

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Z. Belma GÖLGE

MADDE KULLANIMI İLE ÇOCUKLUK ÖRSELENME
YAŞANTILARI VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK
ARASINDAKİ İLİŞKİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikolog
Deniz İNHANLI
İSTANBUL, 2016

T.C.
İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ
ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ

Tez Danışmanı
Yrd. Doç. Dr. Z. Belma GÖLGE

MADDE KULLANIMI İLE ÇOCUKLUK ÖRSELENME
YAŞANTILARI VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK
ARASINDAKİ İLİŞKİ

SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikolog
Deniz İNHANLI
İSTANBUL, 2016

İ.Ü. ADLİ TIP ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜ SOSYAL BİLİMLER ANABİLİM DALI BAŞKANLIĞINA

Lisansüstü Öğretim Yönetmeliğinin 36 maddesi uyarınca Enstitünüz Sosyal Bilimler Anabilim Dalı'nın yüksek lisan öğrencisi Deniz İNHANLI' nın

“Madde Kullanımı ile Çocukluk Örselenme Yaşantıları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki ”

Adlı tezi jürimizce tetkik edilmiş ve kendisine tez savunması yaptırılmıştır.

Yukarıda adı geçen tezin ve tez savunmasının kabul edilmesine oy birliğiyle karar verilmiştir.

Prof. Dr. İbrahim BALCIOĞLU
Jüri Başkanı

Doç. Dr. Neylan ZİYALAR
Üye

Doç. Dr. Erdinç ÖZTÜRK
Üye

Yrd. Doç. Dr. Z. Belma GÖLGE
Danışman

Yrd. Doç. Dr. Şaide Güliz KOLBURAN
Üye

TEŞEKKÜR

Öncelikle, İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü'ndeki yüksek lisans öğrenimim ve tez sürecim boyunca sahip olduğu bilgi ve deneyimleriyle bana yol gösteren ve tahammül eden tez danışmanım sayın Yrd. Doç. Dr. Z. Belma Gölge'ye, zorluklarla mücadelede bana yardımcı olarak motivasyonumu arttıran sayın Doç. Dr. Neylan Ziyalar'a ve öğrenimimde katkıları olan tüm öğretim üyelerine sonsuz teşekkürlerimi ve saygılarımı sunmak isterim.

Tez çalışmama başlamamı sağlayan değerli arkadaşım Tuğçe Gula'ya, çalışmamın bilimsel dayanağı için çok önemli olan araştırma kısmında anket uygulamaları ile edindiğim verileri elde etmemde bana yardım eden değerli hocalarım Dr. Şebnem Kartal'a, Dr. Alp Karaosmanoğlu'na ve sevgili halam Semra İnhanlı'ya, katkıları ve samimiyetleri için tüm katılımcılara, anket verilerinin analizleri sırasında istatistiksel analiz konusundaki bilgi ile deneyimlerini benimle paylaşan arkadaşım M. Uğur Kaya'ya, lisans ve yüksek lisans öğrenimlerim boyunca bana burs veren TÜBİTAK'a teşekkürlerimi sunarım.

Son olarak, sadece yüksek lisans öğrenimim ve tez sürecim sırasında değil, tüm yaşamım boyunca varlığını her zaman yanımda hissettiğim sevgili kardeşim Volkan İnhanlı'ya en derin teşekkürlerimi sunarım.

Deniz İnhanlı

Psikolog

Eylül, 2016

MADDE KULLANIMI İLE ÇOCUKLUK ÖRSELENME YAŞANTILARI VE ALGILANAN SOSYAL DESTEK ARASINDAKİ İLİŞKİ

Özet

Bu çalışmada; madde kullanımı, çocukluk örselenme yaşantıları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkilerin belirlenmesi amaçlanmıştır. Çocukluk örselenme yaşantıları ve algılanan sosyal desteğin madde kullanımının yordayıcısı olup olmadığı; katılımcıların yaş, cinsiyet, meslek, eğitimi düzeyi, aylık gelir, kiminle yaşıyor olduğu gibi sosyo-ekonomik durum ve aile bilgileri, sosyal aktivite durumu ve ameliyat veya kronik hastalık öyküsü ile psikiyatrik öyküsü bakımından yaşları 18 ila 70 arasında değişen 507 katılımcıdan oluşan normal popülasyonda incelenmiştir. Bilgilendirilmiş Onam Formu (BOF) ile çalışmaya ilişkin bilgi verilmesi ve onam alınması sonrasında katılımcılara Demografik Bilgi Formu (DBF), Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-Kısa), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) uygulanmıştır. Katılımcıların madde kullanımı düşük ($10,02 \pm 10,78$); algılanan sosyal destek düzeyi ($55,50 \pm 20,33$) ve çocukluk çağında travma düzeyi ($47,74 \pm 20,84$) ortalamasının üzerindedir. En çok bildirilen örselenme yaşantısı duygusal istismar ($10,33 \pm 4,96$), en az fiziksel istismardır ($8,29 \pm 4,82$). Algılanan sosyal destek en çok arkadaştan ($\%19,26 \pm 7,26$), en az ise diğer önemli kişidendir ($\%17,94 \pm 8,01$). Katılımcıların, madde kullanımı ile çocukluk örselenme yaşantıları arasında pozitif ($r=0,73$; $p<0,01$), algıladıkları sosyal destek arasında negatif ($r=-0,60$; $p<0,01$) yönlü ve anlamlı ilişkiler bulunmuştur. Çocukluk örselenme yaşantıları ile algılanan sosyal destek arasında negatif yönlü ve anlamlı ilişki tespit edilmiştir ($r=-0,57$; $p<0,01$). Buna göre; algılanan sosyal desteğin azalması ve/veya çocukluk örselenme yaşantılarının fazla olması, madde kullanımı riskini artırmaktadır. İleri yaşlarda madde kullanımı ($p<0,01$) ve çocukluk örselenme

yaşantıları ($p<0,01$) daha dūřüktür. Kadınlarda, üniversite ve lisansüstü mezunlarında, ailesiyle yaşayanlarda, sosyal aktivitelere katılanlarda ve psikiyatrik öyküsü bulunmayanlarda, madde kullanımı ve çocukluk örselenme yaşantıları daha dūřük ($p<0,01$), algılanan sosyal destek daha yüksektir ($p<0,001$). Ücretli çalışanlarda, 2000 TL'den fazla maař alanlarda, ameliyat veya kronik hastalık öyküsü bulunmayanlarda madde kullanımı daha dūřük ($p<0,01$), algılanan sosyal destek daha yüksektir ($p<0,001$). Yař ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı düzeyde bir ilişki yoktur ($p>0,05$).

Anahtar Kelimeler: Algılanan Sosyal Destek, Bağımlılık Profil İndeksi, BAPİ-Kısa, Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği, Çocukluk Örselenme Yaşantıları, Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği, Madde Bağımlılığı, Madde Kullanımı

THE RELATIONSHIP BETWEEN SUBSTANCE USE, CHILDHOOD TRAUMATIC EXPERIENCES AND PERCEIVED SOCIAL SUPPORT

Abstract

In this study, it was aimed to determine the relationships between substance use, childhood traumatic experiences and perceived social support. It was studied whether childhood traumatic experiences and perceived social support were predictors of substance use by socio-economic status and family information such as age, gender, occupation/working status, education level, monthly income, living with someone or alone, and social activity status and psychiatric history and history of chronic illness or surgery in 507 participants of normal population of whom the ages range from 18 to 70. After giving information about the study with the Informed Consent Form (ICF) and receiving consent; Socio-Demographic Information Form (SDIF), Addiction Profile Index-Short Form (API-Short), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) were applied to the participants. The substance use of participants was low (10.02+10.78); the level of perceived social support (55.50+20.33) and the level of childhood traumas (47.74+20.84) were above average. The most commonly reported traumatic experience was emotional abuse (10,33+4,96), the least reported one was physically abuse (8.29+4.82). The most perceived social support was from friends (19.26+7.26%) and the least perceived one was from the other important person (17.94+8.01%). There was a positive and significant relationship between substance use and childhood traumas ($r=0.73$; $p<0.01$), and a negative and significant relationship between substance use and perceived social support ($r = -0.60$; $p<0.01$). Moreover, a negative and significant relationship between childhood traumas and perceived social support was found ($r=-0.57$; $p<0.01$). According to this result; the risk of substance use increases with the

decrease in perceived social support and/or the increase in childhood traumas. The levels of substance use ($p < 0.01$) and childhood traumas ($p < 0.01$) are lower in older ages. The levels of substance use and childhood traumas are lower ($p < 0.01$), and perceived social support was higher ($p < 0.001$) in women, university and college graduates, those living with the family, those participating at social activities, and those without a psychiatric history. The levels of substance use is lower ($p < 0.01$), and perceived social support was higher ($p < 0.001$) in wagedworkers, higher-paid workers ($> \$2000$), and those with no surgery or chronic illness history. There was no significant relationship between perceived social support and age ($p > 0.05$).

