 2001; Kaplan, 1999).

2.8.4.1.Fiziksel İstismar

Brown ve Anderson 'a (1991) göre fiziksel istismar, bir bireyin 18 yaşından önce, kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi veya 2 yaş büyük bir aile üyesi tarafından saldırıya maruz kalmasıdır; birey bunu kardeş rekabeti veya aile içi çatışma gibi algılamış olmamalıdır, bu tanım fiziksel temas içermeyen arkadaş kavgalarını kapsamamaktadır (Türkoğlu vd, 2000). Fiziksel istismar en geniş anlamda, çocuğun kaza dışı yaralanması olarak tanımlanabilir (Runyan etc., 2002). En yaygın ve tespit edilmesi en kolay istismar türüdür. Dövme, ısırma, yakma, tekmeleme, zehirlenme gibi her çeşit eylem fiziksel kötüye kullanım anlamına gelir genellikle itaati sağlamak, cezalandırma veya öfke boşaltma amacıyla çocuklara uygulanmaktadır. Mazur görülemeyecek nedenler ile fiziken ve gereksiz cezalandırma eylemleri de fiziksel istismar kabul edilir, darbelere bağlı olarak, deri, kafa, iç organlar ve iskelet sistemi hasar görebilir (Kaplan, 2002; Tıraşçı ve Gören, 2007). Fiziksel istismar hakkında çeşitli tanımlar olsa da ortak nokta, çocuğun sağlığını zedelemesi ve yaralanmalara neden olmasıdır. Çoğunlukla vakaların çoğunda; kanamalar, çürükler, morarmalar, yanık izleri, kırıklar ve iç kanama bulgulanmıştır (Pelcovitz etc., 2000). Ancak en önemli problem istismar olarak nitelendirilen bu davranışlar, bazı toplumlarda ve farklı kültürlerde istismar olarak algılanmamakta hatta çocuğun disipline edilmesi ve otorite sağlamak için kullanılmaktadır (Topbaş, 2004). Ülkemizde yapılan araştırmalar, toplumumuzda fiziksel cezalandırmanın bir disiplin aracı olarak kullanıldığını özellikle geleneksel aile yapılarında, sözel uyarılar yerine fiziksel cezalandırma uygulandığını göstermiştir (Ayan, 2007).

Fiziksel kötüye kullanımın oluşumunda, ailedeki psikiyatrik rahatsızlıklar, alkol ve madde kullanımı, ebeveynlerden birinin olmaması, ebeveynin çocukluğunda kendisinin de istismara uğramış olması, ebeveynlik yaşının küçük olması, ekonomik problemler, ailede çok fazla sayıda çocuk olması, stres, sosyal destek yoksunluğu, ve

etnik problemler gibi çevreden kaynaklı dış faktörler ve çocuğun kendisine ait nedenlerin komorbid bir şekilde etkili olduğu bulunmuştur (Bulut, 1996; Kaplan, 2002; Taner ve Gökler, 2004). Yapılan araştırmalarda fiziksel istismarın en çok bebeklere ve okul öncesi yaştaki çocuklarda görüldüğü tespit edilmiştir. Bunun sebebi bu çocukların henüz kendilerini ifade edebilecek yetkinliklerinin olmayışından kaynaklanmaktadır (Bilir vd, 1991). Fiziken örselenen çocuk, yetişkinlerle temastan kaçınır her türlü dokunmadan ürker, yakın ilişki kurmada problem yaşar, ilişkileri yüzeysel olur, sosyal becerileri düşüktür hatta ebeveynlerinden korkar, bakışları donuklaşabilir, yalan kapasitesi artar, korktuğu durumlarda tepkisiz kalır, ağlama yetisi düşer. Bunun yanı sıra emosyonel yoğunluğu az, davranışları aşırıdır, çok saldırgan veya çok içe dönüktür, öfkesi fazladır. Dikkat çekebilmek adına kolayca yanlış eylemler sergileyebilirler (Bilir vd, 1991; Tıraşçı ve Gören, 2007).

Fiziksel istismarın çocuklar ve ergenler üzerinde yarattığı etki birçok çalışmanın konusudur. Bazı araştırmaların sonuçlarına göre; fiziksel istismara maruz kalan çocuk kaygı bozuklukları yaşamakta, içine kapanık olmakta, benlik saygısı düşmektedir. Saldırganlık ve şiddete eğilim artış göstermektedir, şiddetli bir fiziksel ceza uygulamasına maruz kalan çocuk korku, çaresizlik ve değersizlik hissetmektedir. Çocuklukta fiziksel şiddete uğrayan çocuklarda yoğun kaygı, depresyon ve sosyal ilişkilerde zayıflık erişkinlik döneminde gözlemlenen problemlerdir. (Güner vd, 2010). Bilişsel bozukluklar, özkıyım düşünceleri ve girişimleri, duygusal problemler, ahlaka aykırı davranışlar ve sapkın cinsel eylemler, suç ve şiddete yönelim, hiperaktivite, alkol ve maddeye yönelim ve/veya bağımlılık, psikiyatrik problemler, sosyal işlevsellikte ve yakın ilişkilerde güçlük yaşamak, çatışma fazlalığı, duygu azlığı, öfke ve istismarın fazla olduğu ilişkiler yaşamak gibi kişilerarası problemlere neden olmaktadır (Ayan, 2007; Kaplan, 2002; Kaplan vd, 1999; Lewis, 1992; Livingston, 1987; Taner ve Gökler, 2004).

2.8.4.2.Duygusal İstismar

Duygusal istismar kavramı, 1983 yılında gerçekleşen Uluslararası Duygusal İstismar Toplantısı'nda, "çocuk ve genç bireylerin psikolojik bakımdan kötüye kullanılması, uygulanan veya uygulanması gerekli olan ancak ihmal edilen, ortak

standartlara göre psikolojik bakımdan zarar verici olduğu kabul edilen eylemlerdir” biçimindeki ortak tanımla açıklanmaktadır (Polat, 2001). Genç bir bireye duygusal veya ruhsal sağlığını riske atacak ve bozacak derecede sözel tehdit, alay veya aşağılayıcı yorumlarda bulunulmasıdır (Walker etc., 1988). Çocuğun bakımından sorumlu kişilerce, olumsuz olarak etkilendikleri tutum ve muameleye maruz kalması, gerekli olan ilgi, sevgi ve bakımı alamamasıdır. Dokunulma, güven hissi, sınırların farkındalığı, sosyalleşme, kendini değerli hissetme çocuğun ruh sağlığının olumlu gelişimi açısından gereken temel ihtiyaçlardır, duygusal kötüye kullanım bu ihtiyaçların bir veya birkaçının eksik bırakılmasıdır (Aysev ve Taner, 2007). Ebeveyn ve diğer yetişkinler, çocuktan fazla beklenti ve istek içindedirler, saldırgan sözler sarf ederler, duygusal ve sosyal kimlik gelişimini bozacak eylem veya eylemsizliklerde bulunurlar (Runyuan etc., 2002; Taner ve Gökler, 2004; Gökler, 2006).

Çocuğa yönelik reddetme, aşağılama, bağırma, küçük düşürme, küfretme, hakaret, yalnız bırakma, korkutma ve yıldırma, tehdit, duygusal ihtiyaçları gidermeme, yaşından fazla sorumluluk yükleme ve beklenti, kardeş ayrımı, değersizlik, önemsememe, alay etme ve lakap takma, baskıcı ve otoriter tutum, aşırı koruyuculuk gibi fiziksel bir tehdit unsuru olmayan ancak duygusal olarak ağır ceza ve çocuğun gelişimi açısından tehdit kabul edilen eylemlerin tamamı duygusal istismar olarak kabul görmektedir (Polat, 2007; Runyuan etc., 2002; Taner ve Gökler, 2004).

Duygusal istismar tek başına, cinsel ve fiziksel istismarla beraber veya cinsel ya da fiziksel istismarın bir uzantısı olarak görülebilmektedir. Diğer istismar türlerine kıyasla daha fazla karşılaşılan bir olgu olmasına rağmen, somut bulguları olmadığından fark edilmesi, tanımlanması ve ispatlanması zor olmaktadır (Kara vd, 2004; Taner ve Gökler, 2004; Runyuan etc., 2002). Bunun yanında fiziksel ve cinsel kötüye kullanımın izleri kaybolduktan sonra bile duygusal istismarın devam ettiği görülmektedir (Erkman, 1999). Yapılan araştırmalara göre, Türkiye’de en sık karşılaşılan istismar türü %78 oranıyla duygusal istismardır (Turhan vd, 2006). Duygusal istismar grubuna giren davranışlar altıya ayrılır, bunlar; “reddetme, aşağılama, yalnız bırakma, suça yöneltme, kendi çıkarına yönelik kullanma, zamanından önce erişkin birey rolüne sokma” dır (Shull, 1999).

Duygusal istismarın alt yapısında çocuğun psikolojik zarar görmesi bulunmaktadır. Bu iki temel neden bağlıdır ve ilki çocuğun bakımından sorumlu kişi

tarafından olumsuz tutum ve eylemlere maruz kalmaları, ikincisi ise gerekli ilgi ve sevgiyi alamamalarıdır (Polat, 2001). Bu gereksinimler ise şunlardır:

- Dokunulma; çocuğa yönelik ilgi ve geribildirim verilmesi, sarılmak, kucaklamak, cesaretlendirmek, övmek ve sıcak yaklaşımlar göstermek.
- Güven; çocuğu tehlikelerden korumak ve sağlığıyla yakından ilgilenmek.
- Düzen ve yapı; çocuğa doğru yol göstermek, uygun rol model olmak, yapması ve yapmaması gereken davranışları belirtmek.
- Sosyalleşme; çocuğa yeterli zaman ayırmak, dış dünyayı ona anlatmak ve köprü görevi görmek, çocuğun duygularını olduğu gibi anlamak ve anlatabilmek.
- Uyarılma; çocuğun dünyasındaki zevk, acı, neşe gibi duyguları harekete geçirmek.
- Kendini değerli görmek; çocuğa kendisini değerli hissettirecek davranışlarda bulunmak.

Duygusal istismarın oluşum sebeplerine bakıldığı zaman sosyokültürel yapının etkili olduğu görülmektedir. Toplumun her kesiminde karşılaşılacakla beraber toplumdaki daha kopuk ve uzak yaşayan ailelerde daha fazla ve sık karşılaşmaktadır. Bununla birlikte ekonomik problemler, işsizlik, uygunsuz fiziki koşullarda duygusal istismar riskini arttıran faktörlerdendir. Ebeveynlerin çocuğun bakımını kontrole dayandırdığı, düşmanca tavırlar sergilediği ve şefkat göstermediği aile yapılarında, çocuklarda gelişim ve davranış bozukluklarıyla karşılaşmaktadır (Polat, 2007). İstismar oluşumunda aile, çocuk ve çevreyle alakalı nedenler beraber etkili olmaktadır (Taner ve Gökler, 2004).

Duygusal istismar, çocuk üzerinde derin izler bırakarak, gelişim dönemi ve sonrasında çocukta farklı problemler oluşmasına neden olabilmektedir (Gökler, 2006; Runyuan etc., 2002; Yavuzer, 2003). Bireylerde bu olumsuz sonuçların oluşmasında, bireyin içinde olduğu durum, kendisine yönelik olan davranış algılama biçimi de etkili olmakta ve bu algılama biçiminde toplumsal kabul ve kültürel faktörlerin etkisinin önemli olduğu görülmektedir (Erkman, 1999).

Duygusal olarak istismara uğramış çocuklarda parmak emme, ısırma, sallanma, beslenme problemleri, saldırganlık, hırsızlık, suça yönelim, uyku bozuklukları, oyun oynamaktan çekinme, gerçek olmayan korkular, obsesyonlar ve kompülsiyonlar, fobiler, boyun eğme, pasiflik, mantıksız istekler ve davranışlar, düşük benlik algısı,

gerginlik ve kaygı, aileden uzaklaşma, bağımlı kişilik özellikleri , değersizlik algısı, aileye karşı pasif agresif tutumlar sık görülmektedir (Bilir vd, 1991; Kulaksızoğlu, 2001; Kara vd, 2004). Yapılan araştırmaya göre, duygusal istismara uğramış ve uğramamış ergen bireylerin benlik algıları ile depresyon ve kaygı düzeyleri karşılaştırılmıştır. Algılanan duygusal istismar oranı yükseldikçe benlik algısına yönelik puanların ters orantıyla düştüğü, depresyon ve kaygı puanlarının ise yükseldiği bulunmuştur (Siyez, 2003). Yine yeme bozuklukları için son yıllarda duygusal kötüye kullanım göz önünde bulundurulmaya başlanmış ve diğer istismar türlerinde olduğu gibi duygusal istismarla yeme problemleri arasında bir ilişki olduğu düşünülmüştür. Duygusal istismar cinsiyet farketmeksizin beden algısını bozmakta ve öz benlik saygısını düşürmektedir. Çocukluk dönemindeki travmatik yaşantıların aleksitimiye, duygusal bozukluklara, beden davranış değişikliklerine ve yeme bozukluklarına sebebiyet verdiği bildirilmiştir (aktaran Ağırman ve Maner, 2010) (Kent and Wallger, 2000; Gerke etc., 2006).

2.8.4.3.Cinsel İstismar

Cinsel istismar en basit tanımıyla 18 yaşından küçük ve psikososyal gelişim sürecinin tamamlanmamış bir bireyin kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi veya en az 2 yaş büyük bir aile bireyi tarafından, okşamaktan cinsel ilişkiye kadar uzanan geniş aralıkta bir cinsel kullanıma maruz kalmasıdır (Brown and Anderson, 1991). Cinsel kötüye kullanım bir çocuk ve yetişkin arasında olabildiği gibi, diğer çocuğun yaşının anlamlı derecede büyük olması veya zor kullanması koşuluyla iki çocuk arasında da gerçekleşebilir, bir defa veya birçok kez olmuş olabilir (Kaplan, 2002).

DSÖ (2006) ise cinsel istismarı bir çocuğun henüz idrak edemediği ve bilinçli bir şekilde rızası olmayan, gelişimsel olarak hazır olmadığı zamanda ve toplumsal kanunlara aykırı biçimde cinsel eylemlere dahil olması olarak tanımlamaktadır. Çocuk istismarına ilişkin tanımlamalar yaş farkı, istismarcının kullandığı yöntemler ve kurbanın gördüğü zarar göz önünde bulundurularak çeşitlendirilmektedir. Cinsel kötüye kullanım çeşitleri; cinsel öneri ve konuşmalar, seksi yorumlar, röntgencilik, cinsel temas, dokunma, okşama, oral seks, anal veya genital penetrasyon, cinsel organın bacaklar arasına yerleştirilmesi, pornografi ve fuhuş olarak ayrılmaktadır (Page, 2004).

Cinsel istismar gizli bir biçimde oluşur ve duygusal açıdan çok fazla yıkım yaratıyor oluşu bu durumun açığa çıkmasını geciktirmektedir. Bu nedenle çocukluk dönemi cinsel kötüye kullanımı saptanması en zor istismar türüdür. En travmatik ve acı verici olan ancak en az tespit edilen istismar türü olarak belirlenmiştir (Page-Zara, 2004). Toplumda çok sık karşılaşılan bir olgu olmasına rağmen, gizlenmesi sebebiyle %5-%10'u açığa çıkmaktadır (Turhan vd, 2006) bunun sebebi ise toplum baskısı ve önyargısı veya kurbanın gizleme eğilimidir. Çocuğun gizleme nedeni ise kendisine inanılmayacağı düşüncesi, duygusal veya ekonomik sebeplerden istismarcıya zarar vermek istememesi, tehdit ve şantaj, bu davranışları anlayabilecek yetkinlikte olmaması, ailesiyle yeterli açıklıkta iletişim kuramıyor oluşu ya da erkek çocukları için homoseksüel olarak değerlendirileceği kaygısı olabilmektedir (Aktepe, 2009; Yağmur vd, 2008; Zoroğlu vd, 2001).

Cinsel kötüye kullanımın gözlemlendiği aileler çoğunlukla işlevsellik açısından zayıf ailelerdir ve psikiyatrik rahatsızlıkları, alkol-madde kullanımı, cinsel problemler gibi patolojik durumlar ya da ebeveynlerde boşanma, sosyal yalnızlık rol çatışmaları gibi sorunlar gözlemlenmektedir (Aktepe, 2009; Taner ve Gökler, 2004; Tıraşçı ve Gören, 2007, Yağmur vd, 2008). İstismara uğrayan çocuklarda erken süreçte duygusal ve davranışsal değişimler görülmektedir. Anksiyete ve kaygı bozuklukları, post-travmatik stres bzuokluğu, gündüz rüyaları, histeri atakları, kişilik bozuklukları, düşük özgüven, özkıyım düşüncelerinin oluşturduğu depresyon, dürtüsel eylemler, dikkat bozuklukları, seksüel hareketler, cinsel davranış bozuklukları bu değişimlerin oluşturduğu sorunların bazılarıdır (Bernet, 2000; Nurcombe, 2000; Elliot ve Peterson, 1993). Yaşanmış olan travma uzun sürece yayılarak erişkinlikte de süregelen problemlerin kaynağını oluşturmaktadır. Birçok sebepten ötürü bastırılan, unutmak için fazla çaba sarf edilen çocukluk dönemi cinsel istismar yaşantıları yetişkinliğinde kişinin fiziksel, sosyal ve psikolojik yaşamını olumsuz olarak etkiler (Page-Zara, 2004). Kronik hale gelmiş düşük öz güven, çaresizlik ve değersizlik hissi, kendine acıma ve nefret duygusu, kişiler arası ilişkilerde zorluk, yeme problemleri, intihar girişimleri, suç eğilimi, alkolizm ve madde bağımlılığı gibi problemler bunlardan bazılarıdır (Bostancı vd, 2006; Nurcombe, 2000; Yanık ve Özmen, 2002).

Cinsel kötüye kullanımın uzun vadeli etkilerini inceleyen bir araştırmada, cinsel istismarın uzun dönemde olumsuz etkileri olan ciddi bir problem olmakla birlikte ailesel

patolojiler, güç tehdidi gibi tanımlanması zor olan bir takım özel sorunları da ortaya çıkarabildiği vurgulanmıştır. Çocukluğunda bu travmaya maruz kalmış erişkin kadınların çoğunlukla cinsel karmaşalar, işlev bozuklukları, eşcinsel tecrübeler yaşadıkları ve depresyon geçirdikleri ispatlanmıştır. Buna ek olarak anksiyete, çoklu kişilik bozukluğu ve yetişkin erkeklerde cinsel işlev bozuklukları istismar vakalarında karşılaşılan ve bireyin hayatını olumsuz olarak etkileyen sonuçlar olarak değerlendirilmektedir (Beitchman etc., 1992).

2.8.4.4.İhmal

İhmal beslenme, güvenlik, eğitim, tıbbi tedavi gibi fiziksel bakımının yapılmaması ya da sevgi, destek, ilgi, duygusallık, terbiye, bağlanma gibi duygusal ihtiyaçlarının çocuğun anne, baba veya temel bakımından sorumlu kişiler tarafından karşılanmaması veya göz ardı edilmesi olarak tanımlanabilmektedir (Polat, 2007; Walker etc., 1988). İhmal tek bir yoksunluk içermez ve ikiye ayrılır; bunlar duygusal ve fiziksel ihmaldir. Fiziksel ihmal; çocuğu terk etmek, gerekli tıbbi ihtiyaçlarını karşılamamak, eksik veya geç karşılamak, çocuğu tek başına bırakmak, çocuğu eve kabul etmemek, beslenme, temizlik, bakım gibi ihtiyaçlarını gidermemek, güvenliğini sağlamamak, dikkatsiz ve özensiz davranmak, eğitim ve okulunu önemsememek ve takip etmemek gibi maddeleri içermektedir. Duygusal ihmal ise, çocuğun psikolojik açıdan ihtiyaçlarını gidermemek, ilgisiz bırakmak, ilgisiz davranmak, şefkat göstermemek, sosyal gelişimini desteklememek, toplumsal kuralları öğretmemek gibi maddeleri içermektedir (Kaplan, 2002; Polat, 2004). Fiziksel ihmali saptamak daha kolayken, duygusal ihmali saptamak bir hayli zordur (Bilir vd, 1999; Lynch, 1999; Polat, 2007). Büyüme ve gelişim problemi olan ve psiko-sosyal uyum güçlüğü yaşayan çocuklarda ihmal göz önünde bulundurulmalıdır (Tıraşçı vd, 2007; Topbaş, 2004; Yılmaz vd, 2003; Johnson, 2000).

Kötü bakım olarak da adlandırılabilen ihmal, ister kötü niyetten ister bilgisizlikten kaynaklansın, fizikseli duygusal ve eğitimle alakalı gereksinimlerin göz ardı edildiği gerçeğini değiştirmemektedir (Polat, 2007). Çocuklarını ihmal eden ailelerde, zihinsel rahatsızlıklar, sosyal ve ekonomik seviyede düşüklük, suç oranında yükseklik, aile içi şiddet, alkol ve madde bağımlılığı gibi problemler gözlemlenmektedir

(Clark etc., 2007; Polat, 2007). İhmal ve istismar görülen çocuklarda depresif semptomlar, davranış bozuklukları, öğrenme problemleri, çoğunlukla alkol ve madde kullanımı, kendine ve çevresine zarar verme davranışları, düşük özgüven ve benlik saygısı gibi sorunlar görülebilmektedir (Güler vd, 2002).

Ülkemize bakıldığı zaman ihmal ve istismar yaşantıları ve çeşitli türlerinin beraber meydana geldiği görülmektedir. Örneğin sıklıkla istismara maruz kalan çocuklarda birçok açıdan ihmalde görülmektedir. Literatür incelendiği zaman istismar ve ihmal fiziksel, duygusal ve cinsel açıdan incelenmektedir (Ünal, 2008).

2.9.Alkol-Madde Bağımlılığı ve Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi

Yapılan araştırmalar sonucunda çocukluk çağı travmalarıyla çeşitli psikoaktif madde ve alkol kullanımı arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Yapılmış olan diğer çalışmalara göre ise madde bağımlısı hastalarda çocukluk çağı istismar ve ihmalinin yaygın olduğu görülmüştür (Dunn etc., 1994; Windle etc., 1995; Schaefer etc., 1988; Simpson and Miller, 2002; Triffleman etc., 1995; Westermeyer etc., 2001). Madde bağımlılılarıyla yapılmış olan bir çalışmada yaklaşık olarak 1/3'ünde fiziksel istismar olduğu (Schaefer etc., 1988), %34-77 aralığında en az bir çeşit çocukluk istismarı olduğu görülmüştür (Dunn etc., 1994; Triffleman etc., 1995). Yine yapılmış olan geniş çaplı bir araştırmada 650 kişiden oluşan alkol-madde bağımlısı örnekleminin %30,4 'ünde çocukluk çağı istismarı tespit edilmiş ve istismara maruz kalmış bireylerin bağımlılık şiddetinin diğer hastalara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda bu kişilerde hayat boyu tedaviye başvurma oranı daha fazladır ve bağımlılık süreçleri daha ağır ilerler (Westermeyer etc., 2001). Alkol ve madde bağımlılılarıyla yapılmış olan başka bir çalışmada ise çocukluk dönemi istismar ve ihmal alkol bağımlılarına kıyasla madde bağımlılarında daha çok görülmüştür (Evren ve Kural, 2006).

BÖLÜM III

YÖNTEM

3.1.Araştırmanın Modeli

Bu araştırma alkol ve madde bağımlısı hastalarda çocukluk çağı travmalarının alkol ve madde kullanımına yordayıcı etkisinin incelenmesi amacıyla yapılmış kesitsel bir araştırmadır.

3.2.Evren ve Örneklem

Bu araştırmaya; NP İstanbul Beyin Hastanesi, AMATEM (Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma Tedavi ve Eğitim Merkezi) Kliniği'nde yatarak tedavi gören, alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış olan toplam 60 hasta ve kontrol grubu olarak belirlenmiş toplumdaki rastgele seçilmiş olan 50 sağlıklı bireyle beraber toplam 110 kişi alınmıştır. Araştırmaya dahil edilen bireyler eşit cinsiyet dağılımında olmamakla beraber, 3 bağımlı kadın hasta ve 57 bağımlı erkek hasta; 32 sağlıklı kadın ve 18 sağlıklı erkek olmak üzere toplamda 35 kadın 75 erkekten oluşmaktadır. Araştırmanın evreni NP İstanbul Beyin Hastanesi'nde yatan alkol ve madde bağımlısı hastalar ile toplumdaki sağlıklı bireyler oluşturmaktadır. Araştırmanın örneklemini ise NP İstanbul Beyin Hastanesi AMATEM bölümünde yatarak tedavi gören 60 alkol ve madde bağımlılığı tanısı almış olan hasta ve toplum içerisinde rastgele seçilmiş 50 sağlıklı bireyden oluşmaktadır.

3.3.Dahil Olma ve Dışlama Kriterleri

Örneklemin dahil olma kriterleri alkol ve madde bağımlılığı grubu için: klinik olarak alkol veya madde bağımlılığı tanısı almış olmak, 18 yaş üstü olmak, okuma-yazma biliyor olmak; sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu içinse bilinen klinik bir alkol veya madde bağımlılığı tanısına sahip olmamak, 18 yaş üstü olmak ve okuma yazma biliyor olmaktır. Dışlama kriterleri ise, her iki grup içinde klinik görüşmeyi ve ölçek doldurmayı engelleyecek klinik tanılı hastalığa sahip olmak ve fiziksel ya da mental kısıtlılığa sahip olmaktır.

3.4. Veri Toplama Yöntemleri

Araştırmada “Michigan Alkolizm Tarama Testi”, “DAST-10 Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi”, “Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği” ve Sosyodemografik Veri Formu kullanılmıştır.

3.4.1. Sosyodemografik Veri Formu (EK.2.)

Sosyodemografik form, araştırmacı tarafından hazırlanmış ve araştırmaya katılan bireylerin kişisel bilgilerini öğrenmek amacıyla oluşturulmuştur. 17 sorudan oluşan bu form yaş, cinsiyet, medeni durum, kiminle beraber yaşadığı, çocukluklarını geçirdikleri yer, gelir düzeyleri, meslekleri, eğitim durumları, çocukluk dönemi ve güncel aile yapısı, anne-baba tutumu ve medeni durumu, fiziksel veya psikiyatrik bir hastalığın varlığı ve alkol/madde kullanımı, hastanede yatış sayısı gibi soruları kapsamaktadır.

3.4.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) (EK.3.)

Özgün adı “Childhood Trauma Questionnaire” (CTQ) olan ölçek, 1994 senesinde D.P. Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilmiş daha sonrasında 1995 yılında 54 maddeye düşürülmüş ve 1998 senesinde tekrar yapılandırılarak 28 maddeden oluşan kısa form olarak düzenlenmiştir. Çocukluk dönemindeki fiziksel, cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük taramayı hedefleyen 28 maddelik bir öz bildirim ölçeğidir (Bernstein etc., 2003). Ölçeğin Türkçeye uyarlama ve

geçerlik-güvenilirlik çalışması 1996 yılında Şar tarafından yapılmıştır (Şar vd, 2012). 28 maddeden oluşan ve 1-5 likert tipi olan ölçek, çocukluktaki duygusal, fiziksel, cinsel istismar ile duygusal ve fiziksel ihmali değerlendiren alt ölçeklere sahiptir. Ölçeğin uygulandığı kişi kendi başına cevaplar uygulama süresi ortalama 5 dakikadır ve 12 yaş üzeri bireylere uygulanabilmektedir (Bernstein etc., 2003). Ölçekte 5 adet fiziksel istismar, 5 adet cinsel istismar, 5 adet duygusal istismar, 5 adet duygusal ihmal ve 5 adet fiziksel ihmal ölçmek amacıyla oluşturulmuş 25 soru bulunmaktadır ayrıca aldatıcı özellikte tasarlanmış 3 adet minimizasyon sorusuyla beraber toplam 28 sorudur. Aldatıcı soruların amacı travmayı küçümsemeyi saptamak ve inkarı ölçmektir. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla ve (5) çok sık olarak verilmektedir. Her soru 1-5 arasında puanlandırılmaktadır ve travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve total puanın ayrı ayrı hesaplanmasına imkan tanımaktadır. Fiziksel istismar alt ölçeği 8, 9, 10, 14, 16'ncı, cinsel istismar alt ölçeği 19, 20, 22, 23, 26'ncı, duygusal istismar alt ölçeği 2, 7, 13, 17, 24'üncü, fiziksel ihmal alt ölçeği 1, 3, 5, 15, 28'inci (ters kodlama), duygusal ihmal alt ölçeği 4, 6, 12, 18, 27'nci (ters kodlama) maddeleriyle hesaplanmaktadır. Kişinin travmayı küçümseme ve inkarı 11, 21 ve 25'nci maddeler ile hesaplanır. Ters kodlamanın anlamı verilen cevaplarda 1'leri 5, 2'leri 4 şeklinde hesaplamaktır. Duygusal istismar 12-60, fiziksel istismar 7-35, cinsel istismar 7-35, duygusal ihmal 16-80, fiziksel ihmal ise 9-40 arasında puan almaktadır. Her ölçek tek tek toplanır ve 5'e bölünür ayrıca ölçek toplam puanı da hesaplanabilir ve bu puanda 54-270 aralığındadır. Her bir travma ile ilişkili faktörler için Cronbach alfa değeri, yüksek iç tutarlılık gösterecek biçimde 0.79-0.94 aralığında değişmektedir (Bernstein etc., 2003; Bernstein and Fink, 1998; Bernstein etc., 1994; Fink etc., 1995).

3.4.3.DAST-10 Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi (EK.4.)

DAST-10 ölçeği toplam 10 maddeden oluşan ve madde kullanım problemi olan bireylerin madde kullanımını tespit etmek amacıyla geliştirilmiş bir ölçektir. DAST-10 ölçeğinin geçerlik çalışması DUDIT (Madde Kullanım Bozukluğu Tanıma Testi) ile ilişkisine bakılarak yapılmış ve Cronbach alfa değeri 0.92 olarak bulunmuştur. Yüksek konverjan gösteren ($r=0.76$) ve psikometrik ölçüm aracı olarak güvenilir bulunmuş bir ölçektir. Bunun yanında DAST-10, alkol kullanım bozukluğuna sahip hastaları madde

kullanım bozukluğuna sahip hastalardan anlamlı düzeyde ayırt etmiş ve ayırıcı geçerlilik göstermiştir. Yapılan bu çalışmadan elde edilen sonuçlar DAST-10'un madde kullanım bozukluğu olan Türk hastalarda tek boyutlu yapıda ölçüm yapan geçerli ve güvenilir bir madde kötüye kullanımı tarama ölçeği olduğunu desteklemektedir (Evren vd, 2013).

3.4.4. Michigan Alkolizm Tarama Testi (EK.5.)

L.E. Gibbs tarafından geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeği olan ölçeğin özgün adı "Michigan Alcoholism Screening Test" tir (MAST). (Aydemir ve Köroğlu, 2006). Geliştirilme amacı, alkol bağımlılığı geliştirme riski bulunan veya alkol bağımlısı bireyleri saptamaktır. Bu test ayrıca alkol kullanım problemi varsa bunun da düzeyini göstermektedir (Gibbs, 1983). Ölçeğin Türkçe'ye uyarlanması ve geçerlik-güvenilirlik çalışması Coşkunol ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır. Alkol bağımlılığını değerlendirme açısından yüksek seviyede duyarlı bir ölçek olduğu saptanmıştır (Coşkunol vd, 1995). 25 sorudan oluşmaktadır ve alkol kullanım ve sonuçlarını, alkol kullanımının kişiler üzerindeki etkisini, kişilerarası ilişkileri, iş performansını ve sağlığı değerlendirmek için tasarlanmıştır. Cevaplandırılması evet-hayır şeklinde, bireysel olarak cevaplanan ve süresi 10-15 dakika olan bir testtir (Aydemir ve Köroğlu, 2006; Gibbs, 1983). Her soru farklı bir puan değerine sahiptir. 1, 4, 6, 7.nci sorulara alkol kullanım problemi yaşıyan kişilerin yanıtları olumsuzdur. 3, 5, 9,16.ncı sorulara 1 puan, 1, 2, 4, 6, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 18, 21, 22, 23 ve 24'ncü sorulara 2 puan, 8, 19, 20'nci sorulara 5 puan verilmektedir. Cevapların olumlu olduğu soruların puanları toplanır (Aydemir ve Köroğlu, 2006). Klasik puanlamada 5 puan ve üzeri alkolizmi, 4 puan olası alkolizmi, 3 ve altı puanlar ise alkolizm olmadığını göstermektedir. Ancak kesme noktası 5 puan olarak kabul edildiğinde alkol bağımlısı olmayan bireylere de alkol bağımlılığı tanısının konabileceği ve bu yüzden kesme noktasının 6 veya 7'ye çıkarılmasının uygun olduğu belirtilmektedir (akt. Coşkunol vd, 1995). 3, 5, ve 2'nci sorular özgüllüğu en yüksek, 24, 27 ve 18'nci sorular ise duyarlılığı en yüksek sorulardır (Aydemir ve Köroğlu, 2006).

3.5.Uygulama

Araştırmada, rneklem gruplarının kişisel bilgilerini edinmek için hazırlanmış sorular Ek 1’de görüldüğü Şekilde sosyodemografik görüşme formu hazırlanmıştır. Sosyodemografik veri formundan önce hastalara çalışma amacını anlatan ve katılımın gönüllülük esasına dayalı olduğunu vurgulayan ‘‘Aydınlatılmış Onam Formu’’ (Ek-5) verilerek okuyup imzalamaları sağlanmıştır. Araştırmayla ilgileri bilgilendirmeyi içeren onam formu ve sosyodemografik bilgi formundan sonra sırasıyla alkol bağımlılığını sorgulamak amacıyla MATT, ocukluk ağı travmalarını sorgulayan T ve madde bağımlılığını sorgulamak amacıyla DAST-10 testleri katılımcılara verilmiştir. Bağımlı hastalardan oluşan çalışma grubuna, sosyodemografik veri formu, T, DAST-10, MATT lekleri, kontrol grubuna ise sosyodemografik veri formu ve T ölçekleri uygulanmıştır.

Araştırmaya başlanmadan önce NP İstanbul Beyin Hastanesi, AMATEM’den gerekli izinler alınmıştır. Mart 2017-Mayıs 2017 tarihleri arasında dışlama ltlerine dayanarak, yatarak tedavi görmekte olan hastaların onayları alınarak ölçekler uygulanmıştır. Araştırmanın yapıldığı süreç boyunca yatan kadın hasta sayısının 3 kişi ile sınırlı olmasından ötürü araştırmanın çoğunluğunu erkek katılımcılar oluşurmaktadır. Kontrol grubunda ise lekler Nisan 2017-Haziran 2017 tarihleri arasında toplumdandan tesadüfen seçilmiş olan 50 kişiye uygulanmıştır.

Çalışmada yer alan soru ve ölçekleri katılımcılar kendileri yanıtlamışlardır. Ancak lekler yanıtlanırken araştırmacı katılımcıların yanında bulunmuş ve katılımcıların sorularını yanıtlandırmıştır. Ölçeklerin uygulanması tahmini olarak 20 dakika sürmüştür. Araştırmaya katılmak istemeyen hastaların katılmama sebepleri ise daha önce benzer ölçekleri doldurmuş olmaları ve hastaneye yatışlarının yeni olması sebebiyle ilaç kullanımlarının fazla oluşu ve bu ilaçların mental olumsuz etkilerinin yüksekliliği olduğu tespit edilmiştir.

3.6. İstatistik Analizi

Çalışmada elde edilen veriler SPSS 21.0 istatistik programında incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin (frekans, yüzde, ortalama, standart sapma) yanı sıra hasta grubu ve kontrol grubu verilerinin arasında anlamlı bir farklılık olup olmadığını test

etmek amacıyla Mann-Whitney U Testi Analizi kullanılmıştır. Bunun devamında, Madde Kullanımı Tarama Ölçeği, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği ve Michigan Alkol Tarama Ölçeği üzerinden alınan ölçek puanlarının birbirleri ile ilişkisini ölçümlemek amacıyla Spearman Korelasyon analizi yürütülmüştür. Sosyo-demografik değişkenler üzerinden gruplar arası farklılıkların olup olmadığını incelemek amacıyla ise Kruskal-Wallis H Testi ve Mann-Whitney U Test analizleri kullanılmıştır.



BÖLÜM IV

BULGULAR

Tablo 1. Demografik Değişkenlerin Sayı ve Yüzde Dağılımı

| Değişkenler | | Bağımlı Grup | | Sağlıklı Grup | |
|--------------------------------|--------------------|--------------|------|---------------|------|
| | | n | % | n | % |
| Cinsiyet | Erkek | 57 | 95,0 | 18 | 36,0 |
| | Kadın | 3 | 5,0 | 32 | 64,0 |
| Yaş | 24 Yaş Ve Altı | 15 | 25,0 | 19 | 38,0 |
| | 25-34 Yaş Arası | 31 | 51,7 | 26 | 52,0 |
| | 35 Yaş Ve Üstü | 14 | 23,3 | 5 | 10,0 |
| Medeni durum | Evli | 20 | 33,3 | 4 | 8,0 |
| | Bekar/Boşanmış | 40 | 66,7 | 46 | 92,0 |
| Eğitim durumu | İlköğretim | 13 | 21,7 | 3 | 6,0 |
| | Lise | 23 | 38,3 | 2 | 4,0 |
| | Üniversite Ve Üstü | 24 | 40,0 | 45 | 90,0 |
| Maddi durum | 2000 TL Ve Altı | 11 | 18,3 | 18 | 36,0 |
| | 2001 TL Ve Üstü | 49 | 81,7 | 32 | 64,0 |
| Kiminle yaşıyor | Yalnız | 13 | 21,7 | 16 | 32,0 |
| | Aile ile | 31 | 51,7 | 26 | 52,0 |
| | Eş ile | 16 | 26,7 | 8 | 16,0 |
| Çocukluğun geçtiği yer | Köy/Kasaba | 3 | 5,0 | 7 | 14,0 |
| | Şehir | 57 | 95,0 | 43 | 86,0 |
| Bebeklik bakımı | Anne | 52 | 86,7 | 38 | 76,0 |
| | Anne-Baba | 8 | 13,3 | 12 | 24,0 |
| Aile tipi | Çekirdek | 35 | 58,3 | 44 | 88,0 |
| | Geniş | 25 | 41,7 | 6 | 12,0 |
| Ailenin çocukluktaki durumu | Bütün | 52 | 86,7 | 46 | 92,0 |
| | Parçalanmış | 8 | 13,3 | 4 | 8,0 |
| Yetiştirilme biçiminin katkısı | Evet | 48 | 80,0 | 46 | 92,0 |
| | Hayır | 12 | 20,0 | 4 | 8,0 |
| Anne-baba medeni durumu | Birlikte | 43 | 71,7 | 41 | 82,0 |
| | Boşanmış | 17 | 28,3 | 9 | 18,0 |
| Aile tutumu | İlgili Koruyucu | 45 | 75,0 | 43 | 86,0 |
| | Titiz Ve Katı | 15 | 25,0 | 7 | 14,0 |
| Bağımlılık tedavisi | Var | 31 | 51,7 | 0 | 0 |
| | Yok | 29 | 48,3 | 0 | 0 |
| Fiziksel rahatsızlık | Var | 10 | 16,7 | 12 | 24,0 |
| | Yok | 50 | 83,3 | 38 | 76,0 |
| Tanılı bir rahatsızlık | Var | 10 | 16,7 | 5 | 10,0 |
| | Yok | 50 | 83,3 | 45 | 90,0 |

Yapılan çalışmada bağımlı grupta 57 erkek (%95,0) ve 3 kadın (%5,0) olmak üzere 60 kişi bulunmaktadır. 24 yaş ve altı olan 15 kişi (%25,0), 25-34 yaş arasında 31 kişi (%51,7) ve 35 yaş ve üstü olan 14 kişi (%23,3) vardır. Bağımlı gruptaki katılımcıların 20'si evli (%33,3) ve 40'ı (%66,7) bekar/boşanmıştır. 13 kişi (%21,7) ilköğretim, 23 kişi (%38,3) lise ve 24 kişi (%40,0) üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir. Maddi durum için bağımlı gruptaki 11 kişi (%18,3) 2000 TL ve altı ve 49 kişi (%81,7) 2001 TL ve üstü gelire sahiptir.

Bağımlı grupta 13 kişi (%21,7) yalnız, 31 kişi (%51,7) ve 16 kişi (%26,7) eşiyile yaşamaktadır. 3 kişinin (%5,0) çocukluk hayatı köy/kasabada ve 57 kişinin (%95,0) şehirde geçmiştir. 52 kişinin (%86,7) bebeklik bakımını annesi ve 8 kişinin (%13,3) anne ve babası yapmıştır. Aile tipi için 35 kişi (%58,3) çekirdek ve 25 kişi (%41,7) geniş ailedir. 52 kişinin (%86,7) çocuklukta ailesi bütüncen 8 kişinin (%13,3) parçalanmıştır. 48 kişi (%80,0) yetiştirilme biçiminin katkısının olduğunu düşünürken 12 kişi (%20,0) düşünmemektedir.

Bağımlı grup için anne babası birlikte olan 43 kişi (%71,7) ve boşanmış olan 17 kişi (%28,3) bulunmaktadır. 31 kişi (%31,7) bağımlılık tedavisi görmüş ve 29 kişi (%49,3) görmemiştir. 10 kişinin (%16,7) fiziksel rahatsızlığı varken 50 kişinin (%83,3) yoktur. 10 kişide (%16,7) tanıli bir rahatsızlık bulunurken 50 (%83,3) kişide bulunmamaktadır.

Yapılan çalışmada sağlıklı grupta 18 erkek (%36,0) ve 32 kadın (%64,0) olmak üzere 50 kişi bulunmaktadır. 24 yaş ve altı olan 19 kişi (%38,0), 25-34 yaş arasında 26 kişi (%52,0) ve 35 yaş ve üstü olan 5 kişi (%10) vardır. Sağlıklı gruptaki katılımcıların 4'ü evli (%8,0) ve 46'sı (%92,0) bekar/boşanmıştır. 3 kişi (%6,0) ilköğretim, 2 kişi (%4,0) lise ve 45 kişi (%90,0) üniversite ve üzeri eğitim seviyesindedir. Maddi durum için sağlıklı gruptaki 18 kişi (%36,0) 2000 TL ve altı ve 32 kişi (%64,0) 2001 TL ve üstü gelire sahiptir.

Sağlıklı grupta 16 kişi (%32,0) yalnız, 26 kişi (%52,0) ve 8 kişi (%16,0) eşiyile yaşamaktadır. 7 kişinin (%14,0) çocukluk hayatı köy/kasabada ve 43 kişinin (%86,0) şehirde geçmiştir. 38 kişinin (%76,0) bebeklik bakımını annesi ve 12 kişinin (%24,0) anne ve babası yapmıştır. Aile tipi için 44 kişi (%88,0) çekirdek ve 6 kişi (%12,0) geniş ailedir. 46 kişinin (%92,0) çocuklukta ailesi bütüncen 4 kişinin (%8,0) parçalanmıştır.

46 kiři (%92,0) yetiřtirilme biçiminin katkısının olduđunu dűřünürken 4 kiři (%8,0) dűřünmemektedir.

Sağlıklı grup için anne babası birlikte olan 41 kişi (%82,0) ve boşanmış olan 9 kişi (%18,0) bulunmaktadır. 12 kişinin (%24,0) fiziksel rahatsızlığı varken 38 kişinin (%76,0) yoktur. 5 kişide (%10,0) tanılı bir rahatsızlık bulunurken 45 (%90,0) kişide bulunmamaktadır.

Tablo 2. Araştırma Bağımlı Değişkenleri için Betimleyici İstatistiksel Tablo

| Toplam puanlar | Min. | Max. | \bar{x} | ss |
|------------------------------------|-------------|-------------|-----------------------------|-----------|
| Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği | 63 | 93 | 83,04 | 6,69 |
| Duygusal İstismar | 7 | 17 | 11,69 | 1,93 |
| Fiziksel İstismar | 5 | 19 | 13,36 | 2,56 |
| Cinsel İstismar | 9 | 18 | 12,37 | 1,91 |
| Fiziksel İhmal | 5 | 24 | 18,79 | 2,91 |
| Duygusal İhmal | 9 | 25 | 23,26 | 2,79 |
| Madde Kullanımı Tarama Testi | 1 | 10 | 6,23 | 1,92 |
| Michigan Alkolizm Tarama Testi | 12 | 46 | 27,55 | 11,08 |

Betimleyici analiz sonucunda Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği 63-93 puan aralığında ($\bar{x}=83,04\pm 6,69$ puan), Duygusal İstismar alt boyutu 7-17 puan aralığında ($\bar{x}=11,69\pm 1,93$ puan), Fiziksel İstismar alt boyutu 5-19 puan aralığında ($\bar{x}=13,36\pm 2,56$ puan) bulunmuştur. Cinsel İstismar alt boyutu 9-18 puan aralığında ($\bar{x}=12,37\pm 1,91$ puan), Fiziksel İhmal alt boyutu 5-24 puan aralığında ($\bar{x}=18,79\pm 2,91$ puan) ve Duygusal İhmal alt boyutu 9-25 puan aralığında ($\bar{x}=23,26\pm 2,79$ puan) bulunmuştur. Madde Bağımlılığı Tarama Testi 1-10 puan aralığında ($\bar{x}=6,23\pm 1,92$) ve Michigan Alkolizm Tarama Testi 12-46 puan aralığında ($\bar{x}=27,55\pm 11,08$) bulunmuştur.

Tablo 3. Araştırma Ölçekleri İçin Güvenirlik ve Geçerlik Katsayıları

| Toplam puanlar | Alpha | Guttman Split-Half |
|------------------------------------|-------|--------------------|
| Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği | 0,70 | 0,81 |
| Madde Kullanımı Tarama Testi | 0,61 | 0,68 |
| Michigan Alkolizm Tarama Testi | 0,80 | 0,80 |

Elde edilen Cronbach Alpha ve Guttman Split-Half katsayıları araştırmada kullanılan ölçeklerin bilimsel olarak yeterli güvenilirlik ve geçerlik düzeylerine sahip olduğunu göstermektedir.

Tablo 4. Ölçekler ve Alt Boyutları Arası Korelasyon Analizi

| Toplam puanlar | Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği | Duygusal İstismar | Fiziksel İstismar | Cinsel İstismar | Fiziksel İhmal | Duygusal İhmal |
|--------------------------------|------------------------------------|-------------------|-------------------|-----------------|----------------|----------------|
| Madde Kullanımı Tarama Testi | -0,318* | -0,149 | -0,216 | -0,045 | -0,304* | -0,101 |
| Michigan Alkolizm Tarama Testi | 0,180 | 0,264 | 0,327 | 0,065 | 0,550 | -0,160 |

* = p<0,05

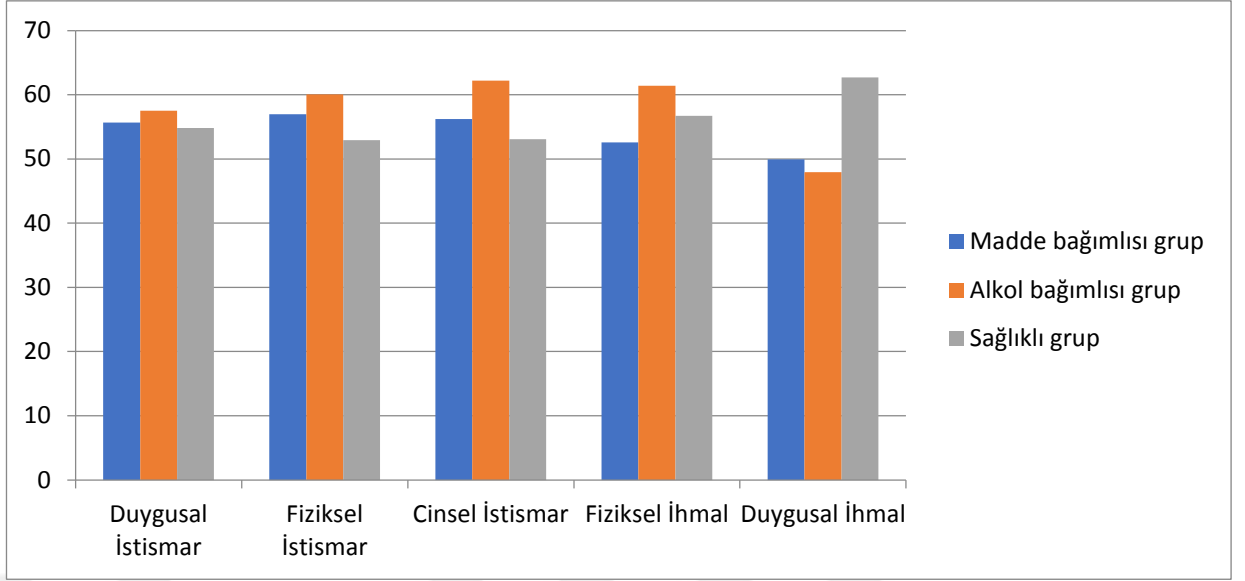
Madde Kullanımı Tarama Testi ile Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği arasında $r = -0,318$ değerinde anlamlı, negatif ve zayıf bir ilişki bulunmuştur. Bu değere göre kişinin Madde Kullanımı Tarama Testi puanı arttıkça Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği puanı azalacak ya da kişinin Madde Kullanımı Tarama Testi puanı azaldıkça Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği puanı artacaktır.