Keywords: Perceived Social Support, Addiction Profile Index, API-Short, Childhood Trauma Questionnaire, Traumatic Childhood Experiences, Multidimensional Scale of Perceived Social Support, Substance Addiction, Substance Abuse.

TABLolar LİSTESİ

	Sayfa
<u>Tablo 1. Değişkenlerin Ölçekler ve Alt Ölçeklerindeki Çarpıklık (Skewness) Katsayıları</u>	37
<u>Tablo 2. Katılımcıların Temel Özelliklerine İlişkin Betimsel Analiz</u>	440
<u>Tablo 3. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler</u>	42
<u>Tablo 4. Ölçekler ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkiye Ait Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları</u>	46
<u>Tablo 5. Yaş İle BAPİ-Kısa Ölçeği ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Ait Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları</u>	50
<u>Tablo 6. Madde Kullanımı Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları</u>	51
<u>Tablo 7. Madde Kullanımı Puanlarının Mesleğe Göre ANOVA Testi Sonuçları</u>	51
<u>Tablo 8. Madde Kullanımı Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları</u>	53
<u>Tablo 9. Madde Kullanımı Puanlarının Aylık Gelire Göre ANOVA Testi Sonuçları</u>	54
<u>Tablo 10. Madde Kullanımı Puanlarının Birlikte Yaşanılan Kişiyeye Göre ANOVA Testi Sonuçları</u>	56
<u>Tablo 11. Madde Kullanımı Puanlarının Sosyal Aktivitelere Katılım Durumuna Göre t Testi Sonuçları</u>	56
<u>Tablo 12. Madde Kullanımı Puanlarının Ameliyat veya Kronik Hastalık Durumuna Göre t Testi Sonuçları</u>	58
<u>Tablo 13. Madde Kullanımı Puanlarının Psikiyatri Öyküsüne Göre t Testi Sonuçları</u>	59
<u>Tablo 14. Yaş İle ÇÇRTÖ ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Ait Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları</u>	60

<u>Tablo 15. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları</u>	60
<u>Tablo 16. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları</u>	61
<u>Tablo 17. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Puanlarının Birlikte Yaşanılan Kişiye Göre ANOVA Testi Sonuçları</u>	63
<u>Tablo 18. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Puanlarının Sosyal Aktivitelere Katılım Durumuna Göre t Testi Sonuçları</u>	64
<u>Tablo 19. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Puanlarının Psikiyatri Öyküsüne Göre t Testi Sonuçları</u>	65
<u>Tablo 20. Yaş İle ÇBASDÖ ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Ait Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları</u>	66
<u>Tablo 21. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları</u>	66
<u>Tablo 22. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Mesleğe Göre ANOVA Testi Sonuçları</u>	67
<u>Tablo 23. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları</u>	67
<u>Tablo 24. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Aylık Gelire Göre ANOVA Testi Sonuçları</u>	69
<u>Tablo 25. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Birlikte Yaşanılan Kişiye Göre ANOVA Testi Sonuçları</u>	70
<u>Tablo 26. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Sosyal Aktivitelere Katılım Durumuna Göre t Testi Sonuçları</u>	71
<u>Tablo 27. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Ameliyat veya Kronik Hastalık Durumuna Göre t Testi Sonuçları</u>	71
<u>Tablo 28. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Psikiyatri Öyküsüne Göre t Testi Sonuçları</u>	72
<u>Tablo 29. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Algılanan Sosyal Desteğin Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları</u>	73

KISALTMALAR LİSTESİ

API-Short	: Addiction Profile Index - Short Form
ASI	: Addiction Severity Index (<i>Bağımlılık Şiddeti İndeksi</i>)
BAPİ-Kısa	: Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu
BOF	: Bilgilendirilmiş Onam Formu
CTQ	: Childhood Trauma Questionnaire
ÇÇRTÖ	: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği
ÇÇRTÖP	: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ) Ölçek Puanı
ÇBASDÖ	: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual (<i>Tanısal ve İstatistiksel El Kitabı</i>)
ECA	: National Institute of Mental Health's Epidemiologic Catchment Area (<i>Zihinsel Sağlık Epidemiyolojik Havzası Ulusal Enstitüsü</i>)
ICD	: The International Classification of Diseases (<i>Uluslararası Hastalık Sınıflandırması</i>)
ICF	: Informed Consent Form
MBÖP	: Madde Bağımlılığı Ölçek (BAPİ-Kısa) Puanı
MKB	: Madde Kullanım Bozukluğu
MSPSS	: Multidimensional Scale of Perceived Social Support
DBF	: Demografik Bilgi Formu
SDIF	: Socio-Demographic Information Form
TSSB	: Travma Sonrası Stres Bozukluğu

SEMBOLLER LİSTESİ

%	: Yüzde
F	: Varyans değeri
n	: Örneklem/gruptaki örneklem sayısı
p	: Anlamlılık düzeyi
r	: Korelasyon katsayısı
SS	: Standart sapma değeri
t	: t değeri
\bar{X}	: Ortalama değer

İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR..... **ii**

ÖZET.....**E**

ror! Bookmark not defined.

ABSTRACTError! Bookmark not defined.

TABLolar LİSTESİ..... **vii**

KISALTMALAR LİSTESİ **ix**

SEMBOLLER LİSTESİ **x**

İÇİNDEKİLER..... **xi**

1.GİRİŞ VE AMAC.....**1**

2 GENEL BİLGİLER **6**

2.1.Madde Kullanımı ve Bağımlılığı 6

2.2.Çocukluk Örselenme Yaşantıları12

2.3.Sosyal Destek Algısı 16

2.4.Madde Kullanımı ve Çocukluk Örselenme Yaşantıları İlişkisi 19

2.5.Madde Kullanımı ve Sosyal Destek İlişkisi..... 25

2.6.Çocukluk Örselenme Yaşantıları ve Sosyal Destek İlişkisi 28

3.GEREC VE YÖNTEM **32**

3.1.Araştırmanın Evren ve Örneklemi..... 32

3.2.Veri Toplama Araçları 32

3.2.1.Bilgilendirilmiş Onam Formu (BOF) (Ek-1) 32

3.2.2.Demografik Bilgi Formu (SDBF) (Ek-2)..... 33

3.2.3.Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-Kısa) (Ek-3)..... 33

3.2.4.Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇCRTÖ) (Ek-4)..... 34

3.2.5.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-5).. 36

3.3.Verilerin Toplanması ve Analizi 37

<u>4.BULGULAR</u>	40
<u>4.1.Katılımcıların Demografik, Ekonomik, Aile ve Sağlık Durumlarına İlişkin Bilgiler</u>	40
<u>4.2.Katılımcıların Ölçekler ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar</u>	42
<u>4.3.Katılımcıların Ölçekler ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki</u>	44
<u>4.4.Katılımcıların Demografik, Ekonomik, Aile ve Sağlık Durumu Değişkenlerine Göre Ölçekler ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması</u>	50
<u>4.4.1.BAPİ-Kısa ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Demografik, Ekonomik, Aile ve Sağlık Durumu Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması</u>	50
<u>4.4.2.ÇCRTÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Demografik, Ekonomik, Aile ve Sağlık Durumu Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması</u>	60
<u>4.4.3.ÇBASDÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Demografik, Ekonomik, Aile ve Sağlık Durumu Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması</u>	65
<u>4.5.Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Algılanan Sosyal Desteğin Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisi</u>	73
<u>5. TARTIŞMA</u>	75
<u>6. SONUC</u>	95
<u>KAYNAKÇA</u>	99
<u>EKLER</u> 119	
<u>Ek – 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu (BOF)</u>	119
<u>Ek – 2: Demografik Bilgi Formu (DBF)</u>	120
<u>Ek – 3: Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-Kısa)</u>	122
<u>Ek – 4: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇCRTÖ)</u>	123
<u>Ek – 5: Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ)</u>	126
<u>Ek – 6: Ölçekler ve Alt Ölçekler Arasındaki İlişkiler (Özet Tablo)</u>	129

<u>Ek – 7: Ölçekler ve Alt Ölçekler ile Temel Değişkenler (Demografik, Ekonomik, Aile, Sağlık Durumları) Arasındaki İlişkiler (Özet Tablo).....</u>	130
---	-----



1. GİRİŞ VE AMAÇ

Bağımlılığın, kronik ve tekrarlayarak kötüleşen, bu nedenle uzun süre boyunca tedavisi ve izlemi gereken hastalıklardan biri olması (Dennis et al., 2005; Dennis & Scott, 2007) nedeniyle kötü madde kullanımı ve madde/alkol bağımlılığı çağımızın en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir (Turhan et al., 2011, p.33). Madde kullanımı ve bağımlılığı ile morbidite ve mortalite (Sells & Blum 1996), öfke kontrolü (Kaplan, 2015), psikiyatrik komorbidite (Powell et al., 1982; Ross et al., 1988), psikiyatrik bozukluklar (Swanson et al., 1990; Dinwiddie & Bucholz, 1993; Kelleher et al., 1994), öfke, anksiyete gibi mizaç bozuklukları (Quello et al., 2005; Çarkçı, 2014), psikososyal sıkıntı (Frydenberg & Lewis, 1993), güvensiz bağlanma özellikleri, stresle başa çıkmada kaçınmacı yaklaşım sergileme, depresyon düzeyi, ebeveynle bozuk ilişki (Koçhan, 2014), yaşam sevinci (Kaplanhan, 2015), utanç ve suçluluk duygusu (Ellis et al., 2004, p.214), düşük benlik saygısı (Richter et al., 1991), yaşam üstüne etki ve şaşkınlık (Çarkçı, 2014), kişilik özellikleri (Yancar, 2005), cinsiyet (Piko, 2000; Bal, 2010; Yürüten, 2013), ekonomik durum ve eğitim seviyesi (Bal, 2010), öğrenim görülmekte olan okul türü (Piko, 2000), kişilerarası şiddet (Swanson et al., 1990; Dinwiddie & Bucholz, 1993; Kelleher et al., 1994), aile bireylerinden bir veya daha fazlasında alkol/madde kullanımı (Dunn et al., 1994; Evren & Ögel, 2003; Bal, 2010), psikiyatrik rahatsızlıklar (Dunn et al., 1994), yaşanan bireysel problemler (Ögel vd., 2015), disosiyasyon (Ross et al., 1992; Ellason, 1996; Wenzel et al., 1996) arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmaların yanısıra; kullanılan madde türü, kullanım miktar ve süresi, bağımlılık şiddeti, bırakmaya yönelik motivasyon düzeyi gibi birçok faktörün, bağımlılığın tedavisinde kullanılacak strateji, tedaviye uyum ve tedavi sonuçlarını etkileyeceği (Helzer & Pryzbeck, 1988; Powell et al., 1992; Brown &

Wolfe, 1994; Ryan et al., 1995; Anton, 1999; DiClemente et al., 1999; Connors & Volk, 2003; Bottlender & Soyka, 2004; Yancar, 2005; Magill et al., 2010) de bildirilmiştir. Bu bakımdan madde kullanımı ve bağımlılığını yordayacak çalışmalara büyük ihtiyaç duyulmaktadır.

Çocukluk örselenme yaşantıları birey üzerinde kısa ve uzun dönem ciddi sorunlar oluşturmaktadır. Çocukluk örselenme yaşantıları ergenlikten itibaren madde kullanımı için risk teşkil etmektedir (Shin, Edwards, & Heeren, 2009). Ebeveyn madde kullanımı da çocukluk örselenme yaşantıları ihtimalini oluşturur. Ebeveyn madde kullanımı arttıkça bu risk daha da artar. Böylece nesilden nesile patolojik bir döngüden söz etmek mümkündür (Walsh, MacMillan, & Jamieson, 2003). Türkiye'de yapılan bir çalışmada da çocukluk örselenme yaşantılarının, özellikle de fiziksel istismarın madde kullanımı için risk faktörü oluşturduğu bulunmuştur (Toker, Tiryaki, Özçürümez, & İskender, 2011). Ayrıca, yapılan bir literatür taramasında çocukluk fiziksel ve cinsel istismarının madde kullanım problemlerini öngördüğü saptanmıştır (Simpson & Miller, 2002). Madde kullanımı için çocukluk travmatik yaşantılarının risk faktörü oluşturmasının aksine, ergenlerde baskın topluluk eğilimi ile sosyal desteğin en büyük koruyucu faktör olduğu tespit edilmiştir (Cleveland, Feinberg, Bontempo, & Greenberg, 2008). Sosyal destek literatürde fiziksel sağlıkla (Christenfeld et al., 1997) ve ruhsal sağlıkla (Kawachi & Berkman, 2001) olumlu olarak ilişkilendirilmektedir. Bu çalışmalar madde kullanımı, travmatik yaşantılar ve sosyal destek arasındaki ilişkilerin evrensel olabileceği fikrini de güçlendirmektedir. Bir Pakistan çalışmasında (Saleem, Tah, & Ul Huda, 2013) aile, arkadaş ve özel insanların sosyal desteğiyle madde kullanımı ve bağımlılık davranışlarının azaltılmasında yardımcı olduğu vurgulanmıştır.

Literatürde madde kullanımı ile çocukluk örselenme yaşantıları arasındaki çeşitli ilişkileri bildiren çalışmalara baktığımızda; çocukluk örselenme yaşantılarının

madde kullanımı ve bağımlılığı için risk oluşturduğu (Black & Myer, 1980; Briere & Runtz, 1987; McCann et al., 1988; Brown & Anderson, 1991; Roesler & Dafler, 1993; Bartholow et al., 1994; Dunn et al., 1994; Kelleher et al., 1994; Deykin & Buka, 1997; Dore, 1998; Lange et al., 1999; Kendall-Tackett et al., 2000, Akt. Kendall-Tackett, 2002; Molnar et al., 2001; Felitti et al., 2001; Westermeyer et al., 2001; Evren & Ögel, 2003; Steel et al., 2004; Kural vd., 2005; Lubman et al., 2007; Norman et al., 2007; Cleveland et al., 2008; Evren vd., 2009; Kmett Danielson et al., 2009; Shin et al., 2009; Bal, 2010; Toker vd., 2011); aile bireylerinden birinin madde/alkol kullanımının çocukluk örselenme yaşantılarına yol açabildiği (Murphy et al., 1991; Walsh et al., 2003); madde kullanımının çocukluk örselenme yaşantıları üzerinde etkili olduğu (Simpson & Miller, 2002); bireyde çocukluk örselenme yaşantıları ve madde kullanımı oluşmasında akranların etkili olabileceği (Heilbron & Prinstein, 2008), geçmişte maruz kalınan travmaları hatırlatıcı etkenlerin (Baker et al., 1987, Akt. Stewart et al., 1998; Stewart, 1996; Meisler & Cooney, 1997) ve kişilerarası şiddetin (Kilpatrick et al., 2000, Akt. Kilpatrick et al., 2003) madde/alkol kullanımını tetikleyebileceği; çocukluk çağı örselenme yaşantılarından cinsel istismarın, alkol ve madde kullanımı üzerinde diğer örselenme yaşantılarına kıyasla daha etkili olduğu (Örsel vd., 2011; Akt. İdiğ Çamuroğlu, 2014) görülmektedir.

Literatürde madde kullanımı ile algılanan sosyal destek arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalara baktığımızda; alınan ve/veya algılanan sosyal desteğin ve sosyal kaynakların zayıf olmasının, madde kullanımı ve bağımlılığı için risk oluşturduğu (Richter et al., 1991; Kraaij et al., 2003; Cleveland et al., 2008; Turhan vd., 2011); sosyal çevrenin desteğinin, algılanan sosyal desteğin, sosyal kaynaklar ve ilişkilerin kalitesinin yüksek olmasının alkol/madde kullanımı ve bağımlılığının tedavisi üzerinde olumlu etkide bulunduğu (Richter et al., 1991; Moos & King, 1997; Resnick et al.,

1997; Dodge & Potocky, 2000; Salmon et al., 2000; Ellis et al., 2004; Bal, 2010; Saleem et al., 2013; Kaplanhan, 2015) görülmektedir.

Literatürde çocukluk örselenme yaşantıları ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin temel olarak “sağlık” ve “iyi olma” durumları üzerinden kurulduğu; bu çalışmalara baktığımızda istismar (cinsel-fiziksel-duygusal) ve ihmal (duygusal/fiziksel) gibi çocukluk örselenme yaşantılarının birey üzerinde kaygı ve stres yaratarak sosyal ilişkileri, akıl ve ruh sağlığını olumsuz etkilediği ve bu yolla birey tarafından alınan ve/veya algılanan sosyal desteğin düşük olmasına yol açtığı (Bal, 2010; Turhan vd., 2011); ya da algılanan sosyal desteğin düşük olmasının akıl ve ruh sağlığını olumsuz etkileyerek örselenme yaşantılarına (travmalara) neden olabildiği (Pearlin et al., 1981; Cronkite & Moos, 1984; Cohen & Wills, 1985; Cutrona & Troutman, 1986; Wethington & Kessler, 1986; Ryff, 1989; Russell & Cutrona, 1991; Windle, 1992; Lincoln et al., 2005; Moradi & Funderburk, 2006); sosyal desteğin, bireyin çocukluk örselenme yaşantıları gibi stres oluşturabilecek olayların etkisinden zarar görmemesine yardımcı olarak ruhsal, zihinsel ve fiziksel bozukluklar ve mortalite riskini azaltabileceği (Cohen & Wills, 1985; Kessler & McLeod, 1985; Wethington & Kessler, 1986; House et al., 1988; Brown & Anderson, 1991; Osler, 1995; Seeman, 1996; Christenfeld et al., 1997; Cohen et al., 1997; Kawachi & Berkman, 2001; Lincoln et al., 2005) görülmektedir. Ayrıca Finkelstein (1996), birçok alkol ve madde bağımlısı kadının destekleyici ilişkisinin olmadığını, sosyal destekten mahrum kalarak değersiz, daha iyisini hak etmediklerini ve sevilmediklerini hissettiklerini, bu durumun ise yalnız hissetmek yerine kendilerine örselenme davranışları sergileyen birey ya da bireylerle birlikte yaşamaya devam etmek yönünde yanlış tutumlara yol açabildiğini bildirmiştir.