Madde Kullanımı Tarama Testi ile Fiziksel İhmal boyutu arasında $r = -0,304$ değerinde anlamlı, negatif ve zayıf bir ilişki bulunmuştur. Bu değere göre kişinin Madde Kullanımı Tarama Testi puanı arttıkça Fiziksel İhmal boyutu puanı azalacak ya da kişinin Madde Kullanımı Tarama Testi puanı azaldıkça Fiziksel İhmal boyutu puanı artacaktır.

Tablo 5. Araştırma Gruplarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| Toplam puan | Gruplar | n | Sıra Ortalaması | χ^2 | p |
|-------------------|-----------------|----|-----------------|----------|-------|
| Duygusal İstismar | Madde bağımlısı | 47 | 55,69 | 0,082 | 0,960 |
| | Alkol bağımlısı | 13 | 57,50 | | |
| | Sağlıklı | 50 | 54,80 | | |
| Fiziksel İstismar | Madde bağımlısı | 47 | 56,98 | 0,709 | 0,702 |
| | Alkol bağımlısı | 13 | 60,04 | | |
| | Sağlıklı | 50 | 52,93 | | |
| Cinsel İstismar | Madde bağımlısı | 47 | 56,21 | 0,925 | 0,630 |
| | Alkol bağımlısı | 13 | 62,19 | | |
| | Sağlıklı | 50 | 53,09 | | |
| Fiziksel İhmal | Madde bağımlısı | 47 | 52,59 | 0,956 | 0,620 |
| | Alkol bağımlısı | 13 | 61,42 | | |
| | Sağlıklı | 50 | 56,70 | | |
| Duygusal İhmal | Madde bağımlısı | 47 | 49,93 | 5,471 | 0,065 |
| | Alkol bağımlısı | 13 | 47,92 | | |
| | Sağlıklı | 50 | 62,71 | | |

Yapılan analiz sonucunda araştırma gruplarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel farklılık bulunmamıştır ($p > 0,05$).



Grafik 1. Araştırma Grupları İçin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması

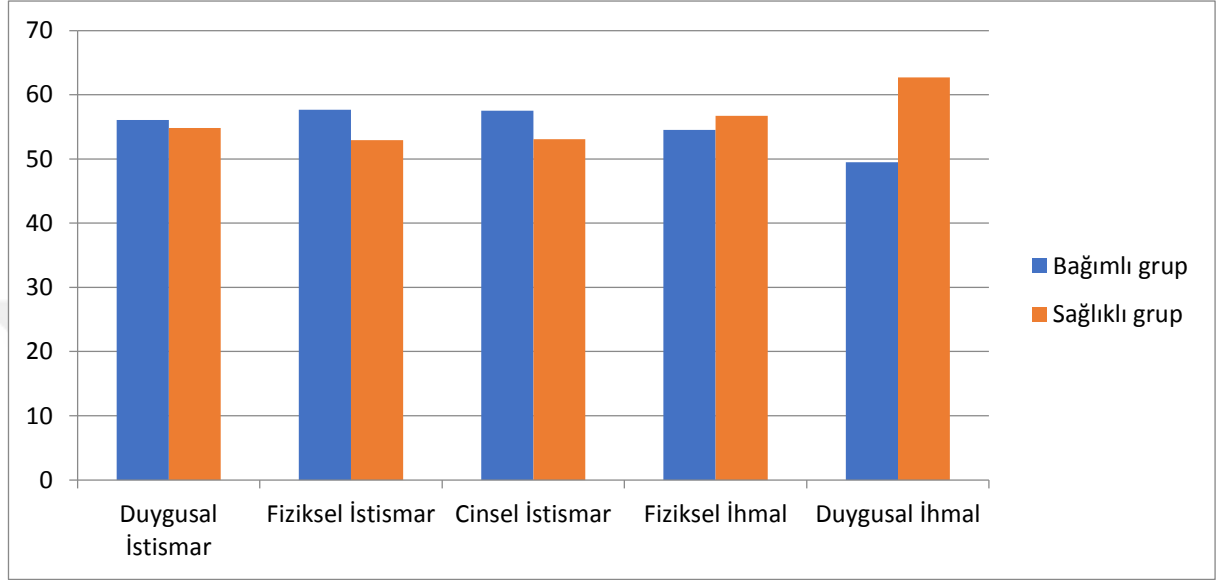
Grafik 1’de araştırma gruplarının duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal boyutları için sıra ortalamaları gösterilmektedir.

Tablo 6. Araştırma Gruplarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| Toplam puan | Gruplar | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p |
|-------------------|----------|----|-----------------|-----------------|---------|--------|
| Duygusal İstismar | Bağımlı | 60 | 56,08 | 3365,00 | 1465,00 | 0,828 |
| | Sağlıklı | 50 | 54,80 | 2740,00 | | |
| Fiziksel İstismar | Bağımlı | 60 | 57,64 | 3458,50 | 1371,50 | 0,434 |
| | Sağlıklı | 50 | 52,93 | 2646,50 | | |
| Cinsel İstismar | Bağımlı | 60 | 57,51 | 3450,50 | 1379,50 | 0,458 |
| | Sağlıklı | 50 | 53,09 | 2654,50 | | |
| Fiziksel İhmal | Bağımlı | 60 | 54,50 | 3270,00 | 1440,00 | 0,712 |
| | Sağlıklı | 50 | 56,70 | 2835,00 | | |
| Duygusal İhmal | Bağımlı | 60 | 49,49 | 2969,50 | 1139,50 | 0,020* |
| | Sağlıklı | 50 | 62,71 | 3135,50 | | |

* = p<0,05

Yapılan analiz sonucunda araştırma gruplarının duygusal ihmal boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel farklılık vardır: $U= 1139,50$; $p<0,05$. Sağlıklı grubun duygusal ihmal boyutu sıra ortalaması en yüksektir.



Grafik 2. Araştırma Grupları İçin (Deney- Kontrol) Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Sıra Ortalamalarının Karşılaştırılması

Grafik 2’de araştırma gruplarının duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal boyutları için sıra ortalamaları gösterilmektedir.

Tablo 7. Cinsiyete Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Cinsiyet | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p |
|---------------|-------------------|----------|----|-----------------|-----------------|--------|-------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | Erkek | 57 | 30,06 | 1713,50 | 60,50 | 0,415 |
| | | Kadın | 3 | 38,83 | 116,50 | | |
| | Fiziksel İstismar | Erkek | 57 | 30,25 | 1724,50 | 71,50 | 0,653 |
| | | Kadın | 3 | 35,17 | 105,50 | | |
| | Cinsel İstismar | Erkek | 57 | 29,96 | 1708,00 | 55,00 | 0,325 |
| | | Kadın | 3 | 40,67 | 122,00 | | |
| | Fiziksel İhmal | Erkek | 57 | 30,77 | 1754,00 | 70,00 | 0,629 |
| | | Kadın | 3 | 25,33 | 76,00 | | |
| | Duygusal İhmal | Erkek | 57 | 30,80 | 1755,50 | 68,50 | 0,584 |
| | | Kadın | 3 | 24,83 | 74,50 | | |
| Sağlıklı Grup | Duygusal İstismar | Erkek | 18 | 28,06 | 505,00 | 242,00 | 0,335 |
| | | Kadın | 32 | 24,06 | 770,00 | | |
| | Fiziksel İstismar | Erkek | 18 | 21,22 | 382,00 | 211,00 | 0,114 |
| | | Kadın | 32 | 27,91 | 893,00 | | |
| | Cinsel İstismar | Erkek | 18 | 25,92 | 466,50 | 280,50 | 0,876 |
| | | Kadın | 32 | 25,27 | 808,50 | | |
| | Fiziksel İhmal | Erkek | 18 | 26,92 | 484,50 | 262,50 | 0,596 |
| | | Kadın | 32 | 24,70 | 790,50 | | |
| | Duygusal İhmal | Erkek | 18 | 26,33 | 474,00 | 273,00 | 0,728 |
| | | Kadın | 32 | 25,03 | 801,00 | | |

Bağımlı grup için kadın ve erkeklerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlıklı grup için kadın ve erkeklerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 8. Medeni Duruma Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Medeni Durum | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------|-----------------|-----------------|---------|-------|------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | Evli | 20 | 28,80 | 576,00 | 366,0 | 0,58 | |
| | | Bekar/boşanmış | 40 | 31,35 | 1254,00 | 0 | 3 | |
| | Fiziksel İstismar | Evli | 20 | 33,00 | 660,00 | 350,0 | 0,42 | |
| | | Bekar/boşanmış | 40 | 29,25 | 1170,00 | 0 | 7 | |
| | Cinsel İstismar | Evli | 20 | 30,20 | 604,00 | 394,0 | 0,92 | |
| | | Bekar/boşanmış | 40 | 30,65 | 1226,00 | 0 | 3 | |
| | Fiziksel İhmal | Evli | 20 | 30,78 | 615,50 | 394,5 | 0,93 | |
| | | Bekar/boşanmış | 40 | 30,36 | 1214,50 | 0 | 0 | |
| | Duygusal İhmal | Evli | 20 | 29,05 | 581,00 | 371,0 | 0,63 | |
| | | Bekar/boşanmış | 40 | 31,23 | 1249,00 | 0 | 6 | |
| | Sağlıklı Grup | Duygusal İstismar | Evli | 4 | 27,25 | 109,00 | 85,00 | 0,82 |
| | | | Bekar/boşanmış | 46 | 25,35 | 1166,00 | | 3 |
| Fiziksel İstismar | | Evli | 4 | 23,88 | 95,50 | 85,50 | 0,82 | |
| | | Bekar/boşanmış | 46 | 25,64 | 1179,50 | | 3 | |
| Cinsel İstismar | | Evli | 4 | 21,38 | 85,50 | 75,50 | 0,56 | |
| | | Bekar/boşanmış | 46 | 25,86 | 1189,50 | | 9 | |
| Fiziksel İhmal | | Evli | 4 | 18,38 | 73,50 | 63,50 | 0,32 | |
| | | Bekar/boşanmış | 46 | 26,12 | 1201,50 | | 1 | |
| Duygusal İhmal | | Evli | 4 | 26,75 | 107,00 | 87,00 | 0,87 | |
| | | Bekar/boşanmış | 46 | 25,39 | 1168,00 | | 7 | |

Bağımlı grup için evli ve bekar/boşanmışların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlıklı grup için evli ve bekar/boşanmışların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 9. Gelir Durumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Gelir Durumu | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|-----------------|-----------------|--------|-------|------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | 2000 TL ve altı | 11 | 28,41 | 312,50 | 246,5 | 0,65 | |
| | | 2001 TL ve üstü | 49 | 30,97 | 1517,50 | 0 | 1 | |
| | Fiziksel İstismar | 2000 TL ve altı | 11 | 25,86 | 284,50 | 218,5 | 0,32 | |
| | | 2001 TL ve üstü | 49 | 31,54 | 1545,50 | 0 | 3 | |
| | Cinsel İstismar | 2000 TL ve altı | 11 | 22,23 | 244,50 | 178,5 | 0,07 | |
| | | 2001 TL ve üstü | 49 | 32,36 | 1585,50 | 0 | 5 | |
| | Fiziksel İhmal | 2000 TL ve altı | 11 | 32,77 | 360,50 | 244,5 | 0,62 | |
| | | 2001 TL ve üstü | 49 | 29,99 | 1469,50 | 0 | 6 | |
| | Duygusal İhmal | 2000 TL ve altı | 11 | 32,09 | 353,00 | 252,0 | 0,72 | |
| | | 2001 TL ve üstü | 49 | 30,14 | 1477,00 | 0 | 8 | |
| | Sağlıklı Grup | Duygusal İstismar | 2000 TL ve altı | 18 | 24,89 | 448,00 | 277,0 | 0,81 |
| | | | 2001 TL ve üstü | 32 | 25,84 | 827,00 | 0 | 8 |
| Fiziksel İstismar | | 2000 TL ve altı | 18 | 24,36 | 438,50 | 267,0 | 0,67 | |
| | | 2001 TL ve üstü | 32 | 26,14 | 836,50 | 0 | 3 | |
| Cinsel İstismar | | 2000 TL ve altı | 18 | 21,19 | 381,50 | 210,5 | 0,10 | |
| | | 2001 TL ve üstü | 32 | 27,92 | 893,50 | 0 | 7 | |
| Fiziksel İhmal | | 2000 TL ve altı | 18 | 21,97 | 395,50 | 224,5 | 0,18 | |
| | | 2001 TL ve üstü | 32 | 27,48 | 879,50 | 0 | 7 | |
| Duygusal İhmal | | 2000 TL ve altı | 18 | 23,94 | 431,00 | 260,0 | 0,51 | |
| | | 2001 TL ve üstü | 32 | 26,38 | 844,00 | 0 | 6 | |

Bağımlı grup için 2000 TL ve altı ve 2001 TL ve üstü geliri olanların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlıklı grup için 2000 TL ve altı ve 2001 TL ve üstü geliri olanların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 10. Çocukluğun Geçtiği Yere Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Çocukluğun geçtiği yer | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p |
|---------------|-------------------|------------------------|----|-----------------|-----------------|--------|--------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | Köy/kasaba | 3 | 28,33 | 85,00 | 79,00 | 0,848 |
| | | Şehir | 57 | 30,61 | 1745,00 | | |
| | Fiziksel İstismar | Köy/kasaba | 3 | 25,33 | 76,00 | 70,00 | 0,629 |
| | | Şehir | 57 | 30,77 | 1754,00 | | |
| | Cinsel İstismar | Köy/kasaba | 3 | 35,67 | 107,00 | 70,00 | 0,629 |
| | | Şehir | 57 | 30,23 | 1723,00 | | |
| | Fiziksel İhmal | Köy/kasaba | 3 | 9,00 | 27,00 | 21,00 | 0,024* |
| | | Şehir | 57 | 31,63 | 1803,00 | | |
| | Duygusal İhmal | Köy/kasaba | 3 | 22,83 | 68,50 | 62,50 | 0,455 |
| | | Şehir | 57 | 30,90 | 1761,50 | | |
| Sağlıklı Grup | Duygusal İstismar | Köy/kasaba | 7 | 18,86 | 132,00 | 104,00 | 0,203 |
| | | Şehir | 43 | 26,58 | 1143,00 | | |
| | Fiziksel İstismar | Köy/kasaba | 7 | 13,93 | 97,50 | 69,50 | 0,021* |
| | | Şehir | 43 | 27,38 | 1177,50 | | |
| | Cinsel İstismar | Köy/kasaba | 7 | 21,29 | 149,00 | 121,00 | 0,426 |
| | | Şehir | 43 | 26,19 | 1126,00 | | |
| | Fiziksel İhmal | Köy/kasaba | 7 | 17,07 | 119,50 | 91,50 | 0,100 |
| | | Şehir | 43 | 26,87 | 1155,50 | | |
| | Duygusal İhmal | Köy/kasaba | 7 | 18,50 | 129,50 | 101,50 | 0,174 |
| | | Şehir | 43 | 26,64 | 1145,50 | | |

* = p<0,05

Bağımlı grup için köy/kasaba ve şehirde çocukluğunu geçirmiş olanların fiziksel ihmal boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: U =21,00; p<0,05. Şehirde çocukluğunu geçirmiş olanların fiziksel ihmal boyutu sıra ortalaması en yüksektir.

Sağlıklı grup için köy/kasaba ve şehirde çocukluğunu geçirmiş olanların fiziksel istismar boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: U =69,50; p<0,05. Şehirde çocukluğunu geçirmiş olanların fiziksel istismar boyutu sıra ortalaması en yüksektir.

Tablo 11. Aile Tipi Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Aile Tipi | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|-----------------|-----------------|---------|-------|------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | Çekirdek | 35 | 32,91 | 1152,00 | 353,0 | 0,19 | |
| | | Geniş | 25 | 27,12 | 678,00 | 0 | 2 | |
| | Fiziksel İstismar | Çekirdek | 35 | 30,49 | 1067,00 | 437,0 | 0,99 | |
| | | Geniş | 25 | 30,52 | 763,00 | 0 | 4 | |
| | Cinsel İstismar | Çekirdek | 35 | 33,39 | 1168,50 | 336,5 | 0,12 | |
| | | Geniş | 25 | 26,46 | 661,50 | 0 | 1 | |
| | Fiziksel İhmal | Çekirdek | 35 | 32,23 | 1128,00 | 377,0 | 0,35 | |
| | | Geniş | 25 | 28,08 | 702,00 | 0 | 4 | |
| | Duygusal İhmal | Çekirdek | 35 | 31,33 | 1096,50 | 408,5 | 0,65 | |
| | | Geniş | 25 | 29,34 | 733,50 | 0 | 1 | |
| | Sağlıklı Grup | Duygusal İstismar | Çekirdek | 44 | 26,23 | 1154,00 | 100,0 | 0,35 |
| | | | Geniş | 6 | 20,17 | 121,00 | 0 | 6 |
| Fiziksel İstismar | | Çekirdek | 44 | 26,20 | 1153,00 | 101,0 | 0,37 | |
| | | Geniş | 6 | 20,33 | 122,00 | 0 | 2 | |
| Cinsel İstismar | | Çekirdek | 44 | 26,45 | 1164,00 | 90,00 | 0,22 | |
| | | Geniş | 6 | 18,50 | 111,00 | | 2 | |
| Fiziksel İhmal | | Çekirdek | 44 | 26,45 | 1164,00 | 90,00 | 0,22 | |
| | | Geniş | 6 | 18,50 | 111,00 | | 2 | |
| Duygusal İhmal | | Çekirdek | 44 | 26,10 | 1148,50 | 105,5 | 0,43 | |
| | | Geniş | 6 | 21,08 | 126,50 | 0 | 9 | |

Bağımlı grup için çekirdek ve geniş aile tipinde yetişenlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlıklı grup için çekirdek ve geniş aile tipinde yetişenlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 12. Ailenin Çocukluktaki Durumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Aile durumu | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p |
|---------------|-------------------|-------------|----|-----------------|-----------------|-------|--------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | Bütün | 52 | 30,19 | 1570,00 | 192,0 | 0,720 |
| | | Parçalanmış | 8 | 32,50 | 260,00 | 0 | |
| | Fiziksel İstismar | Bütün | 52 | 31,35 | 1630,00 | 164,0 | 0,332 |
| | | Parçalanmış | 8 | 25,00 | 200,00 | 0 | |
| | Cinsel İstismar | Bütün | 52 | 31,90 | 1659,00 | 135,0 | 0,104 |
| | | Parçalanmış | 8 | 21,38 | 171,00 | 0 | |
| | Fiziksel İhmal | Bütün | 52 | 32,38 | 1683,50 | 110,5 | 0,030* |
| | | Parçalanmış | 8 | 18,31 | 146,50 | 0 | |
| | Duygusal İhmal | Bütün | 52 | 31,46 | 1636,00 | 158,0 | 0,257 |
| | | Parçalanmış | 8 | 24,25 | 194,00 | 0 | |
| Sağlıklı Grup | Duygusal İstismar | Bütün | 46 | 26,83 | 1234,00 | 31,00 | 0,026* |
| | | Parçalanmış | 4 | 10,25 | 41,00 | | |
| | Fiziksel İstismar | Bütün | 46 | 25,86 | 1189,50 | 75,50 | 0,569 |
| | | Parçalanmış | 4 | 21,38 | 85,50 | | |
| | Cinsel İstismar | Bütün | 46 | 26,67 | 1227,00 | 38,00 | 0,054 |
| | | Parçalanmış | 4 | 12,00 | 48,00 | | |
| | Fiziksel İhmal | Bütün | 46 | 24,90 | 1145,50 | 64,50 | 0,339 |
| | | Parçalanmış | 4 | 32,38 | 129,50 | | |
| | Duygusal İhmal | Bütün | 46 | 24,67 | 1135,00 | 54,00 | 0,187 |
| | | Parçalanmış | 4 | 35,00 | 140,00 | | |

* = p<0,05

Bağımlı grup için çocuklunda bütün ve parçalanmış ailede büyümüş olanların fiziksel ihmal boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: U =110,50; p<0,05. Bütün olan bir ailede çocukluğunu geçirmiş olanların fiziksel ihmal boyutu sıra ortalaması en yüksektir.

Sağlıklı grup için çocuklunda bütün ve parçalanmış ailede büyümüş olanların duygusal istismar boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: U =31,00; p<0,05. Bütün olan bir ailede çocukluğunu geçirmiş olanların duygusal istismar boyutu sıra ortalaması en yüksektir.

Tablo 13. Anne-Baba Tutumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Anne-Baba tutumu | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p | |
|-------------------|-------------------|-------------------|-----------------|-----------------|-----------------|---------|--------|-------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | İlgili koruyucu | 45 | 32,60 | 1467,00 | 243,00 | 0,097 | |
| | | Titiz ve katı | 15 | 24,20 | 363,00 | | | |
| | Fiziksel İstismar | İlgili koruyucu | 45 | 30,49 | 1372,00 | 337,00 | 0,993 | |
| | | Titiz ve katı | 15 | 30,53 | 458,00 | | | |
| | Cinsel İstismar | İlgili koruyucu | 45 | 31,98 | 1439,00 | 271,00 | 0,245 | |
| | | Titiz ve katı | 15 | 26,07 | 391,00 | | | |
| | Fiziksel İhmal | İlgili koruyucu | 45 | 31,49 | 1417,00 | 293,00 | 0,438 | |
| | | Titiz ve katı | 15 | 27,53 | 413,00 | | | |
| | Duygusal İhmal | İlgili koruyucu | 45 | 31,89 | 1435,00 | 275,00 | 0,266 | |
| | | Titiz ve katı | 15 | 26,33 | 395,00 | | | |
| | Sağlıklı Grup | Duygusal İstismar | İlgili koruyucu | 43 | 26,14 | 1124,00 | 123,00 | 0,459 |
| | | | Titiz ve katı | 7 | 21,57 | 151,00 | | |
| Fiziksel İstismar | | İlgili koruyucu | 43 | 26,55 | 1141,50 | 105,50 | 0,213 | |
| | | Titiz ve katı | 7 | 19,07 | 133,50 | | | |
| Cinsel İstismar | | İlgili koruyucu | 43 | 27,17 | 1168,50 | 78,50 | 0,042* | |
| | | Titiz ve katı | 7 | 15,21 | 106,50 | | | |
| Fiziksel İhmal | | İlgili koruyucu | 43 | 27,73 | 1192,50 | 54,50 | 0,005* | |
| | | Titiz ve katı | 7 | 11,79 | 82,50 | | | |
| Duygusal İhmal | | İlgili koruyucu | 43 | 26,69 | 1147,50 | 99,50 | 0,157 | |
| | | Titiz ve katı | 7 | 18,21 | 127,50 | | | |

* = p<0,05; ** =p<0,01

Bağımlı grup için anne-baba tutumuna göre katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Sağlıklı grup için anne-baba tutumuna göre cinsel istismar boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: $U = 78,50$; $p < 0,05$. Anne-baba tutumu ilgili koruyucu olanların cinsel istismar boyutu sıra ortalaması en yüksektir.

Sağlıklı grup için anne-baba tutumuna göre fiziksel ihmal boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: $U = 54,50$; $p < 0,05$. Anne-baba tutumu ilgili koruyucu olanların fiziksel ihmal boyutu sıra ortalaması en yüksektir.



Tablo 14. Anne-Baba Medeni Durumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Anne-Baba medeni durum | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|-----------------|-----------------|---------|--------|-------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | Birlikte | 43 | 32,36 | 1391,50 | 285,50 | 0,177 | |
| | | Boşanmış | 17 | 25,79 | 438,50 | | | |
| | Fiziksel İstismar | Birlikte | 43 | 31,94 | 1373,50 | 303,50 | 0,303 | |
| | | Boşanmış | 17 | 26,85 | 456,50 | | | |
| | Cinsel İstismar | Birlikte | 43 | 32,15 | 1382,50 | 294,50 | 0,233 | |
| | | Boşanmış | 17 | 26,32 | 447,50 | | | |
| | Fiziksel İhmal | Birlikte | 43 | 32,70 | 1406,00 | 271,00 | 0,113 | |
| | | Boşanmış | 17 | 24,94 | 424,00 | | | |
| | Duygusal İhmal | Birlikte | 43 | 31,67 | 1362,00 | 315,00 | 0,388 | |
| | | Boşanmış | 17 | 27,53 | 468,00 | | | |
| | Sağlıklı Grup | Duygusal İstismar | Birlikte | 41 | 26,48 | 1085,50 | 144,50 | 0,318 |
| | | | Boşanmış | 9 | 21,06 | 189,50 | | |
| Fiziksel İstismar | | Birlikte | 41 | 24,11 | 988,50 | 127,50 | 0,152 | |
| | | Boşanmış | 9 | 31,83 | 286,50 | | | |
| Cinsel İstismar | | Birlikte | 41 | 26,41 | 1083,00 | 147,00 | 0,356 | |
| | | Boşanmış | 9 | 21,33 | 192,00 | | | |
| Fiziksel İhmal | | Birlikte | 41 | 23,85 | 978,00 | 117,00 | 0,091 | |
| | | Boşanmış | 9 | 33,00 | 297,00 | | | |
| Duygusal İhmal | | Birlikte | 41 | 24,22 | 993,00 | 132,00 | 0,193 | |
| | | Boşanmış | 9 | 31,33 | 282,00 | | | |

Bağımlı grup için anne-babası birlikte olan ve boşanmış olanların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlıklı grup için anne-babası birlikte olan ve boşanmış olanların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15. Yetiştirilme Biçiminin Yaşama Katkısına Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Yetiştirilme biçiminin katkısı | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------------|-------|-----------------|-----------------|--------|--------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | Evet | 48 | 30,48 | 1463,00 | 287,00 | 0,985 |
| | | Hayır | 12 | 30,58 | 367,00 | | |
| | Fiziksel İstismar | Evet | 48 | 29,45 | 1413,50 | 237,50 | 0,344 |
| | | Hayır | 12 | 34,71 | 416,50 | | |
| | Cinsel İstismar | Evet | 48 | 30,41 | 1459,50 | 283,50 | 0,932 |
| | | Hayır | 12 | 30,88 | 370,50 | | |
| Fiziksel İhmal | Evet | 48 | 33,64 | 1614,50 | 137,50 | 0,005* | |
| | Hayır | 12 | 17,96 | 215,50 | | | |
| Duygusal İhmal | Evet | 48 | 32,63 | 1566,00 | 186,00 | 0,050 | |
| | Hayır | 12 | 22,00 | 264,00 | | | |
| Sağlıklı Grup | Duygusal İstismar | Evet | 46 | 25,64 | 1179,50 | 85,50 | 0,823 |
| | | Hayır | 4 | 23,88 | 95,50 | | |
| | Fiziksel İstismar | Evet | 46 | 26,72 | 1229,00 | 36,00 | 0,044* |
| | | Hayır | 4 | 11,50 | 46,00 | | |
| | Cinsel İstismar | Evet | 46 | 26,48 | 1218,00 | 47,00 | 0,114 |
| | | Hayır | 4 | 14,25 | 57,00 | | |
| | Fiziksel İhmal | Evet | 46 | 26,52 | 1220,00 | 45,00 | 0,097 |
| | | Hayır | 4 | 13,75 | 55,00 | | |
| | Duygusal İhmal | Evet | 46 | 26,09 | 1200,00 | 65,00 | 0,357 |
| | | Hayır | 4 | 18,75 | 75,00 | | |

* = p<0,05; ** =p<0,01

Bağımlı grup için yetiştirilme biçiminin hayatta katkısı olduğunu düşünen ve düşünmeyenlerin fiziksel ihmal boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: U =137,50; p<0,05. Yetiştirilme biçiminin hayatta katkısı olduğunu düşünenlerin fiziksel ihmal boyutu sıra ortalaması en yüksektir.

Sağlıklı grup için yetiştirilme biçiminin hayatta katkısı olduğunu düşünen ve düşünmeyenlerin fiziksel istismar boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: U =36,00; p<0,05. Yetiştirilme biçiminin hayatta katkısı olduğunu düşünenlerin fiziksel istismar boyutu sıra ortalaması en yüksektir.

Tablo 16. Bağımlılık Tedavisi Durumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Tedavi durumu | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p |
|--------------|-------------------|---------------|----|-----------------|-----------------|--------|-------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | Var | 31 | 30,00 | 930,00 | 434,00 | 0,814 |
| | | Yok | 29 | 31,03 | 900,00 | | |
| | Fiziksel İstismar | Var | 31 | 31,32 | 971,00 | 424,00 | 0,702 |
| | | Yok | 29 | 29,62 | 859,00 | | |
| | Cinsel İstismar | Var | 31 | 31,73 | 983,50 | 411,50 | 0,565 |
| | | Yok | 29 | 29,19 | 846,50 | | |
| | Fiziksel İhmal | Var | 31 | 29,92 | 927,50 | 431,50 | 0,786 |
| | | Yok | 29 | 31,12 | 902,50 | | |
| | Duygusal İhmal | Var | 31 | 29,79 | 923,50 | 427,50 | 0,735 |
| | | Yok | 29 | 31,26 | 906,50 | | |

Bağımlı grup için bağımlılık tedavisi gören ve görmeyenlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 17. Fiziksel Rahatsızlık Durumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Fiziksel rahatsızlık | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p | |
|-------------------|-------------------|----------------------|-----|-----------------|-----------------|---------|---------|-------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | Var | 10 | 32,60 | 326,00 | 229,00 | 0,668 | |
| | | Yok | 50 | 30,08 | 1504,00 | | | |
| | Fiziksel İstismar | Var | 10 | 30,65 | 306,50 | 248,50 | 0,976 | |
| | | Yok | 50 | 30,47 | 1523,50 | | | |
| | Cinsel İstismar | Var | 10 | 28,50 | 285,00 | 230,00 | 0,685 | |
| | | Yok | 50 | 30,90 | 1545,00 | | | |
| | Fiziksel İhmal | Var | 10 | 30,35 | 303,50 | 248,50 | 0,976 | |
| | | Yok | 50 | 30,53 | 1526,50 | | | |
| | Duygusal İhmal | Var | 10 | 36,95 | 369,50 | 185,50 | 0,183 | |
| | | Yok | 50 | 29,21 | 1460,50 | | | |
| | Sağlıklı Grup | Duygusal İstismar | Var | 12 | 22,92 | 275,00 | 197,00 | 0,465 |
| | | | Yok | 38 | 26,32 | 1000,00 | | |
| Fiziksel İstismar | | Var | 12 | 16,58 | 199,00 | 121,00 | 0,013 * | |
| | | Yok | 38 | 28,32 | 1076,00 | | | |
| Cinsel İstismar | | Var | 12 | 19,46 | 233,50 | 155,50 | 0,090 | |
| | | Yok | 38 | 27,41 | 1041,50 | | | |
| Fiziksel İhmal | | Var | 12 | 17,79 | 213,50 | 135,50 | 0,031 * | |
| | | Yok | 38 | 27,93 | 1061,50 | | | |
| Duygusal İhmal | | Var | 12 | 17,75 | 213,00 | 135,00 | 0,015 * | |
| | | Yok | 38 | 27,95 | 1062,00 | | | |

* = p<0,05

Bağımlı grup için fiziksel rahatsızlığı olan ve olmayanların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Sağlıklı grup için fiziksel rahatsızlığı olan ve olmayanların fiziksel istismar boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: U =121,00; p<0,05. Fiziksel rahatsızlığı olmayanların fiziksel istismar boyutu sıra ortalaması en yüksektir.

Sağlıklı grup için fiziksel rahatsızlığı olan ve olmayanların fiziksel ihmal boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: U =135,50;

$p < 0,05$. Fiziksel rahatsızlığı olmayanların fiziksel ihmal boyutu sıra ortalaması en yüksektir.

Sağlıklı grup için fiziksel rahatsızlığı olan ve olmayanların duygusal ihmal boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: $U = 135,00$; $p < 0,05$. Fiziksel rahatsızlığı olmayanların duygusal ihmal boyutu sıra ortalaması en yüksektir.



Tablo 18. Psikolojik Rahatsızlık Durumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Tanılı rahatsızlık | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p | |
|-------------------|-------------------|--------------------|-----|-----------------|-----------------|---------|--------|-------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | Var | 10 | 25,10 | 251,00 | 196,00 | 0,271 | |
| | | Yok | 50 | 31,58 | 1579,00 | | | |
| | Fiziksel İstismar | Var | 10 | 32,35 | 323,50 | 231,50 | 0,710 | |
| | | Yok | 50 | 30,13 | 1506,50 | | | |
| | Cinsel İstismar | Var | 10 | 33,30 | 333,00 | 222,00 | 0,570 | |
| | | Yok | 50 | 29,94 | 1497,00 | | | |
| | Fiziksel İhmal | Var | 10 | 20,50 | 205,00 | 150,00 | 0,043* | |
| | | Yok | 50 | 32,50 | 1625,00 | | | |
| | Duygusal İhmal | Var | 10 | 18,10 | 181,00 | 126,00 | 0,010* | |
| | | Yok | 50 | 32,98 | 1649,00 | | | |
| | Sağlıklı Grup | Duygusal İstismar | Var | 5 | 16,10 | 80,50 | 65,50 | 0,132 |
| | | | Yok | 45 | 26,54 | 1194,50 | | |
| Fiziksel İstismar | | Var | 5 | 16,80 | 84,00 | 69,00 | 0,170 | |
| | | Yok | 45 | 26,47 | 1191,00 | | | |
| Cinsel İstismar | | Var | 5 | 20,20 | 101,00 | 86,00 | 0,412 | |
| | | Yok | 45 | 26,09 | 1174,00 | | | |
| Fiziksel İhmal | | Var | 5 | 13,80 | 69,00 | 54,00 | 0,059 | |
| | | Yok | 45 | 26,80 | 1206,00 | | | |
| Duygusal İhmal | | Var | 5 | 18,10 | 90,50 | 75,50 | 0,240 | |
| | | Yok | 45 | 26,32 | 1184,50 | | | |

* = p<0,05

Bağımlı grup için tanılı rahatsızlığı olan ve olmayanların fiziksel ihmal boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: U =150,00; p<0,05. Tanılı rahatsızlığı olmayanların fiziksel ihmal boyutu sıra ortalaması en yüksektir. Bağımlı grup için tanılı rahatsızlığı olan ve olmayanların duygusal ihmal boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: U =126,00; p<0,05. Tanılı rahatsızlığı olmayanların duygusal ihmal boyutu sıra ortalaması en yüksektir. Sağlıklı grup için tanılı rahatsızlığı olan ve olmayanların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 19. Yaşa Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Tanımlı rahatsızlık | n | Sıra Ortalaması | χ^2 | p |
|----------------|-------------------|---------------------|-------|-----------------|----------|-------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | 24 yaş ve altı | 15 | 32,77 | 1,422 | 0,491 |
| | | 25-34 yaş arası | 31 | 31,50 | | |
| | | 35 yaş ve üstü | 14 | 25,86 | | |
| | Fiziksel İstismar | 24 yaş ve altı | 15 | 28,77 | 0,222 | 0,895 |
| | | 25-34 yaş arası | 31 | 31,32 | | |
| | | 35 yaş ve üstü | 14 | 30,54 | | |
| | Cinsel İstismar | 24 yaş ve altı | 15 | 28,13 | 0,750 | 0,687 |
| | | 25-34 yaş arası | 31 | 32,32 | | |
| | | 35 yaş ve üstü | 14 | 29,00 | | |
| | Fiziksel İhmal | 24 yaş ve altı | 15 | 28,10 | 3,247 | 0,197 |
| | | 25-34 yaş arası | 31 | 34,19 | | |
| | | 35 yaş ve üstü | 14 | 24,89 | | |
| Duygusal İhmal | 24 yaş ve altı | 15 | 24,73 | 5,796 | 0,055 | |
| | 25-34 yaş arası | 31 | 35,53 | | | |
| | 35 yaş ve üstü | 14 | 25,54 | | | |
| Sağlıklı Grup | Duygusal İstismar | 24 yaş ve altı | 19 | 29,16 | 2,599 | 0,273 |
| | | 25-34 yaş arası | 26 | 24,06 | | |
| | | 35 yaş ve üstü | 5 | 19,10 | | |
| | Fiziksel İstismar | 24 yaş ve altı | 19 | 29,24 | 2,504 | 0,286 |
| | | 25-34 yaş arası | 26 | 23,94 | | |
| | | 35 yaş ve üstü | 5 | 19,40 | | |
| | Cinsel İstismar | 24 yaş ve altı | 19 | 28,11 | 1,285 | 0,526 |
| | | 25-34 yaş arası | 26 | 24,46 | | |
| | | 35 yaş ve üstü | 5 | 21,00 | | |
| | Fiziksel İhmal | 24 yaş ve altı | 19 | 24,74 | 4,928 | 0,085 |
| | | 25-34 yaş arası | 26 | 28,42 | | |
| | | 35 yaş ve üstü | 5 | 13,20 | | |
| Duygusal İhmal | 24 yaş ve altı | 19 | 22,45 | 4,822 | 0,090 | |
| | 25-34 yaş arası | 26 | 29,12 | | | |
| | 35 yaş ve üstü | 5 | 18,30 | | | |

Bağımlı grup için yaşa göre katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlıklı grup için yaşa göre katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 20. Kiminle Yaşanıldığına Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Kiminle yaşıyor | n | Sıra Ortalaması | χ^2 | p |
|----------------|-------------------|-----------------|-------|-----------------|----------|-------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | Yalnız | 13 | 25,04 | 3,992 | 0,136 |
| | | Aile ile | 31 | 34,69 | | |
| | | Eş ile | 16 | 26,81 | | |
| | Fiziksel İstismar | Yalnız | 13 | 25,42 | 1,854 | 0,396 |
| | | Aile ile | 31 | 30,74 | | |
| | | Eş ile | 16 | 34,16 | | |
| | Cinsel İstismar | Yalnız | 13 | 27,96 | 0,429 | 0,807 |
| | | Aile ile | 31 | 31,65 | | |
| | | Eş ile | 16 | 30,34 | | |
| | Fiziksel İhmal | Yalnız | 13 | 33,62 | 0,578 | 0,749 |
| | | Aile ile | 31 | 29,94 | | |
| | | Eş ile | 16 | 29,06 | | |
| Duygusal İhmal | Yalnız | 13 | 30,42 | 1,484 | 0,476 | |
| | Aile ile | 31 | 32,66 | | | |
| | Eş ile | 16 | 26,38 | | | |
| Sağlıklı Grup | Duygusal İstismar | Yalnız | 16 | 29,09 | 1,540 | 0,463 |
| | | Aile ile | 26 | 23,85 | | |
| | | Eş ile | 8 | 23,69 | | |
| | Fiziksel İstismar | Yalnız | 16 | 24,84 | 0,145 | 0,930 |
| | | Aile ile | 26 | 26,23 | | |
| | | Eş ile | 8 | 24,44 | | |
| | Cinsel İstismar | Yalnız | 16 | 28,91 | 1,366 | 0,505 |
| | | Aile ile | 26 | 24,02 | | |
| | | Eş ile | 8 | 23,50 | | |
| | Fiziksel İhmal | Yalnız | 16 | 25,31 | 0,501 | 0,778 |
| | | Aile ile | 26 | 26,54 | | |
| | | Eş ile | 8 | 22,50 | | |
| Duygusal İhmal | Yalnız | 16 | 23,34 | 1,601 | 0,449 | |
| | Aile ile | 26 | 27,67 | | | |
| | Eş ile | 8 | 22,75 | | | |

Bağımlı grup için yalnız, ailesi ve eşile yaşayanların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$). Sağlıklı grup için yalnız, ailesi ve eşile yaşayanların

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 21. Eğitim Durumuna Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Eğitim Durumu | n | Sıra Ortalaması | χ^2 | p |
|----------------|--------------------|--------------------|-------|-----------------|----------|--------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | İlköğretim | 13 | 31,73 | 0,094 | 0,954 |
| | | Lise | 23 | 30,37 | | |
| | | Üniversite Ve Üstü | 24 | 29,96 | | |
| | Fiziksel İstismar | İlköğretim | 13 | 24,81 | 7,174 | 0,028* |
| | | Lise | 23 | 38,02 | | |
| | | Üniversite Ve Üstü | 24 | 26,38 | | |
| | Cinsel İstismar | İlköğretim | 13 | 35,15 | 1,659 | 0,436 |
| | | Lise | 23 | 30,87 | | |
| | | Üniversite Ve Üstü | 24 | 27,63 | | |
| | Fiziksel İhmal | İlköğretim | 13 | 30,54 | 2,166 | 0,339 |
| | | Lise | 23 | 34,24 | | |
| | | Üniversite Ve Üstü | 24 | 26,90 | | |
| Duygusal İhmal | İlköğretim | 13 | 25,88 | 1,259 | 0,533 | |
| | Lise | 23 | 31,72 | | | |
| | Üniversite Ve Üstü | 24 | 31,83 | | | |
| Sağlıklı Grup | Duygusal İstismar | İlköğretim | 3 | 38,00 | 2,526 | 0,283 |
| | | Lise | 2 | 24,50 | | |
| | | Üniversite Ve Üstü | 45 | 24,71 | | |
| | Fiziksel İstismar | İlköğretim | 3 | 17,83 | 0,935 | 0,626 |
| | | Lise | 2 | 24,50 | | |
| | | Üniversite Ve Üstü | 45 | 26,06 | | |
| | Cinsel İstismar | İlköğretim | 3 | 31,67 | 1,570 | 0,456 |
| | | Lise | 2 | 34,75 | | |
| | | Üniversite Ve Üstü | 45 | 24,68 | | |
| | Fiziksel İhmal | İlköğretim | 3 | 27,33 | 1,461 | 0,482 |
| | | Lise | 2 | 13,75 | | |
| | | Üniversite Ve Üstü | 45 | 25,90 | | |
| | Duygusal İhmal | İlköğretim | 3 | 18,17 | 1,355 | 0,508 |
| | | Lise | 2 | 21,25 | | |
| | | Üniversite Ve Üstü | 45 | 26,18 | | |

* = p<0,05

Bağımlı grup için eğitim durumuna göre fiziksel istismar boyutu sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık vardır: $\chi^2(2) = 7,174$; p<0,05. Lise eğitim seviyesindekilerin fiziksel istismar boyutu sıra ortalaması en

yüksekken ilköğretim eğitim seviyesindekilerin fiziksel istismar boyutu sıra ortalaması en düşüktür.

Sağlıklı grup için eğitim durumuna göre Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).



Tablo 22. Temel Bakım Verene Göre Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| | Toplam puan | Temel bakım veren | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p |
|---------------|-------------------|-------------------|----|-----------------|-----------------|--------|-------|
| Bağımlı Grup | Duygusal İstismar | Anne | 52 | 29,94 | 1557,00 | 179,00 | 0,517 |
| | | Anne-baba | 8 | 34,13 | 273,00 | | |
| | Fiziksel İstismar | Anne | 52 | 29,45 | 1531,50 | 153,50 | 0,230 |
| | | Anne-baba | 8 | 37,31 | 298,50 | | |
| | Cinsel İstismar | Anne | 52 | 30,13 | 1566,50 | 188,50 | 0,664 |
| | | Anne-baba | 8 | 32,94 | 263,50 | | |
| | Fiziksel İhmal | Anne | 52 | 31,96 | 1662,00 | 132,00 | 0,091 |
| | | Anne-baba | 8 | 21,00 | 168,00 | | |
| | Duygusal İhmal | Anne | 52 | 31,32 | 1628,50 | 165,50 | 0,336 |
| | | Anne-baba | 8 | 25,19 | 201,50 | | |
| Sağlıklı Grup | Duygusal İstismar | Anne | 38 | 24,05 | 914,00 | 173,00 | 0,195 |
| | | Anne-baba | 12 | 30,08 | 361,00 | | |
| | Fiziksel İstismar | Anne | 38 | 24,05 | 914,00 | 173,00 | 0,204 |
| | | Anne-baba | 12 | 30,08 | 361,00 | | |
| | Cinsel İstismar | Anne | 38 | 24,20 | 919,50 | 178,50 | 0,248 |
| | | Anne-baba | 12 | 29,63 | 355,50 | | |
| | Fiziksel İhmal | Anne | 38 | 23,78 | 903,50 | 162,50 | 0,126 |
| | | Anne-baba | 12 | 30,96 | 371,50 | | |
| | Duygusal İhmal | Anne | 38 | 25,63 | 974,00 | 223,00 | 0,896 |
| | | Anne-baba | 12 | 25,08 | 301,00 | | |

Bağımlı grup için temel bakımı anne ve anne-babası verenlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Sağlıklı grup için temel bakımı anne ve anne-babası verenlerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 23. Bağımlı ve Sağlıklı Erkek Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| Toplam puan | Grup | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p |
|------------------------|----------------|----|-----------------|-----------------|--------|-------|
| Çocukluk Çağı Travması | Bağımlı erkek | 57 | 38,18 | 2176,50 | 502,50 | 0,896 |
| | Sağlıklı erkek | 18 | 37,42 | 673,50 | | |
| Duygusal İstismar | Bağımlı erkek | 57 | 37,17 | 2118,50 | 465,50 | 0,544 |
| | Sağlıklı erkek | 18 | 40,64 | 731,50 | | |
| Fiziksel İstismar | Bağımlı erkek | 57 | 40,14 | 2288,00 | 391,00 | 0,124 |
| | Sağlıklı erkek | 18 | 31,22 | 562,00 | | |
| Cinsel İstismar | Bağımlı erkek | 57 | 38,44 | 2191,00 | 488,00 | 0,750 |
| | Sağlıklı erkek | 18 | 36,61 | 659,00 | | |
| Fiziksel İhmal | Bağımlı erkek | 57 | 37,28 | 2125,00 | 472,00 | 0,602 |
| | Sağlıklı erkek | 18 | 40,28 | 725,00 | | |
| Duygusal İhmal | Bağımlı erkek | 57 | 35,81 | 2041,00 | 388,00 | 0,099 |
| | Sağlıklı erkek | 18 | 44,94 | 809,00 | | |

Bağımlı erkekler ve sağlıklı erkeklerin Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları için sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 24. Bağımlı ve Sağlıklı Kadın Katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| Toplam puan | Grup | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p |
|------------------------|----------------|----|-----------------|-----------------|-------|-------|
| Çocukluk Çağı Travması | Bağımlı kadın | 3 | 18,83 | 56,50 | 45,50 | 0,890 |
| | Sağlıklı kadın | 32 | 17,92 | 573,50 | | |
| Duygusal İstismar | Bağımlı kadın | 3 | 23,83 | 71,50 | 30,50 | 0,318 |
| | Sağlıklı kadın | 32 | 17,45 | 558,50 | | |
| Fiziksel İstismar | Bağımlı kadın | 3 | 20,83 | 62,50 | 39,50 | 0,635 |
| | Sağlıklı kadın | 32 | 17,73 | 567,50 | | |
| Cinsel İstismar | Bağımlı kadın | 3 | 25,00 | 75,00 | 27,00 | 0,240 |
| | Sağlıklı kadın | 32 | 17,34 | 555,00 | | |
| Fiziksel İhmal | Bağımlı kadın | 3 | 14,83 | 44,50 | 38,50 | 0,595 |
| | Sağlıklı kadın | 32 | 18,30 | 585,50 | | |
| Duygusal İhmal | Bağımlı kadın | 3 | 11,33 | 34,00 | 28,00 | 0,264 |
| | Sağlıklı kadın | 32 | 18,63 | 596,00 | | |

Bağımlı kadınlar ve sağlıklı kadınların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Boyutları için sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25. Araştırma Gruplarının Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği Arası Puan Farklılıklarının İncelenmesi

| Toplam puan | Gruplar | n | Sıra Ortalaması | Sıra Toplamları | U | p |
|------------------------|----------------|----|-----------------|-----------------|---------|-------|
| Çocukluk çağı travması | Bağımlı grup | 60 | 55,48 | 3329,00 | 1499,00 | 0,995 |
| | Sağlıklı grup | 50 | 55,52 | 2776,00 | | |
| | Bağımlı erkek | 57 | 38,18 | 2176,50 | 502,50 | 0,896 |
| | Sağlıklı erkek | 18 | 37,42 | 673,50 | | |
| | Bağımlı kadın | 3 | 18,83 | 56,50 | 45,50 | 0,890 |
| | Sağlıklı kadın | 32 | 17,92 | 573,50 | | |

Yapılan analiz sonucunda bağımlı grup ve sağlıklı grup, bağımlı erkekler ve sağlıklı erkekler, bağımlı kadınlar ve sağlıklı kadınların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği toplam puan sıra ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı farklılık bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 26. Araştırma Grupları için Bağımlı Değişkenlerin Betimleyici İstatistiksel Tablosu

| Gruplar | Toplam puanlar | n | Min. | Max. | \bar{x} | ss |
|-----------------|------------------------------------|----|------|------|-----------|-------|
| Sağlıklı | Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği | 50 | 63 | 93 | 83,08 | 6,64 |
| Madde bağımlısı | Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği | 47 | 67 | 93 | 82,66 | 6,81 |
| | Madde Kullanımı Tarama Testi | 47 | 1 | 10 | 6,23 | 1,92 |
| Alkol bağımlısı | Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği | 13 | 74 | 92 | 84,23 | 6,81 |
| | Michigan Alkolizm Tarama Testi | 11 | 12 | 46 | 27,55 | 11,08 |

Sağlıklı grup için Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği 63-93 puan aralığında ($\bar{x}=83,08\pm6,64$ puan) aralığında bulunmuştur. Madde bağımlısı grup için Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği 67-93 puan aralığında ($\bar{x}=82,66\pm6,81$ puan) aralığında ve Madde Kullanımı Tarama Testi 1-10 puan aralığında ($\bar{x}=6,23\pm1,92$ puan) aralığında bulunmuştur. Alkol bağımlısı grup için Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği 74-92 puan aralığında ($\bar{x}=84,23\pm6,81$ puan) aralığında ve Michigan Alkolizm Tarama Testi 12-46 puan aralığında ($\bar{x}=27,55\pm11,08$ puan) aralığında bulunmuştur.