Bu tezin amacı madde kullanımı ile çocukluk örselenme yaşantıları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. Bu çalışmanın önemi Türkiye'de

daha önce bu üç konunun birden incelenerek yetişkinlere uygulanmamış olmasıdır. Madde kullanma eğilimi konusunda Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) alt ölçeklerinden bağımlılık şiddeti çalışmanın ana konusunu teşkil etmektedir. Bu tez çalışmasında çocukluk örselenme yaşantılarının fazla olmasının ve algılanan sosyal desteğin düşük olmasının madde kullanma eğilimini yordaması beklenmektedir.



2. GENEL BİLGİLER

Madde Kullanımı ve Bağımlılığı

Madde bağımlılığı; genetik, sosyal ve biyolojik faktörlere bağlı olarak gelişen bir hastalıktır. Morfin, eroin, kodein, metadon, meperidin gibi opiyatlar (Karacalar vd., 2014), hızlı etki gösterdiği ve güçlü bağımlılığa yol açabildiği için, tek bir kez alınması bile kronik bağımlılık yaratabilir (Selçuk, 2016). Ergenlerde madde kullanımı, ileride ortaya çıkabilecek morbidite ve mortalitenin ana etkeni olabilir. Bu nedenle ergenlerde sigara, alkol ve yasadışı uyuşturucu kullanımı oluşumunu etkileyen faktörler üzerinde yapılacak araştırmalar, ileri yaşlarda yaşanabilecek rahatsız ve hastalıkların önlenmesinde büyük önem arz etmektedir (Sells & Blum 1996). Yapılan araştırmalarda genellikle madde kullanımı ile psikososyal sıkıntı arasında anlamlı ilişkiler tespit edilmiş olup, özellikle yaşlı ergenlerde gerginlik azaltmada kullanıldığı bildirilmiştir (Frydenberg & Lewis, 1993).

Bağımlılık, kronik ve tekrarlayarak kötüleşen, bu nedenle uzun süre boyunca tedavisi ve izlemi gereken hastalıklardan biridir (Dennis et al., 2005; Dennis & Scott, 2007). Madde kullanımı ve bağımlılığı da önemli bir halk sağlığı sorunudur (Turhan et al., 2011, p.33). Bağımlılığın tanısında tespit edilen belirti sayısı, madde kullanımının kişinin yaşantısını etkileme düzeyi, madde kullanım isteğinin derecesi gibi faktörler, bağımlılık şiddetinin göstergelerindedir. Bağımlılığın şiddetindeki yükseklik, tedavi stratejisinin yoğunlaştırılmasını gerektirir (Yancar, 2005). Diğer yandan, alkol/madde bağımlılarındaki bireysel farklılıklar da bağımlılığın doğru ve tüm boyutlarıyla eksiksiz tanımlanabilmesi için yeni ölçekler geliştirilmesini gerektirebilir (Vanyukova et al., 2003; Conway et al., 2010).

Madde kullanım problemleri yaşayan hastanın tedavisindeki ilk adım ayrıntılı bir vaka öyküsü oluşturmaktır. Bu bilgiler doğru tanı ve bireyselleştirilmiş tedavi planlaması ile doğrudan ilişkilidir. Klinik görüşmeler, genellikle önceki ve mevcut madde kullanımı, psikiyatrik tedavi, istihdam, medeni durum, madde kullanımının yol açtığı fiziksel komplikasyonlar ve aile öyküsü üzerinde durmaktadır. Madde kullanım problemleri yaşayanlar arasında disfonksiyonel aile geçmişinin yaygın olduğu uzun süredir bilinmektedir. Örneğin; kimyasal bağımlılıklar nedeniyle tedavi altına alınan birçok hastanın birincil bakıcıların bir veya daha fazlasında madde kullanımı ve/veya psikiyatrik rahatsızlıklar olduğu bildirilmiştir (Dunn et al., 1994, p.357). Bal'ın (2010) çalışmasında; ev ortamında içki içen birinin olmasının ergende daha fazla kural dışı davranış (madde kullanımı vb.) oluşmasına neden olduğu saptanmıştır. Evren ve Ögel'in (2003) çalışmasında da; aile bireylerinden birinde alkol kullanımının bireyde madde bağımlılığına yol açtığı ancak aile bireylerinde madde kullanımının alkol bağımlılığına neden olmadığı; dolayısıyla madde bağımlılarında aile geçmişinde alkol kullanımının madde bağımlılığı için önemli bir belirti olabileceği görülmüştür. Diğer yandan Dodge ve Potocky'nin (2000) çalışmasında; madde bağımlılık şiddeti ile ailede madde kullanım/bağımlılık geçmişi olması arasında anlamlı bir ilişki görülmediği bildirilmiştir.

Alkol/madde bağımlıları değişik boyutlarda sorunlar yaşayabilirler. Bundan dolayı, alkol/madde kullanımıyla ilişkili sorunların boyutsal düzeyde değerlendirilmesi ve buna uygun tedavi stratejileri oluşturulması büyük önem arz eder (Ögel vd., 2015, s.176). Alkol/madde bağımlılığı tedavisinde, tedavi planını oluşturmada önem teşkil eden birçok faktörün (kullanılan madde türü, kullanım miktar ve süresi vb.) göz önünde bulundurulması gerekir (Connors & Volk, 2003). Bu tür bağımlılıklara sahip bireylerin tedavi sürecinde; bağımlılığın tanısı, maddeyi kullanmaya yönelik yoğun istek ve

arzunun varlığının, tedaviye uyumu zorlaştırdığı bildirilmiştir (Anton, 1999; Bottlender & Soyka, 2004). Alkol/madde bağımlılığına yönelik bazı araştırmalarda, bağımlı tanısı konulan hastaların bırakmaya yönelik motivasyon düzeylerinin, tedavinin başarısında etkili olduğu ispatlanmıştır (Ryan et al., 1995; DiClemente et al., 1999; Magill et al., 2010).

Alkol ve madde kullanımının disosiyasyona neden olduğu (Ross et al., 1992), birçok olguda özellikle erken yaşlarda kullanılmaya başlanmasının kronik bir etkide bulunarak disosiyatif kimlik bozukluğuna yol açtığı (Ellason, 1996; Wenzel et al., 1996) bildirilmiştir. Bunun yanı sıra, yetişkin madde bağımlılarını inceleyen araştırmaların yüksek düzeyde psikiyatrik komorbiditenin (Powell et al., 1982; Ross et al., 1988) yanı sıra bu tür bir komorbidite ve tedavi sonuçları arasında anlamlı ilişkiler (Helzer & Pryzbeck, 1988; Powell et al., 1992) ortaya koyduğu görülmektedir (Brown & Wolfe, 1994, p.51). Zihinsel Sağlık Epidemiyolojik Havzası Ulusal Enstitüsü (ECA: National Institute of Mental Health's Epidemiologic Catchment Area) verilerini kullanarak, madde bağımlılığı ve diğer psikiyatrik bozuklukların tanımları kullanılarak yapılan genel nüfus vaka/kontrol çalışmaları da; madde bağımlılığının yol açtığı bazı psikiyatrik bozukluklar ile kişilerarası şiddet arasındaki ilişkiyi destekler niteliktedir (Swanson et al., 1990; Dinwiddie & Bucholz, 1993; Kelleher et al., 1994). Öfke, anksiyete gibi mizaç bozuklukları tedavisinin madde kullanım isteği ve bağımlılığını azaltabileceği gösterilmiştir (Quello et al., 2005).

Ergenlerde madde kullanım davranışı, kural dışı bireysel davranışlardan biridir (Bal, 2010, s.5). Yürüten'in (2013) çalışmasında, Türkiye'deki madde kullanımının erkeklerde daha fazla olduğu, bu durumun cinsiyetin biyolojik etkisinden ziyade sosyal roller ile ilgili olduğu bildirilmiştir. Benzer şekilde Piko'nun (2000) çalışmasında; cinsiyetin yanısıra yaş ve okul türünün de madde kullanımının belirleyicilerinden

olduğu tespit edilmiştir. Bal'ın (2010) çalışmasında; erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla kural dışı davranış sergilediği tespit edilmiştir. Diğer yandan kadın madde bağımlılarının, aile disfonksiyonu, depresyon ve bağımlılıklarına ilişkin duydukları utanç ve suçluluk duygusu erkeklerinkine göre daha hassas olabilir (Ellis et al., 2004, p.214).

Ailenin ekonomik durumu ve eğitim seviyesi de ergenlerde madde kullanımı gibi kural dışı davranışların gelişmesinde etkili olabilir. Bal'ın (2010) çalışmasında; ailesinin ekonomik durumu ve eğitim seviyesi yüksek olan öğrencilerin diğerlerine göre daha fazla kuraldışı davranış sergiledikleri tespit edilmiştir.