BÖLÜM V

TARTIŞMA

Literatürde alkol ve madde kullanımı ve çocukluk çağı travmaları üzerine yapılmış olan birçok araştırma mevcuttur. Yayınlanmış olan araştırmaların çoğu bağımlı hastaları agresyon, dürtüsellik, hiperaktivite gibi değişkenleri dahil ederek, ya da alkol ve madde bağımlılarını birbirleriyle kıyaslayarak yapılmıştır. Bağımlı hastalarla sağlıklı bireyleri travma açısından inceleyen araştırma sayısı azdır. Bu araştırmanın amacı, çocukluk çağında yaşanmış travmaların alkol-madde bağımlılığına olan etkisinin araştırılmasıdır. Bu doğrultuda kişilerin çocukluk travmaları neticesinde bağımlılık geliştirip geliştirmediklerine dair bilgi toplanması hedeflenmiştir ve psikoloji, rehberlik ve psikolojik danışmanlık gibi disiplinlerle ilişkili olarak yapılacak diğer çalışmalara katkı sağlamak temel amaçlardan biridir. Çalışmanın bu bölümünde araştırmanın temel amacına ulaşabilmek için yanıtı aranan araştırma soruları, hipotezlere yönelik yapılan analizler sonucunda tartışılmıştır.

Araştırmanın örneklemini oluşturan yatan hastalar ve sağlıklı bireyler araştırmaya gönüllülük esasında katılmışlardır. Örneklemin araştırma evrenini doğru yansıttığı varsayılmıştır. Araştırma yapılırken öncelikle örneklemini oluşturan grubun homojen olarak seçilmesine özen gösterilmiştir. Araştırmanın temel amacı evreni temsil eden örneklemini belirlemek ve elde edilen sonuçları genel popülasyon üzerine yorumlamaktır. Homojen belirlenen örneklem grubuna herhangi bir yönlendirme yapılmadan, gerekli açıklamalar yapılarak ölçek doldurma hatalarından kaynaklanan ölçme sorunlarının olmaması adına gerekli özen gösterilmiştir.

Araştırmanın deney grubu örneklemini 57 erkek hasta (%95), 3 kadın hasta (%5) ve kontrol grubu örneklemini 18 sağlıklı erkek (%36) ve 32 sağlıklı kadın (%64) oluşturmaktadır. Toplamda 110 kişilik örneklem grubuyla yapılan bu çalışmada bağımlılık ve çocukluk çağı travmalarının ilişkisine bakılmasının yanı sıra demografik değişkenlere göre anlamlı farklılıklar olup olmadığı da araştırılmıştır.

Çalışmaya alınan deney grubu katılımcılarının çoğunluğu erkektir. Bu durum çalışmanın yapıldığı dönemde yatan kadın hasta sayısının az olmasından kaynaklanmaktadır. Bu durum ülkemizde yapılmış olan araştırmalarla benzer sonuç göstermiştir (Arıkan ve Coşar, 1996). Yine Bulut ve arkadaşlarının 2006 yılında alkol

ve madde bağımlıları ile yapmış oldukları bir çalışmada katılımcıların %98'i erkek, %3.2'si kadın olarak belirtilmektedir ve yapılan bu araştırmayla benzer sonuçlar göstermektedir.

Yaş oranları incelendiği zaman, 25-34 yaş aralığında olanların katılımcıların çoğunluğunu oluşturduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi açısından ise katılımcıların çoğunluğunun üniversite mezunlarından oluştuğu ve katılımcıların çoğunluğunun bekar olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların çoğunun gelir durumunun 2000 TL ve üzerinde olduğu ve ailesiyle yaşayanların sayısının yine daha fazla olduğu bulgular arasındadır. Çocukluklarını şehirde büyüyerek geçirenlerin sayısı köy, kasaba vb. yerlerde büyüyenlere kıyasla daha fazladır.

Aile ilişkilerine ilişkin bilgi toplamayı hedefleyen sorularda katılımcıların büyük çoğunluğu anneleri tarafından bebeklik bakımı edindiklerini, çekirdek ailede büyüdüklerini ve ailelerinin çocukluklarında bütün bir yapıya sahip olduğunu belirtmişlerdir. Katılımcıların büyük çoğunluğunun anne-babalarının medeni durumu evli olarak süregelmektedir ve katılımcılar ailelerinin kendilerine karşı tutumlarını ilgili ve koruyucu olarak tanımlamışlardır.

Yetiştirilme tutumlarının yaşama biçimlerine ve problem çözmeye katkısı olduğunu düşünenlerin sayısı daha fazla bulunmuştur.

Psikiyatrik ve fiziksel tanılı bir rahatsızlığı olanların sayısı olmayanlara göre daha az bulunmuş olup, bağımlı hastaların oluşturduğu kontrol grubunda daha önce bağımlılık tedavisi görenlerin sayısı daha fazladır.

Bağımlı hastalarda çocukluk çağı travmalarının alkol ve madde kullanımına etkisinin araştırılması sürecinde, gruplar arasındaki kişisel değişkenlerin araştırılması, ölçek puanları üzerinden alınacak puanların incelenmesi dışında oluşabilecek anlamlı düzeydeki farklılıkların tespit edilmesi açısından önem arz etmektedir. Gökler ve Koçak (2008), madde kullanımıyla ilişkili olarak; cinsiyet, eğitim düzeyi, aile, yaş, ekonomik durum gibi faktörlerin etkili olabileceğini vurgulamıştır. Bu bağlamda katılımcıların kişisel bilgilerinin gruplar arasında değerlendirilmesi uygun bulunmuştur.

Yine yapılmış olan başka bir araştırmada, alkol ve madde bağımlısı olan yatan hastalarda sosyodemografik özellikler incelenmiştir ve her geçen gün daha büyük bir problem haline gelen alkol ve madde bağımlılığı için; aile ve çevre ilişkilerini, sosyal

yaşamı, iş ve eğitim düzeyini, ekonomik seviyeyi incelemek önem arz etmektedir (Asan vd, 2015). Araştırmada kullanılmış olan sosyodemografik değişkenler yapılan bu araştırmayı desteklemektedir.

Alkol ve madde bağımlılığı ile ilgili pek çok araştırma yapılmış ve neden olan birçok faktör bulunmuştur. Çocukluk dönemi travmaları da bu araştırmaların ortak noktalarından bir tanesidir. Yapılan bu çalışmada çocukluk çağı travmalarının tüm alt boyutları incelenmiş olup bazı değişkenler arasında alt boyutlarda anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir.

Çalışmada cinsiyet değişkeni deney grubu ve kontrol grubu arasında Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği üzerinden alınan puanlarla anlamlı bir farklılık göstermemektedir. Bu sonuç, Bostancı ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmanın örselenme yaşantıları açısından cinsiyete bağlı bir fark bulunamadığı sonuçlarıyla uyum göstermektedir. Cinsiyet değişkeni ve çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir fark bulunamaması sonucu, Taşkent'in (2010), alkol ve madde bağımlılığı olan ve olmayan bireylerle yaptığı ve çocukluk çağı travmalarını incelediği çalışmayla uyumludur. Brems ve arkadaşlarının 2004 yılında yaptıkları çalışmada buldukları kadınların %50'si ve erkeklerin %20'sinin çocukluk çağı travması yaşamış olduğu ancak çocukluk çağı travmalarının alkol-madde kullanımını etkiliyor olmasına rağmen cinsiyet değişkenine bağlı olmadığı sonucuyla yine uyum göstermektedir.

Bağımlı grubun 24 ve altı yaş ortalaması %25, 25-34 yaş arası ortalaması % 51.7, 35 yaş ve üzeri yaş ortalaması %23.3'tür. Yaş değişkeni deney ve kontrol grubunun ÇÇTÖ üzerinden aldığı puanlar arasında anlamlılık göstermemektedir. Bu bulgu, Taşkent (2010)'in alkol ve madde bağımlısı bireyleri çocukluk çağı travmaları ve dissosiyatif yaşantıları açısından incelediği araştırmasının sonucuyla benzerlik göstermektedir. Schutz ve arkadaşlarının 2004'te yapmış olduğu bir araştırmaya göre 18-34 yaş aralığında olan erkeklerde madde bağımlılığı daha fazla bulunmuştur. Bu araştırmanın sonucu ile farklılık göstermektedir. Bu araştırmayla uyumsuz olarak, Demirbek ve arkadaşlarının 1991'de AMATEM'de yaptıkları bir diğer çalışmada ise madde kullanım yaşının 13-15 yaştan itibaren başladığını ve çocukluk dönemi yaşantılarının ve aile ilişkilerinin madde kullanımını ve başlangıç yaşıyla ilişkili olduğunu bulunmuştur.

Eğitim düzeyi değişkeni, TÖ üzerinden alınan puanlarda fiziksel istismar alt boyutunda deney grubunda anlamlı bulunmuştur. Lise mezunu seviyesinde fiziksel istismar oranı en yüksek olarak bulunurken, ilköğretim seviyesindeki bireylerde sıra ortalaması en düşüktür. Çalışmaya katılan bireylerin eğitim düzeyleri niversite seviyesindedir, bu durum yapılan diğer araştırmadaki katılımcıların çoğunun ilköğretim ve lise mezunu olmalarının aksine bir sonuç sergilemektedir (Tuncer ve ark., 1987; Beyazyürek ve ark., 1990; Alpay ve ark., 1991). Eğitim düzeyindeki düşüklüğün madde kullanımını açısından bir zemin oluşturabileceği düşünüldüğü halde, elde edilen sonuçlar doğrultusunda ilköğretim düzeyindeki bağımlı birey sayısı en azdır ve travma türünde en düşük sıra ortalamasına sahip gruptur.

Çalışmanın medeni durum değişkenine bağlı olarak kontrol grubu ve deney grubu arasında çocukluk ağı Travmaları leği toplam puan ve alt boyutları üzerinden alınan puanlarla anlamlı bir fark göstermemektedir. Bu durum yapılan benzeri çalışmalarla paralellik göstermemektedir. Arıkan ve Coşar'ın (1996) yaptığı araştırmaya göre, bağımlılarda, evlilik oranı yüksek bulunmasına rağmen, boşanma ve aile sorunları anlamlı ölçüde yüksek bulunmuştur. Yine bağımlıların en sık boşanma oranına sahip oldukları başka bir araştırma ile tespit edilmiştir (Arıkan ve Coşar, 1996). Madde kullanımının ve bağımlılığın, aile problemlerine yol açarak evlilikleri sonlandırdığı düşünülmektedir. Bu çalışmanın başlangıcında anlamlı bir farklılık yaratması beklenen medeni durum değişkeni, yapılan analizler neticesinde beklenenin aksine bir sonuç ortaya koymuştur.

Çalışmanın gelir durumu değişkeni sağlıklı bireyler ve bağımlı hastalar arasında TÖ lek puanları üzerinden alınan puanlarla anlamlı bir fark yaratmamıştır. Asan ve arkadaşlarının 2015 yılında yapmış olduğu, AMATEM'de yatan hastalarla sosyodemografik özellikleri araştıran çalışmada bulmuş olduğu madde ve alkol bağımlısı bireylerin gelir durumlarında anlamlı farklılıklar olması ve bunun yanı sıra farklı gelir seviyelerinde bağımlılık özelliklerinin farklılaştığı sonucunu, bu çalışmanın sonuçlarıyla uyumsuzdur. Çocukluk ağı travmalarına neden olan faktörler arasında ekonomik problemler öncelikli etkiyi yaratmaktadır. (Zeytinoğlu, 1999; Polat, 2001; Horton ve Cruise, 2001; Güler ve ark., 2002; Erginer ,2007). Literatürdeki ulaşılabilen araştırmaların büyük çoğunluğu gelir düzeyinin düşüklüğü ile istismar veya ihmalin ilişkili olduğu yönündedir ancak bu çalışmamızı destekler nitelikte değildir.

Çocukluğun geçtiği yer değişkenine bağlı ÇÇTÖ üzerinden alınan puanlar, kontrol grubu ve deney grubu arasında anlamlı bir fark oluşturmuştur. Bağımlı grup için şehirde çocukluğunu geçirenlerde fiziksel ihmal boyutu sıra ortalaması en yüksektir. Sağlıklı bireylerden oluşan kontrol grubu içinse şehirde çocukluğunu geçirenlerde fiziksel istismar boyutu sıra ortalaması en yüksek bulunmuştur.

Sahip olunan aile tipine göre ÇÇTÖ üzerinden alınan puanlar kontrol ve deney grubu arasında anlamlı bir farklılık göstermemiştir. Buna göre çekirdek ailede veya geniş ailede yaşamış olmak, çocukluk çağı travmalarına bağlı gelişen madde kullanımını etkilememiştir.

Çalışmada ailenin çocukluktaki durumuna göre ÇÇTÖ üzerinden alınan puanlar kontrol ve deney grubu arasında anlamlı bir fark yaratmıştır. Deney grubunda bütün ve parçalanmış ailede büyüyenler arasında fiziksel ihmal alt boyutunda anlamlı bir farklılık görülmüştür. Sonuçlara göre bütün bir aileye sahip olanların fiziksel ihmal oranı daha yüksektir. Kontrol grubu içinse bütün bir aileye sahip olanların duygusal istismar oranı daha yüksektir. Elde edilen sonuçlar Kahveci (2016)' nin çocukluk çağı travmaları ve borderline kişilik özelliklerini incelediği araştırmasının tersini göstermiştir. Aile ilişkilerinin güçlü olduğu, beraber yaşayan ebeveynleriyle büyüyen bireylerde istismar ve ihmalin en az seviyede bulunması beklenen bir sonuçtu. Ancak beklenenin aksine bütün ailede yetişen bireylerde, sağlıklı kişiler ve hasta bireylerde ihmal ve istismar tespit edilmiştir. Bunun sebebinin ise, son dönemlerde artan aile içi ihmal ve istismar olabileceği düşünülmektedir. Öz ebeveynleri tarafından istismar edilen, duygusal olarak kullanılan ve ihmale uğrayan bireyler artış göstermektedir. Fiziksel ihmal, çocuğun bakımının tam olarak sağlanmamasını, tıbbi gereksinimlerinin tam olarak karşılanamamasını, çocuğun yeterli ilgiyi görememesini içermektedir. Aileleler bütünlüğü sağladığı halde, aynı evin içinde birbirlerinden habersiz bir yaşam sürebilmekte ve çocuk anne veya baba dışında bir yetişkinin bakımına muhtaç kalabilmektedir. Bu durum ilerleyen zamanlarda çocuğun aradığı ilgiyi dışarda bulmaya çalışmasına, bakım ve ihtiyaçlarının karşılanması, ilgi görme ihtiyacı ile beraber sosyal çevrede kendini kabul ettirme isteğine ve bu sosyal destek arayışı içinde alkol, madde vb. nin yaygınlaştığı ortamlara girerek bu alışkanlıkları edinebilmelerine yol açtığı düşünülmektedir.

Yapılan çalışmada anne-baba tutumlarına bağlı olarak ÇÇTÖ puanları üzerinden alınan puanlarda bağımlı grup için anlamlı bir farklılık görülmemiştir. ÇÇTÖ ölçeği cinsel istismar alt boyutunda ve fiziksel ihmal alt boyutunda anlamlı bir farklılık saptanmıştır. Anne ve babasını ilgili ve koruyucu olarak tanımlayan sağlıklı bireylerde cinsel istismar ve fiziksel ihmal sıra ortalaması en yüksektir. Deney grubunda anlamlı bir fark görülmemesine karşın, kontrol grubunda görülen cinsel istismar düzeyinin aşırı kontrolcü ebeveynler tarafından yetiştirilmiş olmak olduğu düşünülmektedir.

Anne ve babası evli/boşanmış bireylerde kontrol ve deney grubu arasında ölçek puanı ve alt boyutları üzerinden alınan puanlarda anlamlı düzeyde bir farklılık yoktur.

Yetiştirilme biçiminin katkısı olduğunu düşünenler değişkeni iki grup arasında anlamlı bir farklılık göstermiştir. Yetiştirilme biçiminin hayat sorunlarıyla başa çıkmada katkısını düşünen deney grubunda fiziksel ihmal boyutu sıra ortalaması en yüksek bulunmuştur. Kontrol grubunda ise katkısı olduğunu düşünenlerin fiziksel istismar boyutu sıra ortalaması en yüksektir. Kahveci (2016)'nin araştırmasında çocukluk çağı travmalarına yetiştirilme biçimlerinin etkisiyle ilişkili bulunduğu sonuçlar bu sonuçla uyum göstermemektedir. Yetiştirilme biçiminin sorunlarla başa çıkmada katkısı olduğunu düşünen bireylerde çocukluk çağı travmalarının daha düşük olması beklenirken zıt yönde çıkan bu sonucunun nedeninin, çalışmaya alınan katılımcıların bilerek ters cevap vermiş olabileceği veya açıklıkla cevap vermiş olmayabileceği olduğu düşünülmektedir.

Daha önce bağımlılık tedavisi gören ve ilk kez tedavi gören bağımlı hastaların ÇÇTÖ ölçek puanları üzerinden aldıkları sonuçlarda anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Tanlı bir fiziksel rahatsızlığa sahip olma değişkeninde deney grubunda sıra ortalamalarında anlamlı bir farklılığa rastlanmazken, kontrol grubu fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal alt boyutlarında fiziksel bir rahatsızlığa sahip olmayanların sıra ortalaması en yüksek bulunmuştur. Tanlı bir psikiyatrik rahatsızlığa sahip olma değişkeninde ise deney grubunu oluşturan bağımlı hastalarda, tanıli bir rahatsızlığı olmayanların fiziksel ve duygusal ihmal alt boyutları anlamlı bir farklılık göstermektedir. Bu sonuç, Kahveci (2016)'nin borderline kişilik bozukluğunda çocukluk çağı travmaları ile ilgili yapmış olduğu araştırmasının sonuçları ile farklılık göstermektedir.

Aile ilişkileriyle ilgili bir diğer değişken ise kiminle yaşandığıdır. Yalnız,

ailesiyle veya eşiyle yaşayan bireylerde kontrol ve deney grubu arasında sıra ortalamasında bir farklılık bulunmamıştır.

Temel bakım sağlayan değişkeninde ise deney ve kontrol grubu arasında ölçek üzerinden alınan puanlarda farklılık görülmemiştir.

Çalışmada yapılan korelasyon analizi sonucunda Madde Kullanımı Tarama Testi ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği arasında negatif yönde anlamlı ve zayıf bir ilişki bulunmuştur. Bireylerin DAST-10 ölçek puanları arttıkça ÇÇTÖ puanları azalmış veya DAST-10 puanları azaldıkça ÇÇTÖ puanları artmıştır. Elde edilen sonuçlar literatürdeki diğer araştırmalarla farklılık göstermektedir. Banducci ve arkadaşlarının 2014 'te yaptığı araştırma sonuçlarına göre çocuklukta maruz kalınan travma şiddeti ve madde kullanımı pozitif korelasyon göstermektedir. Kullanılan madde türü farketmeksizin bağımlı bireylerde daha fazla çocukluk çağı travmasına rastlanmıştır. Yine Ovalı (2013)'nin yaptığı benzer bir araştırmada çocukluk çağı travmaları madde kullanımı olanlarda olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur aralarında pozitif ve anlamlı bir ilişki vardır ve bu çalışmada bulunan sonuçlarla uyumsuzdur. Literatüre bakıldığında zaman zaman madde kötüye kullanımı olan hastalarla yapılan çalışmalarda çoğunlukla çocukluk çağı travmaları sık bulunmaktadır (Adriana etc., 2010). Çocukluk çağı travması, alkol ve madde kullanımına yatkınlığı arttıran önemli nedenlerden biri olarak kabul edilmektedir (Widom, 1999).

Bu çalışmanın bulgularından farklı olarak, Dore'nin 1998 yılında yapmış olduğu bir diğer araştırmada çocuğa yönelik istismarın madde kullanımını %40-80 oranında arttırdığı bulunmuştur. Çocukluk çağı travmalarına alkol ve madde bağımlılarında genel topluma oranla daha sık rastlanmaktadır. Başka bir araştırmada, fiziksel şiddete maruz kalmış erkeklerde %70-83 oranında alkol-madde kullanımı olduğu bulunmuştur. Başka bir çalışma, fiziksel istismarın madde kullanma ihtimalini iki kat arttırdığını göstermiştir (Riggs etc., 1190; Huang, 2007). Fendrich ve arkadaşlarının 1997 yılında yaptığı bir diğer araştırmada uçucu madde kullanan 88 kişiden %59'unda fiziksel ve cinsel istismar tespit etmiş, çocukluk dönemi travmatik yaşantılarının madde kullanımı ile arasında pozitif yönde anlamlı ilişkiler bulunmuştur. McCauley ve arkadaşları tarafından 1997 yılında yapılan araştırmada ise, bağımlılarda çocukluk çağı travmalarının yaygınlık oranının %30-59 arasında olduğunu ve genel popülasyona kıyasla daha sık görüldüğü tespit edilmiştir.

DAST-10 ile ÇÇTÖ alt boyutlarından fiziksel ihmal alt boyutu arasında negatif yönde zayıf ve anlamlı bir ilişki tespit edilmiştir. Bu sonuca göre, fiziksel ihmal oranı artan araştırma grubunda bağımlılık derecesi azalmaktadır. Elde edilen sonuç literatürdeki sonuçlarla örtüşmemektedir. Örsel ve arkadaşlarının 2011’de yapmış olduğu bir araştırmanın sonuçlarına göre cinsel istismara uğrayan bireylerde alkol/madde bağımlılığı ve kötüye kullanımı istatistiksel olarak daha yüksek bulunmuştur. Cinsel istismar oranı yükseldikçe bağımlılık şiddeti ve sıklığı da artış göstermektedir.

Michigan Alkolizm Tarama Testi ve ÇÇTÖ arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Chasan (2010)’ın yılında yapmış olduğu alkol bağımlısı olan ve olmayan bireylerde çocukluk çağı travmalarını incelediği araştırmanın sonucuna göre bağımlı bireylerde çocukluk çağı travmaları daha yüksektir. Bu bulgu literatürdeki birçok araştırma ile uyumludur (Enoch ve etc., 2010; Felitti etc., 1998; Nelson ve ark., 2006; Rothman ve ark., 2008; Shin etc., 2009; Wu etc., 2010). Mırsal ve arkadaşlarının 2004 yılında yapmış olduğu alkolik bireylerde çocukluk çağı travmalarını incelediği çalışmada bu sonucu destekler niteliktedir. Felitti ve arkadaşlarına (1998) göre, çocukluk dönemi travmaları alkolizm riskini 4-12 kat arttırmakta, Wu ve arkadaşlarına (2010) göre ise her bir travma ömür boyu alkolizm riskini %16 yükseltmektedir. Khantizan (2003)’in kendini tedavi hipotezi baz alındığında alkolün stres azaltıcı bir özellik taşıması, alkol bağımlılığına yol açabilmekte ve kullanımının pekişmesini sağlamaktadır. Literatürdeki bu bulgular ışığında, çocukluk travmalarının alkol kullanımını arttırıcı bir etkisi olduğu söylenebilir ve alkol kullanımı ile çocukluk çağı travmaları arasında pozitif yönde korelatif bir ilişki yaratması beklenen bir sonuçken, yapılmış olan bu çalışmada ise alkol bağımlılığı ve çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamıştır.

Gruplar çocukluk çağı travmaları ölçek puanları açısından incelendiğinde, alkol bağımlıları, madde bağımlıları ve kontrol grubu arasında alt ölçeklerin tamamında ve toplam puanda anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Şahiner (2012)’nin yapmış olduğu benzer bir araştırmanın sonuçlarına göre bu çalışmanın aksine, alkol bağımlılarında tüm alt ölçeklerde anlamlı bir fark tespit edilmemiş olup, madde bağımlılarında duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve fiziksel ihmal anlamlı farklılıklar yaratmıştır. Duygusal ihmal ölçeğinde ise anlamlı bir sıra ortalaması bulunmamaktadır.

Yine yapılmış olan bir diğer çalışmada erkek alkol ve madde bağımlısı hastalarda çocukluk çağı travmaları incelenmiştir (Özçetinkaya, 2011). Bu çalışmanın sonuçlarından farklı olarak ÇÇTÖ alt boyutları arasında fiziksel ihmal alt boyutu alkol bağımlısı olan hastalarda, madde bağımlılarına göre daha yüksek bulunmuştur. Çınar (2010)'ın erkek bağımlı hastalarla yapmış olduğu çocukluk çağı travmalarının dürtüsellik, öfke ve agresyonla ilişkisini ölçen çalışmada cinsel istismar dışındaki tüm ihmal ve istismar tiplerinde madde bağımlılarında alkol bağımlılarına göre anlamlı bir farklılık görülmüş ve sıra ortalamaları yüksek bulunmuştur ve çalışmamızın sonuçlarıyla uyum göstermemektedir.

Araştırma gruplarında bağımlılardan oluşan hastalar tek bir grup olarak ve sağlıklı bireyler karşılaştırıldığı zaman anlamlılık görülen tek alt boyut, duygusal ihmal alt boyutudur. Sağlıklı bireylerde anlamlı bir sıra ortalaması yaratmış olmasıyla beraber, araştırma grubunda anlamlı bir puan farklılığı göstermemiştir.

Bağımlı erkek hastalar ve sağlıklı erkek bireylerin ÇÇTÖ toplam puanları arasında belirgin bir farklılık bulunmamaktadır. Benzer şekilde kadın hasta sayısının az olmasına rağmen bağımlı kadın hastalar ve sağlıklı kadın bireyler ÇÇTÖ toplam puanları açısından karşılaştırıldığında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır.

Araştırma grupları bağımlı grup ve sağlıklı grup olarak karşılaştırıldığında ise ÇÇTÖ ölçek puanları arasında anlamlı bir fark görülmemektedir.

5.1.SINIRLILIKLAR

- 1) Bu araştırma İstanbul ilindeki özel bir hastanede yatan hastalardan elde edilen verilerle gerçekleştirilmiş olup benzer koşullara sahip bireylerle çalışılmıştır.
- 2) Yapılan araştırmada 60 bağımlı hasta, 50 sağlıklı birey kullanılmıştır. Araştırmanın konusuna göre katılımcı sayısı az kalmış ve çıkan sonuçları negatif yönde etkilediği düşünülmektedir.
- 3) Araştırmadaki deney grubu karma popülasyondan seçilmesine rağmen, deney grubu hastanede yatan hastalarla sınırlı kaldığı için, verilmiş cevapların birbirine benzeyebileceği, sosyodemografik özelliklerin birbirine yakın olduğu düşünülmektedir.
- 4) Deney grubundaki kadın hasta sayısı 3'tür. Bu durum eşit bir cinsiyet dağılımı sağlamamıştır.
- 5) Alkol ve madde bağımlılarının sayısının birbirine yakın tutulması hedeflenmiş olan çalışmada, araştırmanın yapıldığı tarihlerde yatan hasta sayısı nedeni ile istenilen alkol bağımlılığı tanısı almış hasta sayısına ulaşamamıştır.
- 6) Ölçek toplanması esnasında hastaların belirli bir süre ile sınırlı olarak hastanede yatıyor olması sınırlılıklardan bir tanesidir.
- 7) Yapılan araştırma kesitsel bir çalışma olduğu için tüm evreni yansıtmamaktadır. Belirli bir örneklem grubuyla sınırlı kalmıştır.
- 8) Deney ve kontrol grubu kişi sayısında belirgin farklılık bulunmaktadır. Deney grubunda erkek, kontrol grubunda kadın sayısı daha fazladır.

5.2.SONUÇ ve ÖNERİLER

SONUÇ

Bu araştırma yatarak tedavi gören alkol ve madde bağımlısı hastalardaki çocukluk çağı travmalarının, sağlıklı bireylerle karşılaştırarak alkol ve madde kullanımına etkisini incelemeyi amaçlayan kesitsel bir çalışmadır. Amaca uygun olarak seçilen 60 alkol ve/veya madde bağımlısı hasta ile 50 sağlıklı birey, sosyodemografik özellikler ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği üzerinden aldıkları puanlara göre değerlendirilmiş ve karşılaştırmaları yapılmıştır.

Araştırmanın sonucunda madde bağımlılığı tanısı almış olan bireylerde bağımlılık şiddeti arttıkça travma oranının azaldığı veya tam tersi bağımlılık şiddeti azaldıkça travma oranının arttığına dair negatif ve anlamlı bir sonuç elde edilmiştir.

Çalışmaya katılan bireylerin sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi sonucunda, eğitim düzeyi, çocukluğun geçtiği yer, ailenin çocuklukta yapıları, yetiştirilme biçimlerinin yaşama olan katkısı ve psikiyatrik tanılı bir rahatsızlığın var oluşu değişkenlerinde anlamlı farklılıklar bulunmuştur.

ÇÇTÖ alt boyutların gruplar arası karşılaştırılmasında ise anlamlı bir farklılık bulunmamıştır.

Sonuç olarak, yapılan bu araştırmaya göre bağımlı hastalarda alkol ve madde kullanımı ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmamış olup, gelecek çalışmalara ışık tutması ve geliştirilmesi beklenmektedir.

ÖNERİLER

- 1) Araştırmanın örneklem grubunu tanımlayıcı özelliklerine ilişkin daha çok veri elde edilebilmesi adına sosyodemografik değişkenler çeşitlendirilebilir.
- 2) Araştırmanın en büyük sınırlılıklarından biri olan İstanbul NP Hastanesi popülasyonu genişletilerek diğer hastanelerden elde edilecek katılımcılar örnekleme dahil edilebilir.
- 3) Araştırmanın örneklem grubu 60 bağımlı hasta, 50 sağlıklı birey olmak üzere 110 kişiyle sınırlı kalmıştır. Güvenilir sonuçlar elde edebilmek için katılımcı sayısı artırılabilir.
- 4) Araştırmadan elde edilen veriler DAST-10, Michigan Alkolizm Tarama Testi ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ile sınırlı kalmıştır. Alkol ve madde kullanım şiddetini belirlemek için farklı ölçekler kullanılabilir.
- 5) Literatürde çocukluk çağı travmaları ve alkol-madde bağımlılığı ile yapılan ayrı ayrı pek çok çalışma bulunmasına rağmen, cinsiyet dağılımı eşit değildir ve erkek hastalarla yapılan çalışmalar daha fazla bulunmaktadır. Cinsiyeti eşit tutarak yapılacak olan çalışmalar klinik anlamda önem arz etmektedir.

KAYNAKÇA

- Abay, E., & Ateş, İ. (2001). Bağımlılığın Genetiği. *Bağımlılık Dergisi* , 2(2), 68-70.
- Adriana, M., Florence , K., & Maria Lucia, O. (2010). Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse & Neglect*(34), 95-104.
- Afifi, T., Brownridge, D., Cox, B., & Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. . *Child Abuse and Neglect*, 30(10), 1093-1103.
- Ağırman, A., & Maner, F. (2010). Yeme Bozuklukları ve Duygusal İstismar : Olgu Sunumu . *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* (23), 121-127.
- Aile Araştırma Kurumu. (1997). Uyuşturucu Madde Kullanımının Aile Üstüne Etkisi. *Aile Araştırma Kurumu Yayınları Bilim Serisi*, 9.
- Aktay, M. (2014). Üniversite öğrencilerinde aleksitimi ve depresyonun yordayıcısı Olarak bağlanma stilleri. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Arel Üniversitesi, İstanbul.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı . *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 1(2), 95-119.
- Akvardar, Y. (2005). Alkol ile ilişkili bozuklukların epidemiyolojisi . *Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, Psikiyatri Alkol ve Madde Bağımlılığı Özel Sayısı* , 5-9.
- Alikasifoğlu, M., Erginöz, E., & Ercan, O. (2006). Sexual abuse among female high school students in İstanbul, Turkey . *Child Abuse Negl* (30), 247-255.
- Alpay, N., Maner, F., & Kalyoncu, A. (1991). AMATEM'de 1990 yılında yapılan madde bağımlılarının demografik özellikleri ve geçmiş yıllarla kıyaslanması. *27. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı* (s. 177). içinde
- Altındağ, A., Yanık, M., Yengil, E., & Karazeybek, A. (2005). Şanlıurfa'da Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanımı . *Bağımlılık Dergisi*, 6(2), 60-65.
- Amerikan Psikiyatri Birliği. (1998). *Mental bozuklukların tanısallık ve sayımsal el kitabı, dördüncü baskı(DSM IV)*. (E. Köroğlu, Çev.) Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Anthony, J., Warner, L., & Kessler, R. (1994). "Comparative Epidemiology of Dependence on Tobacco, Alcohol, Controlled Substances and Inhalants: Basic Findings From the National Comorbidity Survey" *Experimental and Clinical Psychopharmacology* . 2(3), 244-268.
- Aral, N., & Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmal ve istismarı . *Milli Eğitim Dergisi* (151), 36-39.

- Arıkan, Z. (2008). Alkol Kullanımına Bağlı Ruhsal ve Davranışsal Bozukluklar. I. E, T. E, & I. U içinde, *Güncel Klinik Psikiyatri* (s. 317-335). Ankara.
- Arıkan, Z., & Coşar, B. (1996). Alkol bağımlılığına demografik ve epidemiyolojik bir bakış. *Kriz Dergisi*, 4(2), 81-91.
- Arıkan, Z., Coşar, B., & Işık, A. (1996). Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevelansı. *Kriz dergisi, III.Psikiyatri sempozyumu özel sayısı, Alkol Madde Bağımlılığı*(4), 93-100.
- Arıkan, Z., Coşar, B., Işık, A., Candansayar, S., & Işık, E. (1996). Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevelansı . *Kriz Dergisi*, 4(2), 93-100.
- Asan, Ö., Tıkır, B., Okay, İ., & Göka, E. (2015). Bir AMATEM Birimine Başvuran Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu olan Hastaların Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 16(1), 1-8.
- Ayan, S. (2007). Aile içinde şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(3), 206-214.
- Aydemir, Ö., & Köroğlu, E. (2006). *Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler*. Ankara : Medicographics.
- Aysev, A., & Taner, Y. (2007). *Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. İstanbul: Golden Print .
- Babaoğlu, N. (1997). *Uyuşturucu ve Tarihi* . Ankara: Kaynak Yayınları.
- Bahar, A. (2007). Şizofreni ve Damgalama. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 2(4), 101-110.
- Bahar, G., Savaş, H., & Bahar, A. (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme . *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 51-65.
- Balcıoğlu, İ., & Abanoz, Y. (1984). Madde Bağımlılığı- İntihat- Sanık Psikolojisi . *Dirim Tıp Gazetesi* (1), 15.
- Balcıoğlu, İ., & Abanoz, Y. (1984). Madde Bağımlılığı, İntihar, Sanık Psikolojisi. *Dirim Tıp Gazetesi*, 1, 15.
- Banducci, A., Hoffman, E., Lejuez, C., & Koenen, K. (2014). The Relationship between Child Abuse and Negative Outcomes among Substance Users: Psychopathology, Health, and Comorbidities . 39(10), 1522-1527.
- Başkurt, İ. (2003). Gençlik, "Madde Bağımlılığı ve Korunma Yolları" Psiko-sosyal Bir Yaklaşım . *İlahiyat Fakültesi Dergisi* , 4(8), 10.
- Başkurt, İ. (2010). Gençlik, "Madde Bağımlılığı ve Korunma Yolları" Psiko-sosyal Bir Yaklaşım,. *İÜ, İlahiyat Fakültesi Dergisi (İFD)*, 4(8), 10.
- Bayram, V. (2016). Eğitim Çalışanlarının Tükenmişlik ve Depresyon Düzeylerinin İncelenmesi, Yüksek Lisans Tezi. 18-19. İstanbul.

- Beck, A. (2008). *Kişilik Bozukluklarının Bilişsel Terapisi*. (Ö. Yalçın, & N. Akçay, Çev.) İstanbul: Litera Yayıncılık.
- Beitchman , J., Zucker, K., Hood, J., DaCosta, G., Akman, D., & Cassavia, E. (1992). A review of the long-term effects of child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect* (Cilt 16, s. 101-118). içinde
- Bekar Özen, E. (2014). Bağımlılık yapıcı madde kullanımı olan hemşireler ve hemşirelik hizmetleri yönetiminin yaklaşımı: bir literatür incelemesi. *Sağlık ve Hemşirelik Yönetimi Dergisi*, 1, 43-47.
- Bektaş, H. (1991). *Uyuşturucu Batağı* (Cilt 16). İstanbul: Milliyet Yayınları .
- Bendixen, M., Muus, K., & Schei, B. (tarih yok). The impact of child sexual abuse- a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse and Neglect*, 18(10), 837-847.
- Bernet, W. (2000). Child maltreatment. B. Sadock, & V. Sadock içinde, *Comprehensive textbook of psychiatry (7th ed)* (s. 2878-2889). Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins .
- Bernstein , D., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., & Lovejoy, M. (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect . *Am J Psychiatry* (151), 1132-1136.
- Bernstein, D., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire, a retrospective self-report: Manual* . San Antonio, TX : Psychological Corporation.
- Bernstein, D., Stein, J., Newcomb, M., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., et al. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire . *Child Abuse and Neglect* , 27(2), 169-190 .
- Beyazyürek, M., Alpkan, L., & Karamustafaloğlu, K. (1990). Uyuşturucu madde bağımlılarında sosyodemografik özellikler . *Düşünen Adam* (3), 59-61.
- Bilgin, N. (2013). *Sosyal Psikoloji*. İzmir: Ege Üniversitesi Basımevi.
- Bilir, Ş., Arı, M., Dönmez, N., & Güneysu, S. (1991). 4-12 Yaşları Arasında 16.100 Çocukta, Örselenme Durumları ile İlgili Bir İnceleme. 1. Ulusal Kongresi . *Serbest Bildiriler Kitabı*, s. 45-53.
- Bilir, Ş., Arı, M., Dönmez, N., & Güneysu, S. (1999). 4-12 yaşları arasında 16100 çocukta örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. E. Konanç, İ. Gürkaynak, & A. Egemen (Dü) içinde, *Çocuk istismarı ve ihmali* (s. 9-18). Ankara : Pelin Ofset .
- Bland, R. (1997). Epidemiology of affective disorder: A review. *Can J Psychiatry*, 42, 367-377.
- Blume, A. (2005). Treating Drug Problems. *Drug Problems: an Overview* (s. 37). içinde Canada: John Wiley&Sons Yayınları.

- Bohn, M. (1993). Alcoholism. *Psychiatry Clinics of North America*(16), 679-692.
- Bostancı, N., Albayrak, B., Bakoğlu, İ., & Çoban, Ş. (2006). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi . *New Symposium Journal*, 44(2), 100-106.
- Botha, U., Koen, L., & Niehaus, D. (2006). Perceptions of a South African Schizophrenia Population with regards to Community Attitudes towards their illness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(8), 619-623.
- Bozkurt, N. (2004). Bir Grup Üniversite Öğrencisinin Depresyon ve Kaygı Düzeyleri ile Çeşitli Değişkenler Arasındaki İlişkiler. 29(133), s. 52-59.
- Brems, C., Johnson, M., Neal, D., & Freemon, M. (2004). Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services . *Am J Drug Alcohol Abuse* (4), 799-821.
- Briere, J., & Elliott, D. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women . *Child Abuse and Neglect* , 27(10), 1205-1222.
- Brown, G., & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *Am J Psychiatry*(148), 55-61.
- Brown, J., Cohen , P., & Johnson, J. (1999). Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (38), 1490-1496.
- Brust, J. (2004). *Neurological Aspects of Substance Abuse. Second Edition*. Philadelphia: Elsevier Butterworth Heinemann.
- Budak, S. (2000). *Psikoloji Sözlüğü*. Ankara: Bilim ve Sanat Yayınları.
- Bulut, I. (1996). *Genç Anne ve Çocuk İstismarı*. Ankara: Bizim Büro Yayınevi.
- Bulut, M., Savaş, H., Cansel, N., Selek, S., Kap, Ö., Yumru, M., et al. (2006). Gaziantep Üniversitesi Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları Birimine Başvuran Hastaların Sosyodemografik Özellikleri . *Bağımlılık Dergisi* (7), 65-70.
- Campbell, J., & Lewandowski , L. (1997). Mental and physical health effects of intimate partner violence on women and children . *Anger, Aggression and Violence* (20) , s. 353-374.
- Ceylan, M., & Türkcan, A. (2003). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri* . içinde İstanbul: Evrim Yayınları .
- Clark, R., Freeman Clark, J., & Adamec, C. (2007). *The encyclopedia of child abuse* . New York : Facts on File, Inc. An imprint of Infobase Publishing.
- Corey, G. (2008). *Psikolojik Danışma Psikoterapi Kuram ve Uygulamaları*. (T. Ergene, Çev.) Ankara: Mentis Yayınları .

- Coşkun, F. (2008). Gaziantep Üniversitesi Merkez Kampüsündeki Lisans Öğrencilerinde Alkol Ve Madde Kullanma Durumu. 188. Gaziantep Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Tezi, Gaziantep.
- Coşkunol, H. (1996). *Kitap 1, Alkol Bağımlılığı Tanı ve Tedavisi*. İzmir, Bornova: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları.
- Coşkunol, H., & Altıntoprak, E. (1999). Alkol kullanımının genetik yönleri. *Klinik Psikiyatri* (Cilt 2, s. 222-229). içinde
- Coşkunol, H., Bağdiken, İ., Sorias, S., & Saygılı, R. (1995). Michigan Alkolizm Tarama Testi'nin (MATT) geçerliliği . *Ege Tıp Dergisi* , 34(1-2), 15-18.
- Çakmak, D., & Evren, C. (2006). *Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları*. İstanbul : Özgül Matbaacılık.
- Çam, O., & Çuhadar, D. (2011). Ruhsal Hastalığa Sahip Bireylerde Damgalama Süreci ve İçselleştirilmiş Damgalama. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi - Journal of Psychiatric Nursing*, 2, 136-140.
- Çavuşoğlu, F. (2009). Sağlık Yüksekokulu Öğrencilerinin Madde Kullanımına Etki Eden Etmenler Ve Aileden Aldıkları Sosyal Desteğin Etkisi. 92. Samsun.
- Çelik , V. (2006). *Madde bağımlılığı ile mücadelede ortaöğretim öğretmenlerinin yeri ve önemi (Elazığ İli Örneği)*. Elazığ.
- Çetin, Y. (2013, Temmuz). Madde Bağımlılığı ve Yalova Ölçeğinde Madde Bağımlılığı Algısı.
- Çınar, Ö. (2010). ERKEK ALKOL/MADDE BAĞIMLILARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ ÖFKE, AGRESYON VE DÜRTÜSELLİKLE İLİŞKİSİ. 58. İstanbul.
- Davison, C., Neale, J., & Dağ, İ. (2004). *Anormal Psikoloji*. Ankara: Türk Psikologlar Derneği.
- Demirbek, B., Kalyoncu, A., & Alpay, N. (1991). Uçucu madde bağımlılarının uçucu madde kullanım ve sosyodemografik özelliklerinin incelenmesi . 25. *Ulusal Psikiyatrik Bilimler Kongresi Program ve Bildiri Özetleri Kitabı* (s. 180). içinde Antalya: Akdeniz Üniversitesi.
- Demirtaş, A. (2004). Kişiler arası Beklentiler ve Kendini Doğrulayan Kehanet. *İletişim Araştırmaları Dergisi*, 2(2), 33-53.
- Doğan, T., & Çetin, B. (2008). Üniversite Öğrencilerinin Sosyal Zeka Düzeylerinin Depresyon ve Bazı Değişkenlerle İlişkisinin İncelenmesi. *Uluslararası Bilimleri Dergisi*, 5(2).
- Doğan, Y. (1996). Alkol ve alkol dışı madde bağımlılığı. *Bağımlılık Kavramı ve Model Anlayışı*. (N. Dilbaz, Dü.) ankar.
- Dokgöz, H., & Afşin, H. (2004). Adli Diş Hekimliği . s. 311-323.