Kaplanhan'ın (2015), Psikiyatri Servisi'nde yatarak tedavi görmekte olan 14'ü alkol, 36'sı madde bağımlısı olmak üzere toplam 50 hastayla gerçekleştirdiği ve Bağımlılık Profil İndeksi'ni (BAPİ) kullandığı çalışmada; bağımlıların çoğunluğunun erkeklerden (%90) ve hiç evlenmemiş olanlardan (%56) oluştuğu, yaşlarının 16-56 (ortalama yaş 30,62) arasında değiştiği, çoğunluğunun ilköğretim mezunu (%50) olduğu, %38'inin herhangi bir işte çalışmadığı, %58'inin yaşamının bir döneminde intihar düşüncesi taşıdığı ve %32'sinin intihar girişiminde bulunduğu, ailelerinin %24'ünün kendilerinin de %70'inin adli bir davada adlarının geçtiği; yaşamlarının bir döneminde %78'inin alkol, %72'sinin esrar, %62'sinin bonzai, %56'sının opiyat, %54'ünün ekstazi ve benzeri hapları, %50'sinin kokain ve %36'sının uçucu bir madde kullandığı; en çok tercih ettikleri maddelerin alkol (%28), opiyat (%26) ve kokain (%22) olduğu; opiyat bağımlılarının "tanı" alt ölçeği puanlarının diğerlerine göre daha yüksek olduğu ve opiyat kullananların çoğunluğunun çoklu madde kullanımına sahip olduğu; ekstazi vb. maddeler ile uçucu madde kullananların "madde kullanım özellikleri" alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının diğer katılımcılardan daha yüksek olduğu, dolayısıyla bu hastaların bağımlılık şiddetlerinin daha yüksek olduğu;

alkol bağımlılarının “yaşam” alt ölçeğinden aldıkları puan ortalamalarının diğer bağımlılardan daha düşük olduğu tespit edilmiştir.

Kaplan'ın (2015), sokakta yaşayan madde bağımlısı çocuklarda öfke ve saldırganlık düzeyini belirlemek amacıyla 103 katılımcıyla yaptığı ve BAPİ ölçeğini kullandığı çalışmada; madde bağımlılarının %67'si aileleriyle anlaşmazlık yaşadıkları için sokakta kalmayı tercih ettiklerini, %35'i sokakta kaldıkları süre zarfında şiddet davranışlarına maruz kaldıklarını, %71'i maddenin etkisi altındayken kendilerine zarar verdiklerini, %70'i madde kullanımından dolayı yasal problemlerle karşılaştıklarını bildirmiştir. Çalışmada BAPİ'nin öfke kontrol alt ölçeğiyle negatif yönde anlamlı ilişkisi olduğu ($p<0,05$); buna madde kullanımının öfke kontrolü üzerinde olumsuz etkide bulunduğu sonucu elde edilmiştir.

Koçhan'ın (2014), 100'ü madde kullanan ve 100'ü madde kullanmayan olmak üzere toplam 200 er/erbaşla yaptığı ve BAPİ ölçeğini kullandığı çalışmada; madde kullanım düzeyinin ebeveyn eğitim düzeyine göre farklılık göstermediği; madde kullananlarda anne-babanın daha ilgisiz, daha az koruyucu ve daha az kontrol edici davranış sergiledikleri; madde kullananların olumsuz bağlanma özellikleri taşıdıkları, stresle başa çıkmada kaçınmacı bir yaklaşım sergiledikleri, depresyon düzeylerinin daha yüksek olduğu, ebeveynle bozuk ilişkilerin madde kullanımına yol açtığı tespit edilmiştir.

Çarkçı'nın (2014), alkol bağımlılarında mutluluk, şaşkınlık, hüznün, utanç, korku ve öfke duygularının yüzde dışavurumlarının tanınması ve ayırt edilmesi becerisini araştırmak üzere yaptığı ve BAPİ ölçeğini kullandığı çalışmada; duygu tanıma ve ayırt etme becerisinin bağımlılık şiddetinden etkilenmediği, bağımlılık alt ölçeklerinden “motivasyon” ile “öfkenin”, “yaşam üstüne etki” ile “şaşkınlığın” ilişkili olduğu tespit edilmiştir.

Ögel ve arkadaşlarının (2012) BAPİ-Kısa ölçeğini geliştirmek, geçerlilik ve güvenilirliğini araştırmak üzere 1.087 mahkumla yaptığı çalışmada; örneklemin yaş ortalamasının $33,46 \pm 9,64$; %74,2'sinin erkek, %39,2'sinin ilkokul mezunu, %27,7'sinin ekonomik durumunun temel ihtiyaçlarını karşılamada zorluk yaratacak düzeyde olduğu, %72,9'unun psikiyatrik ya da psikolojik öyküsü olmadığı tespit edilmiştir. Çalışmada katılımcıların puan ortalamaları; madde kullanım özellikleri alt ölçeğinde $4,77 \pm 1,48$, tanı ölçütleri alt ölçeğinde $21,74 \pm 4,35$, yaşama etkisi alt ölçeğinde $36,80 \pm 7,89$, şiddetli istek alt ölçeğinde $14,65 \pm 3,52$, motivasyon alt ölçeğinde $13,62 \pm 1,80$ ve BAPİ ölçeğinde $17,89 \pm 2,64$ olarak bulunmuştur.

Wenzel ve arkadaşlarının (1996), alkol/madde bağımlılığı ile disosiyasyon arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere 62'si alkol, 76'sı madde bağımlısı olmak üzere toplam 138 bağımlıyla yaptığı ve ASI: Addiction Severity Index (Bağımlılık Şiddeti İndeksi) kullandığı çalışmada; madde kullanımının kronik kalıntı etkisinde bulunarak disosiyasyona yol açabildiği tespit edilmiştir.

McMahon ve arkadaşlarının (1999), kokain ve alkol kullanımı, stres, başa çıkma ve sosyal destek özellikleri de dahil olmak üzere bir dizi sonuç ölçütleri ele alınarak, yatarak tedavi gören ve tedaviyi tamamlayan hastalar ile tedaviyi yarıda bırakan hastaların kokain kullanımını karşılaştırdığı ve ASI ölçeğini kullandığı çalışmada; ilk izlem süresi sonunda alkol ve kokain kullanım düzeylerinin önemli ölçüde düşüş gösterdiği ancak tedaviyi tamamlayan ve yarıda bırakan hastaların madde kullanım düzeylerinde anlamlı düzeyde bir farklılık olmadığı tespit edilmiştir.

Dodge ve Potocky'nin (2000), demografik özellikler, bağımlılığın varlığı ve şiddeti, depresyon ve özgüven arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere madde bağımlılığı tedavisi görmekte olan 64 kadın hastayla yaptığı ve ASI ölçeğini kullandığı çalışmada;

madde bağımlılık şiddeti ile yaş, çalışma durumu, eğitim düzeyi, aylık gelir değişkenleri arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır.

Çocukluk Örselenme Yaşantıları

Ruhsal ve toplumsal risk etmenlerinden biri olarak kabul edilen çocukluk örselenme yaşantıları (Toker vd., 2011); anne, baba veya bakıcı vb. yetişkin biri tarafından çocuğa yöneltilen, çocuğun gelişimine engel teşkil eden veya kısıtlayıcı etkide bulunan tüm eylem ya da eylemsizliklerdir (Taner ve Gökler, 2004, s.82). Ebeveyn tarafından sergilenen ve sağlıklı bir çocuk için normal ya da zararsız olarak kabul edilebilecek bir davranış, engelli veya önemli bir kronik hastalığa sahip bir çocuk üzerinde örseleyici bir davranış olabilir (İdiğ Çamuroğlu, 2014, s.69). Çocukluk örselenme yaşantılarının, çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel veya toplumsal açıdan, güvenlik ve sağlığının zarar görmesine yol açmasının yanı sıra (Taner ve Gökler, 2004, s.82), kaçınma/yadsıma vb. duygu odaklı başa çıkma tutumlarına başvurulmasına sebep olarak günlük yaşamın zorlayıcı unsurlarıyla baş etmede yetersizliğe (Chelf & Ellis, 2002) de sebep olduğu bildirilmiştir. Çocukluk örselenme yaşantıları, sosyal sorunlara ek olarak ruhsal problemlere de yol açabilmektedir (Dunn et al., 2002, p.1063). Cinsel istismar, duygusal ve/veya fiziksel istismar/ihmal, benlik saygısını azaltmasının yanı sıra, cinsel ve kişilerarası ilişkilerde de sorunlara neden olmaktadır (Mullen et al., 1996, p.7).