- Dore, M. (1998). *Impact and Relationship of Substance Abuse and Child Maltreatment: Risk and Resiliency Factors: What Research Tells Us*. Minneapolis.
- Dundee, J., & McIlroy, P. (1982). A history of the barbiturates. 726-734.
- Dunn, G., Ryan, J., & Dunn, C. (1994). Trauma symptoms in substance abusers with and without histories of childhood abuse . *Journal Psychoactive Drugs* (26), 357-360.
- EGM, & KOM. (2004). *Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Bülteni*. Ankara.
- EGM, & KOSMDB. (2005). *Türkiye Uyuşturucu 2005 Raporu*. Ankara.
- Elliman, D., & Lynch, M. (2000). The physical punishment of children. (83), s. 196-8 .
- Elliot, A., & Peterson, L. (1993). Maternal sexual abuse of male children. When to suspect and how to uncover it. *Postgraduate Medicine*, 94(1), 169-172.
- Emery, R., & Laumann-Bilings, L. (2003). Child abuse. M. Rutter, & E. Taylor içinde, *Child and adolescent psychiatry, 4th ed. Bath* (s. 325-329). Great Britain: Bath Press.
- Enoch, M., Hodgkinson, C., Yuan, Q., Shen, P., Goldman, D., & Roy, A. (2010). The influence of GABRA2, childhood trauma, and their interaction on alcohol, heroin, and cocaine dependence. *Biological Psychiatry* , 67(1), 20-27.
- Ergenç, G., & Yıldırım, E. (2007). *Madde Bağımlılığı ve Önleme Yolları Kılavuzu* . İstanbul .
- Erginer, F. (2007). Ankara İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Öğrencilerin Aileleri Tarafından İstismarı ve İhmaline İlişkin Görüşleri . Ankara: Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Yönetimi Teftişi Planlaması ve Ekonomisi Bilim Dalı .
- Erkman, F. (1999). Çocukların duygusal ezimi. E. Konanç, İ. Gürkaynak, & A. Egemen içinde, *Çocuk istismarı ve ihmali* (s. 127-134).
- Erol, N., Kılıç, C., & Ulusoy , M. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. T.C. Sağlık Bakanlığı Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Ersoy, M., & Varan, A. (2007). Ruhsal Hastalıklarda İçselleştirilmiş Damgalanma Ölçeği Türkçe Formu'nun Güvenirlik ve Geçerlik Çalışması. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 18(2), 163-171.
- Evren, C., & Kural, S. (2006). Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents. *Addictive Behaviors* , 475-485.
- Evren, C., Can , Y., Yılmaz, A., Ovalı, E., Çetingök, S., Karabulut, V., et al. (2013). Psychometric Properties of The Drug Abuse Screening Test (DAST-10) in Heroin Dependent Adults and Adolescents with Drug Use Disorder. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*(26), 351-359.

- Evren, C., Kural, S., & Çakmak, D. (2006). Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents. *Addictive Behaviors*, 3(31), 475-485.
- Evren, C., Ögel, K., & Uluğ, B. (2012). *Alkol Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi El Kitabı* (Cilt 14). Ankara: Türkiye Psikiyatri Derneği Yayınları.
- Evren, C., Şar, V., Karadağ, F., Tamar Gurol, D., & Karagöz, M. (2007). Dissociative disorders among alcohol-dependent inpatients. . *Psychiatry Research* , 152(2-3), 233-241.
- Evren, E., Saatçioğlu, Ö., Evren, B., Yapıcı, A., & Çakmak, D. (2003). Alkol kullanım bozukluğunda cinsiyet farklılığı: Yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi* , 4(3), 96-100.
- Fava, M., & Kendler, K. (2000). Major Depressive Disorder. *Neuron*. 28(2), s. 335-41.
- Felitti, V., Anda, R., Nordenberg, D., Williamson, D., Spitz, A., & Edwards, V. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine* , 14(4), 245-258.
- Fendrich, M., Mackesy-AMiti, M., Wislar, J., & Goldstein, P. (1997). Childhood abuse and the use of inhalants: differences by degree of use. . *American Journal of Public Health*, 87(5), 765-769.
- Fink, L., Bernstein, D., & Handelsman, L. (1995). Initial reliability and validity of the childhood trauma interview: A new multidimensional measure of childhood interpersonal trauma . *Am J Psychiatry* (152), 1329-1335.
- Friedeman, M. (2000, April 19). Post Traumatic Stress Disorder: The Latest Assessment and Treatment Strategies . *Compact Clinicals* .
- Frost, D. (2011). Social stigma and its consequences for the socially stigmatized. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(11), 824-839.
- Gabbard, O. (2000). Mood Disorders Psychodynamic Aspects. H. Kaplan, & B. Saddock içinde, *Comprehensive Textbook of Psychiatry* (s. 1328-1335). Baltimore:Lippincott Williams&Wilkins.
- Geçtan, E. (2006). *Psikodinamik Psikiyatri ve Normal Dışı Davranışlar*. İstanbul: Metis Yayınları.
- Ghodse, H. (1995). *Ghodse's Drugs and Addictive Behaviour A Guide to Treatment* . Cambridge University Press.
- Gibbs, L. (1983). Validity and reliability of the Michigan Alcoholism Screening Test: A review . *Drug and Alcohol Dependence* (Cilt 12, s. 279-285). içinde
- Goffman, E. (1963). Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.

- Goodwin, D. (1989). Biological Factors in Alcohol Use and Abuse: Implications for Recognizing and Preventing Alcohol Problems in Adolescence. *International Review of Psychiatry* (1), s. 41-49 .
- Gökler, R. (2006). Eğitimde çocuk istismarı ve ihmaline genel bir bakış. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi (TSA)*, 10(3), 47-76.
- Gökler, R., & Koçak , R. (2008). Uyuşturucu ve Madde Bağımlılığı . *Sosyal Bilimler Araştırmaları Dergisi* (1), 89-104 .
- Güleç, C., & Köroğlu, E. (1997). Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. *Psikiyatri Temel Kitabı* (s. 823-824). içinde Ankara.
- Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., & Aydoğan, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler . *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* , 24(3), 128-134.
- Gümüş, B. (2008). *Anksiyete Bozukluklarına Yönelik Tutumlar ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü*. Kocaeli: XV. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı.
- Güner, Ş., Güner, S., & Şahan, M. (2010). Çocuklarda Sosyal ve Medikal Bir Problem; İstismar . *Van Tıp Dergisi* , 17 (3), 108-113.
- Güney, M. (2004). Ruhsal Hastalıklarda Stigmatizasyonu Önlemek İçin Neler Yapılabilir? *Kriz Dergisi*, 12(1), 67-71.
- Hamarta, E. (2004). Üniversite Öğrencilerinin Yakın İlişkilerindeki Bazı Değişkenlerin (Benlik Saygısı, Depresyon ve Saplantılı Düşünme) Bağlanma Stilleri Açısından İncelenmesi. Yayınlanmamış Doktora Tezi. Selçuk Üniversitesi, Konya.
- Hamilton, M. (1960). A Rating Scale for Depression. 23(1), 56.
- Heim, D. (2000). Stigmatisation: classifying drug and alcohol misuse as mental illness. *br J Psychiatry*, 177, 566-7.
- Herman, J. (2007). *Travma ve İyileşme*. (T. Tosun, Çev.) İstanbul: Literatür Yayıncılık.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., & Narusk, A. (1997). *Alcohol and other drug use among students in 26 European countries*. The Swedish Council for Information on Alcohol (CAN). Sweden: ESPAD.
- Hisli, N. (1988). Beck Depresyon Envanterinin Geçerliği Üzerine Bir Çalışma. *Psikoloji Dergisi*, 22(6), 118-126.
- Horton, C., & Cruise , T. (2001). *Child Abuse and Neglect*. New York : The Guilford Press.
- Huang, S. (2007). The long-term effect of adverse childhood experiences on subsequent use of illicit drugs and alcohol in young adulthood: a prospective study. . Florida.

- İnce , A., Doğruer, Z., & Türkçapar, M. (2002). Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması . *Klinik Psikiyatri* (Cilt 5, s. 82-91). içinde
- Işıklı, S., & Irak, M. (2002). *Türkiye 'de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Nihai rapor.* Türk Psikologlar Derneği.
- Jacobi, G., Dettmeyer, R., Banaschak, S., Brosig, B., & Herrmann, B. (2010). Child abuse and neglect: diagnosis and management . (107), s. 231-39.
- Jadhav, S. (2000). The cultural construction of Western depression. *Anthropological Approaches to Psychological Medicine*, 41-65.
- Jain, A. (1999). Emergency Department Evaluation of Child Abuse . (17), s. 575-593.
- Johnson, C. (2000). Abuse and neglect of children. R. Behrman, R. Keliogman, & A. Arvin (Dü.) içinde, *Nelson textbook of pediatrics 18th edition* (s. 110-114). Philadelphia: WB Saunders.
- Johnson, J., Cohen, P., & Brown, J. (1999). Childhood maltreatment increased risk for personality disorders during early adulthood. *Arch Gen Psychiatry* (56), 600-606.
- Kalyoncu , Ö. (2010). *Plastik Düşler.* İstanbul .
- Kalyoncu, A., & Mirsal, H. (2000). Alkol Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4(1), s. 22-30,25.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2004). Maddeye bağlı bozukluklar. *klinik Psikiyatri* (E. Abay, Çev., s. 75-115). içinde İstanbul: Nobel Tıp Kitabevleri.
- Kaplan, H., & Sadock, B. (2007). *Comprehensive Textbook of Pscyhiatry* (s. 1137-1167). içinde Güneş Kitapevi Ltd.Şti Lippincott Williams ve Wilkins .
- Kaplan, S. (2002). Physical abuse and neglect. M. Lewis içinde, *Child and Adolescent Psychiatry. A Comprehensive Textbook 2nd ed.* (s. 1208-1215). Williams&Wilkins.
- Kaplan, S., Pelcovitz, D., & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse neglect research: a review of the past 10 years . *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (38), 1214-1220.
- Kara, B., Biçer, Ü., & Gökalp, A. (2004). Çocuk İstismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* (47), 140-151.
- Karataş, G. (2005). Psikiyatri Kliniğinde Bir YıllıkDönem Boyunca Yatan Hastalarda Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı. 7. Adana: Çukurıva Üniversitesi (ÇÜ), YYLT.

- Karayağız, Ş. (2013). Bipolar ve Unipolar Depresyonda Aleksitimi Düzeylerinin Karşılaştırılması ve Yaşam Kalitesi İle İlişkisi. Uzmanlık Tezi. Erciyes Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Kayseri.
- Karch, S. (1998). *Pathology of Drug Abuse*. CRC Press .
- Kasatura, İ. (1998). *Gençlik ve Bağımlılık*. İstanbul: Evrim Yayınları.
- Kasatura, İ. (1998). *Gençlik ve Bağımlılık*. İstanbul: Evrim Yayınları .
- Kasatura, İ. (1998). *Gençlik ve Bağımlılık. 1. Baskı*. İstanbul: Evrim Yayınevi ve Bilgisayar San. Tic. LTD. Ş.T.İ.
- Kepenekçi, Y. (2001). Hukuksal açıdan çocuk istismarı ve ihmali. *Katkı Pediatri Dergisi*, 22, s. 262-275.
- Khantzian, E. (1997). The Self-Medication Hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry* , 4(5), s. 231-244.
- Khantzian, E. (2003). The Self-Medication Hypothesis revisited: the dually diagnosed patient. *Primary Psychiatry*, 10(1), s. 47-54.
- Kılıç, C. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili*. Eksen Tanıtım Ltd., Ankara .
- Knutson, J., & Selner, M. (1994). Punitive childhood experiences reported by young adults over a 10-year period. (18), s. 155-66.
- Koçum, E. (2012). Bağımlılık Yapan Maddeler ve Etkileri. 10. Kayseri : Erciyes Üniversitesi (ERÜ).
- Koçum, E. (2012). Bağımlılık Yapan Maddeler ve Etkileri. 11. Kayseri.
- KOSMDB. (2014). *Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi, TUBİM 2014 Raporu*.
- Köknel, O. (2000). Duygudurum Bozukluklarının Tarihçesi. 1, 5-11.
- Köknel, Ö. (1998). Alkol ve Madde Bağımlılığı. *Bağımlılık*. içinde İstanbul: Altın Kitaplar.
- Köknel, Ö. (2005). *Ruhsal Çöküntü: Depresyon*. İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi, 6. Baskı.
- Köroğlu, E. (2004). *Psikonozoloji Tanımlayıcı Klinik Psikiyatri*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği.
- Köroğlu, E. (2016). Madde Kullanım Bozukluğu Sorununu Tanımlama. *Bağımlılıktan Kurtuluş: Alkol ve Madde Bağımlılığı Nelerdir? Nasıl Baş Edilir?* (s. 23). içinde Ankara: Hekimler Yayın Birliği.

- Kulak, H. (2006). Cinsel İşlev Bozukluğu Görülen Kadınlarda Geçmiş Travmatik Deneyimler . İstanbul : İstanbul Üniversitesi, AdliTıp Enstitüsü, Sosyal Bilimler Anabilim Dalı .
- Kulaksızoğlu, A. (2001). *Ergenlik Psikolojisi*. İstanbul: Remzi Kitabevi .
- Kuş Sallıard, E. (2010). Ruhsal Hastalara Yönelik Damgalamaya İlişkin Psikiyatrist Görüşleri ve Öneriler. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 21, 14-24.
- Lanius, R., Vermetten, E., & Pain, C. (2009). The Hidden Epidemic: The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease. Cambridge University Press.
- Lewis, D. (1992). From abuse to violence: Psychophysiological consequences of maltreatment . *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* , 31(3), 383-391.
- Livingston, R. (1987). Sexually and physically abused children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* , 26(3), 413-415.
- Lynch, M. (1999). Çocuk istismarı ve ihmali. E. Konanç, İ. Gürkaynak, & A. Egemen (Dü.). içinde
- MacMillan, H., Fleming, J., & Streiner, D. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am j Psychiatry*(158), 1878-1883.
- Maisto, S., Carey, K., & Bradizza, C. (1999). Psychological theories of drinking of alcohol 2nd edition. K. Leonard, & H. Blane (Dü) içinde, *Social learning theory* (s. 106-123).
- Marneros, A. (2006). *Mood disorders: Epidemiology and Natural History, Psychiatry* (Cilt 5).
- McCauley, K., Kern, D., & Kolodner, K. (1997). Clinical characteristics of women with history of childhood abuse. *JAMA*(277), 1362-1368.
- Mırsal, H., Kalyoncu, A., Pektaş, O., Tan, D., & Beyazyürek, M. (2004). Childhood trauma in alcoholics. *Alcohol&Alcoholism*, 39(2), 126-129.
- Molnar, B., Buka, S., & Kessler, R. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey . *American Journal of Public Helath* , 91(5), 753-760.
- Montgomery, S., & Asberg, M. (1979). A new depression scale designed to be sensitive to change. *The British Journal of Psychiatry*, 134(4), s. 382-389.
- Morrison, J. (2008). *Combating the Twin Epidemics of HIV/ AIDS and Drug Addiction*. Washington D.C.: The CSIS Press.
- Mutlu, E. (2000). Madde Bağımlılığı-Uçucu Maddeler. 22.
- Mutlu, E. (2000). Uçucu Maddeler. *Madde Bağımlılığı* (s. 22). içinde İstanbul.

- Myers, J., Weissman , M., & Tischler, G. (1984). Six month prevalence of psychiatric disorders in three communities: 1980- 1982. *Arch Gen Psychiatry*, 41, 959-970.
- National Child Abuse and Neglect Data System . (2008). *Child Maltreatment*. U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau.
- Navaro , L. (2007). *Tapınağın Öbür Yüzü*. içinde Remzi Kitabevi.
- Nelson, E., Heath, A., Lynskey, M., Bucholz, K., Madden, P., & Statham, D. (2006). Childhood sexual abuse and risks for licit and illicit drug-related outcomes: a twin study . *Psychological Medicine* , 36(10).
- Nurcombe, B. (2000). Child sexual abuse 1: psychopathology . *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* , 34(1), 85-91.
- Olçay, G. (2016). Alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören bireylerde algılanan sosyal destek ve umutsuzluk düzeyi arasındaki ilişkinin incelenmesi . s. 8.
- Oral, R., Can, D., Kaplan, S., Polat, S., Ateş, N., Çetin, G., et al. (2001). Child abuse in Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. . *Child Abuse & Neglect* , 25(2), 279-290.
- Orhon, F., Ulukol, B., Bingöler, B., & Gülnar, S. (2006). Attitudes of Turkish parents, pediatrics residents and medical students toward child disciplinary practices . *Child Abuse Negl* (30), 1081-1092.
- Otlu, B. (2008). Üniversite öğrencilerinin Depresyon Düzeylerinin ve Ailevi İşlevleri: Dokuz Eylül Üniversitesi, Buca Eğitim Fakültesi Örneği. *Dokuz Eylül Üniversitesi Buca Eğitim Fakültesi Dergisi*, 23, 30-35.
- Ovalı, İ. (2013). Madde kullanım bozukluğu, dikkat eksikliği, hiperaktif bozukluğu ya da her iki bozukluğa birden sahip olan ergenlerde madde kullanım özellikleri, çocukluk çağı travmaları ve algılanan sosyal desteğin değerlendirilmesi. 79. istanbul .
- Ögel , K. (2010). *Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, tedavi ve önleme*. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- Ögel, K. (2002). *Madde Bağımlılarına Yaklaşım ve Tedavi* . İstanbul : IQ Yayıncılık .
- Öncü , F., Ögel , K., & Çakmak, D. (2001). Alkol Kültürü -1: Tarihsel Süreç ve Meyhane Kültürü. *Bağımlılık Dergisi*, 3(2), s. 133-138.
- Örsel, S., Karadağ, H., Karaoğlan-Kahiloğulları, A., & Akgün-Aktaş, E. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi . *Anadolu Psikiyatri Dergisi* (12), 130-136.
- Özbay, Ö. (2007). Üniversite Öğrencileri Arasında Din ve Sosyal Sapma . *Sosyal Bilimler Dergisi (SBD)*, 31(1), 7.

- Özçelik, B. (2002). Çocukluk çağı cinsel ve fiziksel istismarının erişkin psikopatolojisi ile ilişkisi . İstanbul: Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi .
- Özçetinkaya, S. (2011). ERKEK ALKOL VE EROİN BAĞIMLILARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMASININ KİŞİLİK BOYUTLARI İLE İLİŞKİSİ. 43.
- Özden, S. (1992). *Uyuşturucu madde bağımlılığı (Teşhis-Tedavi-Tedbir)*. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi.
- Özhan, G., Bay, Y., İşgüzar, M., & Kardeş, G. (2010). *Madde Bağımlılığı ile Mücadele Öğretmen El Kitabı* . Ankara.
- Öztürk , M., & Uluşahin, A. (2008). *Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar* (Cilt 2). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Öztürk , M., & Uluşahin, A. (2008). *Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar* (Cilt 2). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Öztürk, M. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları*. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Öztürk, M. (2004). *Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. 10. Baskı*. Ankara: Nobel.
- Öztürk, M., & Uluşahin, A. (2001). *Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar* (s. 93). içinde Ankara .
- Öztürk, M., & Uluşahin, A. (2011). *Psikoaktif Madde Kullanımına Bağlı Bozukluklar. Ruh Sağlığı ve Bozuklukları* (s. 687-736). içinde Ankara: Nobel Tıp Kitabevi.
- Özyazıcı, A. (2007). *Alkollü İçkiler Sigara ve Madde Bağımlılığı. 8. Baskı*. Ankara: Yenigün Matbaacılık.
- Page-Zara. (2004). Çocuk cinsel istismarı: cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları*(7), s. 103-114.
- Pelcovitz, D., Kaplan, S., Ellenberg, A., Labruna, V., Salzinger, S., Mandel, F., et al. (2000). Adolescent Physical Abuse: Age at Time of Abuse and Adolescent Perception of Family Functioning. *Journal of Family Violence*, 15(4), 375-389.
- Pfefferbaum, B., & Allen, J. (1998). Stress in children exposed to violence. (7), s. 121-135.
- Piazza, N., & Wise, S. (1998). An Order-Theoretic Analysis of Jellinek's Disease Model of Alcoholism. *The International Journal of the Addictions*, 23(4), s. 387-397.
- Pınarcı, M. (2010). *Türkiye Uyuşturucu Raporu 2010*. T.C. İçişleri Bakanlığı Emniyet Genel Müdürlüğü, Ankara.
- Polat, O. (2001). *Çocuk ve Şiddet* . İstanbul: Der Yayınları .
- Polat, O. (2004). *Klinik Adli Tıp , 1.Baskı*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

- Polat, O. (2007). *Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı- 1 , Tanımlar* . Ankara: Seçkin Yayıncılık .
- Polat, O. (tarih yok). *Çocuk Hakları Nedir?* İstanbul: Analiz Yayınları .
- Pur, İ. (2007). Cinematherapy for alcohol dependent patients. s. 83.
- Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., & Judd, L. (1990). Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and Other Drug Abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study . *The Journal of the American Medical Association*, 264(19), 2511-2518.
- Renteria, S. (2005). Summary: sexual abuse of female children and adolescents- detection, examination and primary care. . *Ther Umsch*(62), 230-237.
- Riggs, S., Alario, A., & McHorney, C. (1990). Health risk behaviors and attempted suicide in adolescents who report prior maltreatment. *The Journal of Pediatrics* , 116(5), 815-821.
- Rothman, E., Edwards, E., Heeren, T., & Hingson, R. (2008). Adverse Childhood Experiences Predict Earlier Age of Drinking Onset: Results From a Representative US Sample of Current or Former Drinkers. *Pediatrics*, 122(2), 298-304.
- Runyuan , D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F., & Ramiro, L. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwi, & R. Lozano içinde, *World report on violence and health*. Geneva: World Health Organization.
- Sadock, B., & Sadock, V. (2004). Problems related to abuse and neglect. R. Cancro (Dü.) içinde, *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry* (s. 370-376). Lippincott Williams & Wilkins .
- Sadock, B., & Sadock, V. (2009). *Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry* . İstanbul : Güneş Kitabevi .
- Saraçlı, Ö. (2007). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara,Alkol ve Madde Kullanımı ile İlişkili Bireysel ve Psikososyal Faktörler. 57. Zonguldak: Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, YYLT.
- Sayı1, I. (2000). *Ruh Sağlığı ve Hastalıkları*. Ankara: Öncü Basımevi.
- Schaefer, M., Sobieraj, K., & Hollyfield, R. (1988). Prevalence of childhood physical abuse in adult male veteran alcoholics. *Child Abuse Negl.* (12), 141-149.
- Schuckit, M. (2000). Alcohol-Related Disorders. B. Sadock, & V. Sadock içinde, *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 7th edition* (s. 953-971). Lippincott Williams & Wilkins.
- Schütz, C., Chilcoat, H., & Antony, J. (1994). The association between sniffing inhalants and injecting drugs. *Compr Psychiatry*, 35(2), 99-105.

- Sher, L. (2006). Alcohol consumption and suicide. s. 57-61.
- Shin, S., Edwards, E., & Heeren, T. (2009). Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addictive Behaviors*, 34(3), 277-280.
- Shull, J. (1999). *Emotional and psychological child abuse: Notes on discourse, history and change*. .
- Simpson, T., & Miller, W. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. *A Review. Clin Psychol Rev*(22), s. 27-77.
- Simpson, T., & Miller, W. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clinical Psychology Review* (22), 27-77.
- Şiyez, D. (2003). Duygusal istismara maruz kalan ve kalmayan ergenlerin benlik algıları ile depresyon ve kaygı düzeylerinin karşılaştırılması . İzmir : Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü .
- Smith, R. (2012). Segmenting an Audience into the Own, the Wise, and Normals: A Latent Class Analysis of Stigma-Related Categories. *Communication Research Reports*, 29(4), 257-265.
- Spradley, B., & Allender, J. (1996). *Community Mental Health Nursing* . Philadelphia: Lippincott Company.
- Sussman, S., & Ames, S. (2008). *Drug Abuse*. Cambridge University Press.
- Şahiner, Ş. (2012). ALKOL VE MADDE BAĞIMLILARININ SOSYODEMOGRAFİK ÖZELLİKLER ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI BAŞA ÇIKMA YÖNTEMLERİ VE KİŞİLİK ÖZELLİKLERİ AÇISINDAN KARŞILAŞTIRILMASI. Ankara.
- Şahiner, Ü., Yurdakul, K., & Kavak, U. (2001). Tıbbi açıdan çocuk istismarı . *Katki Pediatri Dergisi* (22), 276-85.
- Şar, V., Öztürk, E., & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* , 32(4).
- Şengül, C., & Herken, H. (2009). Genetikten epigenetiğe alkol bağımlılığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 10(3), 239-245.
- Şenkal, İ. (2013). Üniversite Öğrencilerinde Çocukluk Çağı Travmaları ve Bağlanma Biçiminin Depresyon ve Kaygı Belirtileri İle İlişkisinde Aleksitiminin Aracı Rolünün İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Hacettepe Üniversitesi, Ankara.
- Şimşek, F., Ulukol, B., & Bingöler, B. (2004). Çocuk İstismarına Disiplin Penceresinden Bakış . *Adli Bilimler Dergisi* , 3(1), 47-52.