Günlük hayatta sıklıkla karşılaşılan fakat genellikle gizli tutulan ve/veya nadiren açığa çıkarılan istismar türünün duygusal kötüye kullanım olduğu bildirilmiştir (Trickett et al., 2009; Covell & Howe, 2012, p.2). Duygusal istismar, özellikle ortaya çıkardığı utanç duygusuyla anksiyete, depresyon ve disosiyasyon belirtilerine yol açabilmektedir (Wright et al., 2009, p.59). Oldukça yaygın görülen ve en kolay istismar türü olarak kabul edilen fiziksel istismar ise “korkutma, sindirme, yaptırım vb. amaçlarla bilerek ve isteyerek çocuğun bedenine fiziksel zarar verme” olarak

tanımlanmakta; ergenlikte ve yetişkinlikte anksiyeteye, depresif rahatsızlıklarla, intiharla, zararlı madde kullanımıyla, zekâ düşüklüğü ve akademik başarısızlıkla sonuçlanabilmektedir (Johnsen et al., 2002, p.181). Çocuk yaşta cinsel tacize uğrayanlarda fizyolojik rahatsızlıkların yanı sıra psikolojik bozuklukların oluştuğu, bunun da madde kullanımına eğilim yarattığı bildirilmiştir (Lange et al., 1999, p.151; Molnar et al., 2001, p.965; Steel et al., 2004, p.785). Fiziksel/duygusal istismar ve ihmal öyküsü olduğu tespit edilen bireylerin 11 yaş itibariyle izlem altına alınarak yetişkinlik dönemlerinde beliren psikopatolojilerin incelendiği bir çalışmada, çocuklukta yaşanan örselenmelerin, ileri yaşlarda ortaya çıkan anti-sosyal kişilik belirtilerinin ve tanısının önemli yordayıcılarından olduğu belirtilmiştir (Luntz & Widom, 1994, p.670). Literatürdeki birçok çalışmada da (van der Kolk et al., 1991; Zoroğlu et al., 2003; Matsumoto et al., 2004; Whitlock et al., 2006; Erdem, 2009) çocukluk örselenme yaşantılarının, özellikle fiziksel ve cinsel örselenmenin kendine zarar verme davranışı ile doğrudan ilişkili olduğu belirtilmiştir.

Örsel ve arkadaşlarının (2011), 183 psikiyatri hastasıyla gerçekleştirdiği çalışmasında; örneklem grubundaki yaklaşık her üç kişiden ikisinin (%65,7) çocukluk çağı örselenme davranışlarından en az birine, %6,1'ininse cinsel, fiziksel, duygusal istismar/ihmal türlerinin tamamına maruz kaldığı tespit edilmiştir. Bu istismar türleri arasında ise duygusal ihmalin oranının en yüksek (%81,6) olduğu; duygusal istismarın %55,9, fiziksel istismarın %34,4 ve cinsel istismarın %10,9 bunu takip ettiği görülmüştür (Akt. İdiğ Çamuroğlu, 2014, s.69).

Çocukluk çağında örselenme davranışlarına maruz kalan bireylerin, bu istismar ve ihmal davranışlarının sona ermesinden uzun yıllar sonra bile sağlık sorunları yaşadıkları bildirilmiştir. Bu tür mağduriyetler yaşayanlar, daha sık hasta olmakta ve doktora daha sık gitmektedir (Felitti, 1991). Bunun yanı sıra daha fazla semptom

bildirmekte, sağlıklarını daha az ‐iyi‐ olarak bildirmekte ve daha fazla ameliyat geçmişine sahip olabilmektedirler (Kendall-Tackett et al., 2000). Drossman ve arkadaşlarının (1990), Schofferman ve arkadaşlarının (1992) alışmalarında; çocukluk örselenme yaşantıları olan yetişkinlerin, bir veya birden fazla kronik ağrı sendromları olan artmış risk altında oldukları tespit edilmiştir. Felitti ve arkadaşları (2001), olumsuz çocukluk deneyimlerini araştırdıkları çalışmalarında; dört veya daha fazla türde olumsuz çocukluk olayı yaşayan deneklerin, iskemik kalp hastalığı, kanser, fel, kronik bronşit, amfizem, şeker hastalığı, kemik kırıkları ve hepatit gibi sayısız artan risk durumları altında olduklarını saptamıştır. Bu çalışmalarda incelenen çocukluk örselenme olayları; psikolojik istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, madde bağımlılığına maruz kalma, ebeveynde ruhsal hastalık, anne veya üvey anne tarafından şiddete maruz kalma ve kriminal davranışa maruz kalma şeklinde sıralanmaktadır.

şar ve arkadaşlarının (2012) ocukluk ağı Ruhsal Travma leği'nin (CRT) Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliğini belirlemek üzere disosiyatif bozukluğu olan 50 hasta, bu hastaların birinci derecede yakını olan 50 birey ve klinik dışı kontrol grubunu oluşturan 50 kişiyle yaptığı çalışmada; çocukluk çağında yaşanan travmalar ile disosiyatif bozukluklar arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde ilişki olduğu, çocukluk örselenme yaşantılarının disosiyatif bozukluklara yol açabildiği tespit edilmiştir. Çalışmada katılımcıların toplam CRT puan ortalaması $61,3 \pm 18,0$ olarak bulunurken; en az bildirilen travma türünün fiziksel ihmal ($8,6 \pm 2,6$) olduğu, en fazla bildirilen travma türünün ise duygusal ihmal olduğu ($17,0 \pm 5,0$) belirtilmiştir. Diğer travma türleri ise; duygusal istismar ($14,2 \pm 5,4$), cinsel istismar ($12,7 \pm 6,7$) ve fiziksel istismar ($9,0 \pm 4,1$) şeklinde sıralanmıştır.

Yalçın ve arkadaşlarının (2015) kendine zarar verme davranışı ile çocukluk ağı ruhsal travmaları arasındaki ilişkiyi belirlemek üzere 38 Nörotik Ekskoriyasyon (NE)

hastası ve 40 kişilik kontrol grubuyla yaptığı ve ÇÇRTÖ kullandığı çalışmada; çocukluk çağında yaşanan travmaların hastaların anksiyete ve depresyon düzeyini artırdığı, bireylerde psikiyatrik problemlerin oluşmasında etkili olabileceği tespit edilmiştir. Çalışmada hastalar tarafından en fazla bildirilen ihmal türü duygusal ihmal ($17,00\pm 7,56$), en az bildirilen ihmal türü fiziksel ihmal ($4,58\pm 2,62$) olurken; hastaların diğer alt ölçeklerde aldığı puan ortalamaları duygusal istismarda $8,87\pm 5,06$; fiziksel istismarda $7,11\pm 4,34$, cinsel istismarda $5,61\pm 2,03$; ölçek genelinde ise ağırlıklandırılmış puan ortalaması $8,67\pm 3,59$; Toplam ÇÇRTÖ puan ortalaması $43,35\pm 17,95$ olarak saptanmıştır. Kontrol grubunda ölçek genelinde $6,72\pm 1,52$ puan ortalaması saptanmış olup, alt ölçeklerden alınan puan ortalamaları (yüksekten düşüğe doğru); duygusal ihmal $12,30\pm 5,11$; duygusal istismar $6,05\pm 1,41$; fiziksel istismar $5,43\pm 1,46$; cinsel istismar $5,30\pm 1,09$; ve fiziksel ihmal $3,95\pm 1,31$ şeklindedir. Çalışmada ayrıca hasta ve kontrol grubunun duygusal istismar ($p<0,01$), fiziksel istismar ($p<0,05$) ve duygusal ihmal alt ölçeğinden ($p<0,01$) ve de ÇÇRTÖ'den ($p<0,01$) aldıkları puan ortalamaları arasında anlamlı düzeyde farklılık olduğu bulunmuştur.

Kadın bağımlıların erkeklere göre daha fazla çocukluk örselenme yaşantısına sahip olduğu, ayrıca ileride partnerleri tarafından örselenme davranışlarına maruz bırakılma oranlarının da erkeklerinkinden daha yüksek olduğu; kadınlarda çocukluk örselenme yaşantılarından duygusal ihmalin, erkeklerde ise TSSB'nin madde bağımlılığının belirleyicilerinden olduğu bildirilmiştir (Williams & Latkin, 2007; Shand et al., 2011). Diğer yandan, literatürde çocukluk örselenme yaşantıları ile cinsiyet arasındaki ilişkiyi inceleyen çalışmalara baktığımızda kadın ve erkekler arasında çocukluk örselenme yaşantılarının anlamlı düzeyde farklılık göstermediğinin tespit edildiği de görülmektedir. Bora'nın (2015), evlilikte kadınların maruz kaldıkları şiddete

ilişkin olarak 195'i erkek, 250'si kadın olmak üzere evli 445 katılımcıyla yaptığı ve Evlilikte Kadına Yönelik Şiddete İlişkin Tutumlar Ölçeği'ni kullandığı çalışmada; çocukluk çağında maruz kalınan psikolojik, fiziksel ve cinsel şiddet düzeyinin cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Yılmaz Irmak'ın (2008), çocukluk çağındaki istismar ve ihmal davranışları ile dayanıklılık arasındaki ilişkiyi araştırdığı çalışmasında; çocuk yaşta uygulanan fiziksel şiddet yaşantılarının cinsiyete göre arasında anlamlı farklılık göstermediği; Bernard von Leer Vakfı'nın (2014) Türkiye'deki 0 ile 8 yaşları arasındaki çocuklara uygulanan aile içi şiddete yönelik olarak yaptığı çalışmada da yine çocukluk çağında uygulanan psikolojik ve cinsel istismarın cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği saptanmıştır.

Sosyal Destek Algısı

Tüm bireyler için sosyal ilişkide bulunmak, toplumun diğer fertleriyle iletişimde ve etkileşimde olmak önem taşır. Ancak bu güçlü ihtiyaca rağmen çağımızda yalnızlaşmanın arttığı görülmekte; bireyler değişik nedenlerden dolayı diğer bireylerden uzaklaşmaya başlamakta, gerek destekte bulunmaktan gerekse başkalarından yardım ve destek almaktan kaçınmaktadırlar. Bu durum, yalnız insan sayısının her geçen gün artmasına, psikolojik sorunlar başta olmak üzere sayısız probleme yol açmakta, bireyin yaşantısını derinden etkilemektedir (Kaplanhan, 2015).

Stres ile başa çıkmayı sağlayan karşılıklı önemseme/ilgilenme ağı olarak tanımlanan sosyal destek, en önemli ve en anlamlı çevresel kaynakları sağlar. Arkadaşlar ve aileden alınan sosyal destek, "stres" ve "başa çıkma"nın hemen her alanında önemli bir rol oynar. Buna ek olarak sosyal destek; güçlü sosyal bağlar sağlayan aile ve arkadaş grubuna sahip olmak; aile ve arkadaşlar arasında yararlı kaynakları paylaşabilmek; destekleyici ilişki ve davranışlara sahip olma duygusu olarak da tanımlanır (Tam & Lim, 2009, p.76).

Ancak sosyal desteğin sadece "ilişkilerin miktarı" olarak tanımlanması doğru bir yaklaşım olmayacaktır. Sağlık sonuçlarını tahmin etmede mevcut desteğe ilişkin genel algı, destek için elverişli olan insanların sayısından daha önemli olabilir (Ellis et al., 2004, p.213). Nitekim Piko (1998) da, "alınan sosyal destek"ten ziyade "algılanan sosyal destek" in sağlık sonuçları üzerinde birincil öneme sahip olduğunu belirtmiştir. Dolayısıyla "bireyin çevresinde yer alan diğer bireylerden aldığı yardım" olarak özetleyebileceğimiz sosyal desteğe ilişkin bireyin algısı, çevresinden aldığı yardımı nasıl ve ne ölçüde algıladığıyla ilgilidir. Birey, duygusal olarak gergin hissettiği durumlarda birilerine dayanmak ister, genellikle kendisine en yakın gördüğü kişilerden (aile, arkadaş gibi) yardım bekler. Bireyin çevresinde yardım umduğu bu kişiler, bireysel uyum sürecine ve sağlığına önemli düzeyde etkide bulunabilir (Çakır & Palabıyıköglü, 1997, s.16). Bireyin uyum sürecini ve iyilik halini etkilemesi bakımından da önem arz eden sosyal destek ağının en önemli halkası, aile bireylerinden ve yakın arkadaşlardan oluşur. Sosyal destek, bireye, günlük hayatın birçok sorunuyla başedebilmesini sağlayacak gücü verir (Kaplanhan, 2015).

Kadınların, sosyal ilişkileri ve bu ilişkilerin rollerini erkeklerden daha farklı algılamaları nedeniyle (Finkelstein, 1996); kadınlar için sosyal ilişkiler, bir hastalık ya da rahatsızlıktan kurtulmada, bunların olumsuz etkisini azaltmada ve iyileşmede erkekler için olduğundan daha önemli olabilir (Gregoire & Snively, 2001; Knight et al., 2001). Literatürde bazı çalışmalarda (Colarossi, 2001; Gregoire & Snively, 2001; Knight et al., 2001; Tam et al., 2011) sosyal destek ile cinsiyet arasındaki ilişki bulunurken; bazılarında (Çakır ve Palabıyıköglü, 1997) böyle bir ilişkiye rastlanmamıştır. Çakır ve Palabıyıköglü'nun (1997) yaşları 12 ila 22 arasında değişen toplam 960 ergenle yaptığı ve sosyal destek algısı ölçümüne yönelik Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni (ÇBASDÖ) kullandıkları çalışmada; katılımcıların

toplam ÇBASDÖ puan ortalaması $63,92 \pm 11,54$; aileden alınan sosyal destek $21,61 \pm 4,84$; arkadaştan alınan sosyal destek $20,68 \pm 5,06$; diğer önemli kişiden alınan sosyal destek $21,37 \pm 4,88$ olarak bulunmuş; algılanan sosyal desteğin yaş değişkenine göre anlamlı düzeyde farklılık gösterdiği; yaşları 15 ila 17 arasında değişen katılımcıların diğer yaş gruplarına göre daha az sosyal destek algıladığı saptanmıştır. Sosyal desteği daha az algıladığını belirten bu grubun en fazla sosyal destek aldığını belirttiği kaynak “diğer önemli kişi” olurken; sosyal destek algısı daha fazla olan diğer grupların en fazla sosyal destek aldıklarını belirttikleri kaynak “aileleri” olmuştur. Buna göre özellikle ergenlerde 18 yaşın hemen öncesinde (15-17 yaş grubunda) aileden alınacak sosyal desteğin öneminin oldukça büyük olduğu görülmektedir. Aileden bu desteği alamadıklarında ise diğer önemli kişilere yönelmektedirler. Çalışmada ayrıca sosyo-kültürel düzeyin algılanan sosyal desteği etkilediği, sosyo-kültürel düzeyi yüksek olan gençlerde aileden alınan sosyal desteğin diğerlerine göre daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak çalışmada, cinsiyetin anlamlı düzeyde etkide bulunmadığı tespit edilmiştir. Diğer yandan Tam ve arkadaşlarının (2011) Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) kullanarak yaptığı çalışmasında; cinsiyet ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı düzeyde bir farklılık olmadığı; ancak Colarossi'nin (2001) çalışmasında ise kadın ergenlerin erkeklere göre daha fazla akran ve yetişkin sosyal desteği algıladıkları, en önemli desteği ise annelerinden aldıklarını bildirdikleri tespit edilmiştir.

Sosyal destek bireyin yalnızlık algısıyla da ilişkili bulunmuştur. Yılmaz ve arkadaşlarının (2008) algılanan sosyal destek düzeyi ve yalnızlık düzeyini etkileyen faktörlerin belirlenmesi için 339 sağlık yüksekokulu öğrencisiyle yaptığı ve sosyal destek algısı ölçümüne yönelik Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'ni (ÇBASDÖ) kullandıkları çalışmada; sosyal destek algısı arttıkça yalnızlık algısının

anlamli düzeyde düştüğü ($r=-0,361$, $p=0,000$), öğrencilerin sosyal destek algısına ilişkin ölçek bazında puan ortalamalarının yüksek ($66,4\pm 13,9$) olduğu tespit edilmiştir. Bu değer yüzelik bazda (0-100 puan aralığında) değerlendirildiğinde, yaklaşık 76 puana $[=100*((66,4-12)/(84-12))=75,56]$ denk gelmekte olup, araştırmaya katılan öğrencilerin algıladıkları sosyal desteğin yüksek olduğu söylenebilir. Çalışmada en çok algılanan sosyal destek aileden ($24,64\pm 5,51$) olurken, en az algılanan sosyal destek diğer önemli kişiden/özel insandan ($23,32\pm 7,46$) olmuştur. Öğrencilerin arkadaştan algıladıkları sosyal destek puan ortalaması ise $24,21\pm 6,11$ olarak tespit edilmiştir. Çalışmada gelir düzeyi ile algılanan sosyal destek arasında anlamli bir farklılık bulunmamıştır.

Lipschitz-Elhawi ve Ltzhaky (2005), Teoh ve Nur Afiqah (2010) ise çalışmalarında; algılanan sosyal destek ile benlik saygısı arasında pozitif bir ilişki olduğunu göstermişlerdir.

Uchino (2009), kronik hastalıkların psikososyal süreçlerle birlikte gelişebileceğini; alınan ve algılanan sosyal destek ile kronik hastalık gelişimi arasında ilişki olduğunu; algılanan sosyal desteğin güçlü olmasının bireylerin sağlıklı bir şekilde yaşlanmalarına yardımcı olacağını ve kronik hastalık yaşama riskini azaltacağını; kronik hastalıkların kronik strese yol açarak yakın ilişkilerde bile algılanan sosyal desteği zayıflatabileceğini bildirmiştir.