- Şireli , Ö. (2012). Depresyon Tanısı Almış Ergenlerde Anne Baba Kabul Reddi-Kontrolü ve Aile İçi İlişkilerin Depresyon Şiddetine Etkisi. *Tıpta Uzmanlık Tezi*.
- Tan, O. (2008). *Depresyon (7. Baskı)*. İstanbul: Timas Yayınları.
- Taner, Y., & Gökler , B. (2004). Çocuk İstismarı ve ihmali : psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi (35)*, s. 82-86.
- Taner, Y., & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. (35), s. 82-86.
- Tarhan, N. (2011). *Kadın Psikolojisi*. İstanbul: Nesil Yayıncılık.
- Tarhan, N., & Nurmedov, S. (2015). Bağımlılık Nasıl Gelişir. *Bağımlılık* (s. 142). içinde İstanbul: Timaş Yayınları .
- Taşkent, A. (2010). Alkol Ve/Veya Madde Bağımlıları ile Bağımlılığı Olmayan Bireylerin Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağımlılık Şiddetinin Savunma Mekanizmaları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. 13. Maltepe Üniversitesi SBE Yüksek Lisans Tezi, İstanbul.
- Taşkın, E. (2007). Ruhsal hastalıklarda damgalama ve ayrımcılık. Stigma Ruhsal Hastalıklara Yönelik Tutumlar ve Damgalama. 1. Baskı. *Meta Basım Matbaacılık*, 17-30.
- Taylor, L., & Leeman, R. (2009). Alcoholism. G. Fischer , & N. Roget içinde, *Encyclopedia of substance abuse prevention treatment, & recovery1&2* (s. 44-50). Los Angeles: Sage Publication.
- Tekalan , A. (2012). Uyuşturucu Maddelere Genel Bir Bakış. *Yeşilay, Bağımlılık Tedavisi, Aylık sağlık, Eğitim ve Kültür Dergisi*, 87(936), 32.
- Tekin, M. (2008). Üniversite Öğrencilerinde Bilişsel Model Çerçevesinde SosyalAnksiyete Bozukluğu ve Alkol Kötüye Kullanımı İlişkisi. s. 203.
- Tezcan, E. (2000). Depresyonun Ayırıcı Tanısı. *Duygudurum Dizisi*, 2, 77-98.
- Tezel, A. (2003). Postpartum Depresyon Riskli Kadınlarda Bakım ve Eğitimin Depresyon Belirti Düzeyine Etkisinin Karşılaştırılması. Doktora Tezi. Atatürk Üniversitesi, Erzurum.
- Tıraşçı, Y., & Gören, S. (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi* , 34(1), 70-74.
- Topbaş, M. (2004). İnsanlığın Büyük Bir Ayıbı: Çocuk İstismarı . *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni* , 3(4), 76-80.
- Tosun, M. (2008). Madde Bağımlılığına Genel Bakış. *İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. Sempozyum Dizisi*, 62, 201-220.

- Triffleman, E., Marmar, C., Delucchi, K., & Ronfeldt, H. (1995). Childhood trauma and posttraumatic stress disorder in substance abuse inpatients . *J Nerv Ment. Dis* (183), 172-176.
- Tucci, A., Kerr-Correa, F., & Souza-Formigoni, M. (2010). Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse and Neglect* , 34(2), 95-104.
- Tuğrul, M. (2015). Migren ve Depresyon Hastalıklarına Sahip Olan Bireylerin Bakım Verme Yükleri Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Tarzlarının Belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi. Yıldırım Beyazıt Üniversitesi.
- Tuncer, C., Ersil, Ç., Beyazyürek, M., & Beşikçi, N. (1987). Alkol bağımlısı hastalarda bir demografik çalışma. *23.Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi Bilimsel Çalışmaları Kitabı* (s. 184-187). içinde
- Turhan, E., İnandı , I., Özer , C., & Akoğlu, S. (2011). Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, Şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi* (9), 33-44.
- Turhan, E., Sangün, Ö., & İnandı, T. (2006). Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi . *Sted*(15), 153-157.
- Turla, A. (2002). Çocuk istismarı ve ihmali oldularında tıbbi yaklaşım . *O.M.Ü. Tıp Dergisi* , 19(4), 291-300.
- Türkoğlu, E., Kuğu, N., Akyüz, G., & Doğan, O. (2000). Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Çocukluk Çağı Kötüye Kullanımının Araştırılması. *C.Ü.Tıp Fakültesi Dergisi* , 22(3), 144-148.
- Tyano , S., Iancu , I., Solomon , Z., Sever, J., Goldstein, I., & Touvtana, Y. (1996). Seven year follow-up of child survivors of a bus-train collision. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (35), 365-367.
- Uluğ, B. (1997). Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar. C. Güleç, & E. Köroğlu içinde, *Psikiyatri Temel Kitabı*. Ankara: Mediographics Ajans Matbaacılık.
- UNODC. (2014). *World Drug Report 2014*. New York: United Nations.
- Uzbay, İ. (2009). Madde Bağımlılığının Tarihçesi ,Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*(21), 5-15.
- Uzbay, İ., & Yüksel, N. (2003). Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı. *Çizgi Tıp Yayınevi*, 2. Baskı, 485-520.
- Üçok, A. (2003). Şizofreni hastası neden damgalanır? *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 6, 3-8.
- Ünal, F. (2008). Ailede Çocuk İstismarı ve İhmali . *TSA*, 12(1).
- Ünüvar, H., Mollahaliloğlu, S., & Yardım, N. (2008). Türkiye hastaık yükü çalışması ,2004. Ankara, Türkiye : RSHMB Hıfzısıhha Mektebi Müdürlüğü .

- Vardar, E. (2009). Alkol ve Madde Bağımlılığında Damgalama. *Anadolu Psikiyati Dergisi*, 10(2), 62-63.
- Walker, C., Bonner, B., & Kaufmann, K. (1988). *The physically and sexually abused child: Evaluation and treatment*. New York : Permagon Press.
- Westermeyer, j., Wahmanholm, K., & Thuras, P. (2001). Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. *American Journal of Addiction*(10), 101-110.
- WHO. (2004). *Neuroscience of Psychoactive Substance Use and Dependence*.: http://www.who.int/substance_abuse/publications/en/Neuroscience_E.pdf adresinden alınmıştır
- Widom, C. (1999). Posttraumatic stress disorder in abused and neglected children grown up. *Am J Psychiatry*(156), 1223-1229.
- Windle, M., Windle , R., Scheidt, D., & Miller, G. (1995). Physical and sexual abuse and associated mental disorders among alcoholic inpatients. *Am J Psychiatry* (152), 1322-1328.
- World Health Organization . (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence*. Geneva.
- World Health Organization . (2017, 6 13). *Alcohol*. http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/en/ adresinden alınmıştır
- World Health Organization. (2004). *Global Status Report: Alcohol Policy*. Geneva: World Health Organization.
- World Health Organization, W. (2004). *International statistical classification of diseases and health related problems (The) ICD-10*. World Health Organization.
- World Health Organizaton . (1992).
- World Psychiatric Association. (1998). Fighting stigma and discrimination because of schizophrenia. *World Psychiatric Association*.
- Wu, N., Schairer, L., Dellor , E., & Grella, C. (2009, Sep). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addict Behav.*, 35(1), 68-71.
- Wu, N., Schairer, L., Dellor, E., & Grella, C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive Behaviors*, 35(1), 68-71.
- Yağmur, F., Öztöp, B., & Asil, H. (2008). Çocukların cinsel istismarı . *Çocuk Dergisi* , 8(2), 77-80.
- Yanık , M., & Özmen, M. (2002). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihtimal yaşantıları ile özkiyim, kendine fiziksel zarar verme

- ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 140-146.
- Yargıç, L., Tutkun, H., & Şar, V. (1994). Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde dissosiyatif belirtiler . *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi* , 2(4), 338-347 .
- Yavuzer, H. (2003). *Ana-baba ve çocuk* . İstanbul: Remzi Kitabevi .
- Yemez, B., & Alptekin, K. (1998). Depresyon Etiyolojisi. *Psikiyatri Dünyası*, 2(1), s. 21-5.
- Yıldırım, S. (2008). *Bipolar Bozukluğa Yönelik Damgalama ve Psikiyatri Hemşiresinin Rolü*. Kocaeli: XV. Ulusal Sosyal Psikiyatri Kongresi Özet Kitabı.
- Yılmaz, G., İşiten, N., Ertan, Ü., & Öner, A. (2003). Bir çocuk istismar vakası . *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* (46), 295-302.
- Yılmaz, M. (2007). 100. Yıl Üniversitesi öğrencilerinde alkol, sigara kullanımı ve ilişkili olduğu etmenler. Van : 100.Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü.
- Yılmaz, N. (2015). Alkol ve Madde Bağımlılığı: Bireysel ve Toplumsal Sonuçları. s. 60.
- Zarrınpar, A. (2002). Psychiatry and stigmatization. *JAMA*, 297(14), 1856.
- Zeytinoğlu, S. (1999). Sağlık, Sosyal, Hizmeti Hukuk ve Eğitim Alanlarında Çalışanların Türkiye'de Çocuk İstismarı ve İhmali ile İlgili Görüşleri. *Çocuk İstismarı ve İhmali*. içinde Ankara: Pelin Ofset.
- Ziyalar, A. (1999). *Sosyal Psikiyatri*. İstanbul: Yüce Yayınları .
- Zor, C. (2005). Ortaöğretim Öğrenci Ailelerinin Uyuşturucu Madde Kullanımının Zararları İle Korunma Yolları Hakkındaki Görüşleri. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. 32. Ankara.
- Zoroğlu, S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Eröcal-Kora, M., & Alyanak, B. (2001). Çocukluk Dönemi İstismar ve İhmalinin Olası Sonuçları . *Anadolu Psikiyatri Dergisi* , 2(2), 69-78.

ÖZGEÇMİŞ

HAZAL AKŞAHİN

Eğitim:

2015-2017 (Tez Döneminde bulunmaktayım) Üsküdar Üniversitesi

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

2010-2014 Bahçeşehir Üniversitesi Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

2010 Özel Yüce Koleji Mezunu

Yabancı Dil:

İngilizce (orta-iyi)

Bilgisayar Bilgileri:

Windows XP /Microsoft Ofis; (Excel, Word, Powerpoint), SPSS

Seminerler ve Kurslar:

Şarap Degustasyon Eğitimi

Sushico Sushi Workshop

PADEM Oyun Terapisi Eğitimi

Korto Psikoloji Gestalt Terapisi Semineri

Özel Başkent İletişim Bilimleri Akademisi Diksiyon ve Etkili Konuşma Eğitimi

Bilgi Üniversitesi 2'nci Ulusal Psikoloji Günleri

Bahçeşehir Üniversitesi Symposium of Eating Disorders

Bilgi Üniversitesi Benötesi Psikoloji İnsan Anlayışı Sempozyumu

Yeditepe Üniversitesi 1.Psikoloji Günleri

Be Positive Mesleğe Hazırlık ve Staj Programı

Be Positive Çocukların Objektif ve Projektif Değerlendirilme Eğitimi

İş Deneyimi:

2015 Temmuz-Ağustos: Bengi Semerci Enstitüsü, Staj

2016 Eylül-Ekim: NP Hastanesi İstanbul, Staj

EKLER

EK.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU (BGOF)

ÇALIŞMANIN ADI: Bağımlı hastalarda çocukluk çağı travmalarının alkol-madde kullanımına yordayıcı etkisinin incelenmesi

Aşağıda bilgileri yer almakta olan bir araştırma çalışmasına katılmanız istenmektedir. Çalışmaya katılıp katılmama kararı tamamen size aittir. Katılmak isteyip istemediğinize karar vermeden önce araştırmanın neden yapıldığını, bilgilerinizin nasıl kullanılacağını, çalışmanın neleri içerdiğini, olası yararları ve risklerini ya da rahatsızlık verebilecek yönlerini anlamamız önemlidir. Lütfen aşağıdaki bilgileri dikkatlice okumak için zaman ayırınız. Eğer çalışmaya katılma kararı verirsiniz, **Çalışmaya Katılma Onayı** Formu'nu imzalayınız. Çalışmadan herhangi bir zamanda ayrılmakta özgürsünüz. Çalışmaya katıldığımız için size herhangi bir ödeme yapılmayacak ya da sizden herhangi bir maddi katkı/malzeme katkısı istenmeyecektir. Araştırmada kullanılacak tüm malzemeler ve yapılabilecek tüm harcamalar araştırmacı tarafından karşılanacaktır (iki cümleden biri olabilir)

ÇALIŞMANIN KONUSU VE AMACI:

Amaç; Alkol ve madde bağımlısı olan hastalarda çocukluk çağı travmalarının alkol-madde kullanım riskine yordayıcı etkisinin incelenmesidir.

Ölçekleri dolduracak bağımlı hastaların ve sağlıklı bireylerin çocukluk çağı travmaları baz alınarak oluşturulacak örneklem; çocukluk çağı travmaları ve alkol-madde kullanım riski ilişkisinin değerlendirilmesi tezin amacını oluşturmaktadır.

ÇALIŞMA İŞLEMLERİ: Araştırmada DAST-10 Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi, Michigan Alkolizm Tarama Testi(MATT) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) kullanılacaktır. Ölçeklerin anlaşılır şekilde cevaplandırılması beklenmektedir. Ölçeğe başlarken araştırma hakkında bilgilendirme yapılacak ve uygulanacak ölçek anlatılacaktır. Ölçek uygulanmasının bitiminde katılımcının sorusu var ise cevaplanacaktır. Ölçekler gönüllülük esasına dayanarak seçilen katılımcılara uygulanacaktır. Bunun dışında başka bir uygulama bulunmamaktadır.

ÇALIŞMAYA KATILMAMIN OLASI YARARLARI NELERDİR?

Bu araştırmaya dahil olacak katılımcılar ölçekleri cevaplandırırken yaşadıkları travmalar ve alkol-madde kullanımı hakkında bir farkındalık kazanabilecekleri gibi kendilerinin de içinde buldukları durumu içeren bir bilimsel araştırmaya da dahil olmuş olacaklardır. Bu araştırmanın konusu dahilinde merak edilen ve sorulacak tüm sorulara ilgili yanıtları alacaklardır. Bunların dışında araştırma tamamlandıktan sonra

araştırma ile ilgili merak edilen konular var ise verilen GSM numarasından araştırmacıyla sorular hakkında iletişim kurma imkanına sahip olunacaktır. Ayrıca araştırmanın gelecekte bilim dnyasına katkısı olması beklenmektedir.

KİŞİSEL BİLGİLERİM NASIL KULLANILACAK?

Bu çalışmada kişisel bilgileriniz kesinlikle kurum dıŐına çıkmayacak ve araştırma sınırları içerisinde tutulacaktır. Doldurulacak olan ölçeklerde sosyodemografik veriler dışında belirtmeniz gereken kişisel bir bilgi zorunluluğu bulunmamaktadır ve isim verme gerekliliği yoktur. Katılımcılar gönüllülük esasına dayalı olarak seçilecek ve kimler olduğunu araştırmacılar dışında kimse bilmeyecektir.

SORU VE PROBLEMLER İÇİN BAŐVURULACAK KİŞİLER:

1. Araştırmacı: Hazal AKŞAHİN
2. E-mail: aksahinhazal@gmail.com

Çalışmaya Katılma Onayı

Yukarıdaki bilgileri ilgili araştırmacı ile ayrıntılı olarak tartıŐtıđım ve kendisi bütün sorularımı cevapladı. Bu bilgilendirilmiş olur belgesini okudum ve anladım. Bu araştırmaya katılmayı kabul ediyor ve bu onay belgesini kendi hr irademle imzalıyorum. Bu onay, ilgili hiçbir kanun ve yönetmeliği geçersiz kılmaz. Araştırmacı, saklamam için bu belgenin bir kopyasını çalışma sırasında dikkat edeēim noktaları da içerecek Şekilde bana teslim etmiştir.

| | | |
|---------------------|--|----------------|
| Gönüllü Adı Soyadı: | | Tarih ve İmza: |
| Telefon: | | |

| | | |
|----------------------------|--|----------------|
| Vasi (var ise) Adı Soyadı: | | Tarih ve İmza: |
| Telefon: | | |

| | | |
|--------------------------------------|--|----------------|
| Araştırmacı ² Adı Soyadı: | | Tarih ve İmza: |
| Adres ve Telefon: | | |

1: Gnllnin bilgilendirilme iŐlemine başından sonuna dek tanıklık eden kişi

2: Gnlly araştırma hakkında bilgilendiren kişi

EK.2. Sosyodemografik Veri Formu

1.Yaş:

2.Cinsiyet

a)erkek b)kadın

3.Medeni durumunuz:

- a) evli
- b) bekar
- c) boşanmış
- d) evli, eşinden ayrı yaşıyor
- e) dul

4.Aşağıdakilerden hangisi sizi tanımlar, lütfen işaretleyiniz.

- a) Yalnız yaşıyorum
- b) Ailemle birlikte yaşıyorum
- c) Arkadaş grubuyla birlikte yaşıyorum
- d) Evliyim, eşimle birlikte yaşıyorum
- e) Evliyim, eşimden ayrı yaşıyorum
- f) Erkek/kız arkadaşım ile birlikte yaşıyorum

5.Eğitim düzeyinizi ya da mezun olduğunuz okulu işaretleyiniz

- a) Okur-yazar değil
- b) İlköğretim
- c) Lise
- d) üniversite veya yüksek okul
- e) diğer ..

6.Gelir düzeyiniz nedir?

- a) 500 tl'nin altında
- b) 501 ile 1000 tl arasında
- c) 1001-2000 tl arası
- d) 2000 tl ve üzeri

7.çocukluğunuzu geçirdiğiniz yer?

- a) köy
- b) kasaba-ilçe
- c) şehir
- d) diğer.....belirtiniz

8) 0-1 yaş arası bakımınızı kim yapmış?

- a) anne
- b) baba
- c) bakıcı
- d) anne-baba
- e) diğer.....

9) İçinde büyüdüğünüz aile tipi hangisidir?

- a) Çekirdek aile (anne-baba-kardeşler)
- b) Genişaile (anne-baba-kardeşler-akrabalar)
- c) Yuva (sosyal kurumlar)
- d) Diğer (parçalanmışaile vb.)

10) çocukluğunuzda ailenizin durumu nasıldı?

- a) bütün
- b) boşanmış
- c) parçalanmış
- d) anne hayatta değil
- e) baba hayatta değil
- f) anne-baba hayatta değil

11) Anne ve babanın size karşı tutumu nasıldı?

- a) Anne Baba İlgili ve koruyucu
- b) Titiz ve katı
- c) İlgisiz ve otoriter
- d) Sert ve otoriter
- e) Tutarsız ve güvenilmez

12) Anne-babanızın medeni durumu?

- a) Evli, aynı evde yaşıyorlar
- b) Evli, ayrı evde yaşıyorlar
- c) Boşanmışlar
- d) Anne hayatta değil
- e) Baba hayatta değil
- f) Anne-baba hayatta değil

13) Yetiştirilme biçiminizin yaşamdaki sorunlarla başa çıkmanızda katkısı olduğunu düşünüyor musunuz?

a) Evet

b) Hayır

Alkol-Madde kullanımı:

14) Daha önce bağımlılık tedavisi gördünüz mü?

a) Evet

b) Hayır

15) Cevabınız “EVET” ise kaç kere?

a) 1-5 kere

b) 6-10

c) 10-15

d) 15 üzeri

16) Tanısını almış olduğunuz kronik fiziksel bir hastalığınız var mı?

a) evet ise lütfen belirtiniz.....

b) hayır

17) Tanısını almış olduğunuz kronik ruhsal bir hastalığınız var mı?

a) evet ise lütfen belirtiniz.....

b) hayır

EK.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (16 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.

Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

| | Hiç bir zaman | Nadiren | Zaman zaman | Sıklıkla | Çok sık olarak |
|--|---------------|---------|-------------|----------|----------------|
| Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde... | | | | | |
| 1. Yeterli yemek bulamazdım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. Ailemdedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Sevdiğimi hissediyordum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Ailemdedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Ailemdedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Ailemdedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Ailemdedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. Ailemde birisi benden nefret ederdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Ailemdedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederdilerdi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Çocukluğum mükemmeldi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

EK.4. DAST-10 Madde Kötüye Kullanımı Tarama Testi

| MADDE KÖTÜYE KULLANIMI TARAMA TESTİ (DAST-10) | | | | |
|---|---------------------------|---------|-----------------------|----------------|
| Cinsiyet: | Erkek | Kadın | Yaş: _____ | |
| Kullanmakta olduğunuz maddeyi ya da maddeleri seçerek işaretleyiniz. | | | | |
| Esrar (Tiner/Bally) | Eroin Benzodiazepinler | Ecstasy | Kokain Diğer _____ | Uçucu maddeler |
| <i>Aşağıdaki sorular kullanmakta olduğunuz alkol ve sigara dışındaki maddeler içindir ve son 12 ayı içermektedir. Mümkün olduğunca dürüst bir şekilde cevaplayarak kendinize en uygun cevabı işaretleyiniz.</i> | | | Evet | Hayır |
| 1- Tıbbi nedenlerle gerekli olanlar dışında madde kullandınız mı? | | | | |
| 2- Tek seferde birden fazla madde kötüye kullanır mısınız? | | | | |
| 3- Her istediğiniz zaman madde kullanmayı bırakabiliyor musunuz? | | | | |
| 4- Madde kullanımınız nedeniyle “kendinizden geçtiğiniz-blackout” ya da “geçmişte gibi yaşadığınız-flashback” oldu mu? | | | | |
| 5- Madde kullanımınızla ilgili olarak kendinizi hiç kötü ya da suçlu hissedermisiniz? | | | | |
| 6- Eşiniz (ya da ebeveyniniz) maddelere olan ilginiz nedeniyle hiç yakınır mı? | | | | |
| 7- Madde kullanımınız nedeniyle ailenizi ihmal ettiniz mi? | | | | |
| 8- Maddeyi elde etmek için yasa dışı eylemlerde bulundunuz mu? | | | | |
| 9- Madde almayı kestiğiniz zaman hiç yoksunluk belirtisi (hasta hissetmek gibi) yaşadınız mı? | | | | |
| 10- Madde kullanımınız sonucunda tıbbi bir problem yaşadınız mı (örn. hafıza kaybı, hepatit, sara nöbeti ya da kanama vs)? | | | | |

EK.5. Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT)

Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT)

MICHIGAN ALKOLİZM TARAMA TESTİ (MATT)

| PUAN | SORULAR | EVET | HAYIR |
|------|---|-------|-------|
| | 0. Şimdi veya biraz sonra bir kadeh atmak hoşunuza gider mi? | _____ | _____ |
| (2) | 1. Kendinizi normal bir içici olarak hissediyor musunuz ? (Normal kavramı ile diğer insanlar kadar veya onlardan daha az içme veya hiç içki içmeme kastedilmektedir.) (*) | _____ | _____ |
| (2) | 2. Akşam içki içtikten sonra sabah 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. Birkaç kadeh attıktan sonra mücadele etmeden içki içmeyi durdurabiliyor musunuz? (*) | _____ | _____ |
| (1) | 5. İçki içtiğiniz için hiç suçluluk duyduunuz mu ? | _____ | _____ |
| (2) | 6. Arkadaşlarınız ve yakınlarınız sizin normal bir içici olduğunuzu düşünüyorlar mı? (*) | _____ | _____ |
| (2) | 7. 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 birkaç gün sorumluluklarınızı, ailenizi veya işinizi ihmal ettiğiniz oldu mu? | _____ | _____ |
| (1) | 16. İçki içmeye sıklıkla öğleden önce mi başlarsınız? | _____ | _____ |

Psikiyatride Kullanılan Klinik Ölçekler

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

(*) Alkol bağımlılarının yanıtı olumsuzdur.

(**) Alkol yoksunluğu deliryumunda 5 puan.

(***) Her tutuklanma için 2 puan.