Madde Kullanımı ve ocukluk Örselenme Yaşantıları İlişkisi

Genç yetişkinler arasında madde kullanım bozuklukları riskini azaltmaya yönelik olarak yapılan klinik çalışmalar, bu popülasyonda bağımlılık davranışlarına yönelik risk faktörlerinin amprik tanımlanmasına dayanmaktadır. Travmatik olaylara maruz kalma ve Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB), çeşitli gruplarda madde kullanım bozuklukları ile ilişkilendirilmiştir (Norman et al., 2007; Kmett Danielson et al., 2009, p.395). ocuk yaşta cinsel tacize uğrayanlarda fizyolojik rahatsızlıkların yanı

sıra psikolojik bozuklukların oluştuğu, bunun da madde kullanımına eğilim yarattığı bildirilmiştir (Lange et al., 1999, p.151; Molnar et al., 2001, p.965; Steel et al., 2004, p.785). Spann ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında yüksek çocukluk travma geçmişi olan katılımcıların düşük çocukluk travma geçmişi olanlara göre anlamlı düzeyde daha fazla madde kullanımı geçmişine sahip oldukları tespit edilmiştir. Deykin ve Buka'nın (1997), Dore'nin (1998), Lubman ve arkadaşlarının (2007) çalışmalarında; çocuk istismar ve ihmalinin madde kullanma eğilimini önemli düzeyde artırdığı, ek tanılar gerektirdiği ve tedaviye yanıtı zorlaştırdığı tespit edilmiştir. Kural ve arkadaşlarının (2004) çalışmasında; travmatik yaşantıların yol açtığı stres bozukluklarının alkol/madde bağımlılarında %31 oranında olduğu saptanmıştır. Evren ve arkadaşlarının (2009) çalışmasında da travma sonrası stres bozuklukları ve genel psikopatoloji ile alkol kullanma isteği arasında ilişki saptanmıştır. McCann ve arkadaşlarının (1988) çalışmasında; madde kullanımının çocukluk travmalarına karşı tepki olarak geliştirilen önemli bir davranış olduğu tespit edilmiştir.

Bireyde kısa ve uzun dönem önemli sorunlar yaratan çocukluk örselenme yaşantıları, ergenlik sonrası dönemlerde madde kullanımı için risk oluşturmaktadır (Shin et al., 2009). Aile bireylerinden birinin, özellikle anne-babanın madde kullanımı da çocukluk örselenme yaşantılarına yol açabilmektedir. Murphy ve arkadaşlarının (1991) 206 ciddi çocuk istismarı davasını içine alan bir örneklem grubuyla madde bağımlılığını araştırdığı çalışmasında, örneklem grubunun %43'ünde, ebeveynlerin resmi kayıtlara geçmiş en az bir alkol ya da uyuşturucu sorunu olduğu tespit edilmiştir. Ebeveynin maddeye bağımlılık şiddetindeki artış bu riski arttırmaktadır. Bu da nesilden nesile aktarılan patolojik bir döngüye yol açmaktadır (Walsh et al., 2003). Bunun yanı sıra bu tür davranışlarda akranların etkisi de önemlidir. Heilbron ve Prinstein'in (2008) çalışmasında, ergenlerin alkol/madde kullanmaları, risk oluşturabilecek cinsel ilişkilere

girmeleri ya da kendilerine zarar vermeleri gibi riskli davranışlarda akran etkisinin yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Belirlenen istismarcı ailelerde madde bağımlılık düzeyini araştıran çalışmaların yanı sıra, madde bağımlılarında çocuk istismarını araştıran çalışmalarda madde bağımlılığının çocuk istismarından sorumlu olduğu bulunmuştur. Simpson ve Miller'in (2002) çalışmasında, çocukluk fiziksel ve cinsel istismarının, madde kullanım problemlerinin yordayıcısı olduğu belirlenmiştir. Black ve Myer'in (1980) bağımlılık tedavi merkezinde 200 alkol ya da opiyat bağımlısı aileyle çocuk bakımı ve çocuk yaralanmaları üzerine yaptığı çalışmada; çocukların %41'inin ciddi derecede ihmal, istismar ya da her ikisine de maruz kaldıkları saptanmıştır. Yani çocukluk çağı istismarları bireylerde madde kullanımı ve bağımlılığına yol açabilmektedir (Westermeyer et al., 2001). Roesler ve Dafler (1993), çocukluk çağında cinsel istismara maruz kalmış bireylerin madde kullanımına "kimyasal disosiyasyon" için başvurduğunu bildirmiştir.

Madde bağımlılığının TSSB hastaları ile ilişkilendirilmesiyle birlikte, madde bağımlılığının önlenilmesinin madde bağımlılığı hafıza ağı modelleri ile açıklanabilmesi mümkün olabilmiştir. Örneğin, Baker, Morse ve Sherman (1987, (Akt. Stewart et al., 1998, p.807); maddeye yönelik istek ve dürtülerin, uyuşturucu kullanımını gösteren ipuçları ve uyuşturucuya bağlı tepkilere ilişkin bilgileri kodlayan bir hafıza ağı içinde oluştuğunu öne sürmüştür. Madde bağımlısı hastalar için bu tür hafıza ağı içinde kodlanabilen ve madde kullanımını tespit etmeyi sağlayan ipuçları; travma ve madde kullanımına yönelik uyarılma ile ilgili belirtilere ilişkin bilişsel müdahaleler ya da travmayı hatırlatıcı dış ipuçları gibi alt ipuçları içerebilmektedir (Stewart, 1996). Hafıza ağı, travma hatırlatıcılarına maruz kalma ya da istenmeden ortaya çıkan travma anıları veya artan uyarılma gibi TSSB semptomları deneyimleri ile

aktive edilebilmektedir. Bu ağın aktivasyonu ile üretilen tepkiler, TSSB yaşayan kötü madde kullanan hastaların artan ilaca başvurma ve ilaç kullanımına yönelik dürtü bildirimlerini içermelidir (Stewart et al., 1998, p.807). Meisler ve Cooney'in (1997), komorbid TSSB ve alkol bağımlılığı yaşayan 13 erkek savaş gazisinin alkol için duydukları istek üzerinde travma hatırlatıcılarının etkilerini inceleyen ağ modeli tahminlerini test ettiği çalışmada; katılımcılar savaş, genel stres ve nötr görüntülere; ve her imgeleme durumunu takiben alkol hatırlatıcılara maruz bırakılmış; içme isteği başlangıçta, imgelere ve alkol hatırlatıcılarına maruz bırakıldıktan sonra ayrı ayrı değerlendirilmiş; ağ modeli öngörülleri ile tutarlı olarak, savaş görüntülerine maruz kalmanın genel stres ve nötr görüntüleri ile karşılaştırıldığında komorbid hastalarda içmeye yönelik anlamlı bir istek artışına yol açtığı tespit edilmiştir. İmgeleme türünün anlamlı etkisi, alkol hatırlatıcılara maruz kaldıklarında de devam ederek, travma hatırlatıcılara maruz kalmayla birlikte alkol hatırlatıcıların yeniden etkinleşme potansiyeli olduğunu göstermiştir.

Literatürde madde kullanımı ile çocukluk örselenme yaşantıları arasındaki ilişkiyi araştıran diğer çalışmalar ise aşağıda özetlenmiştir:

Briere ve Runtz'ın (1987), cinsel istismar mağduru kadınlarla yapılan bir çalışmada; kontrol grubu üyelerine göre bu kadınların madde bağımlılığı öyküsünün 10 kat, alkolik olma olasılıklarının iki kat daha fazla olduğu saptanmıştır.

Brown ve Anderson'ın (1991) çalışmasında çocukluk örselenme yaşantıları ve geçmiş travmaların, ileride madde kullanımına yol açabildiği tespit edilmiştir (Brown & Anderson, 1991).

Bartholow ve arkadaşlarının (1994), eşcinsel ve biseksüel erkekler üzerinde yaptıkları çalışmada; cinsel istismar mağdurlarının psikoaktif ilaçlar kullanma olasılıklarının daha yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Dunn ve arkadaşlarının (1994) madde bağımlılığı tedavisi görmekte olan 100 hastayla yaptığı çalışmada; hastaların %34'ünün çocukluk örselenme yaşantıları geçmişine sahip olduğu saptanmıştır.

Kelleher ve arkadaşlarının (1994) ECA verilerini kullanarak 11.000'in üzerinde aileyle yaptığı çalışmada; fiziksel istismar ya da ihmal bildirenler ile yaş, ırk, cinsiyet ve sosyo-ekonomik statü yönünden eşleştirilmiş ayrı bir kontrol grubu karşılaştırılmış; bu çalışmada istismarcı anne-babaların (fiziksel istismarda bulunan anne-babaların %43'ü, fiziksel ihmalde bulunan anne-babaların %51'i) DSM-III sınıfına giren madde bağımlılıklardan sorumlu bulunmuştur. DSM-III sınıfı rahatsızlıklar, Amerikan Psikiyatri Birliği (American Psychiatric Association) tarafından akıl hastalıkları tanım, teşhis ve sınıflandırılmasına yönelik olarak geliştirilen standartların beş temel boyutundan genel tıbbi rahatsızlıklara yönelik olan üçüncü boyutudur. Çalışmada, sosyal destek, depresyon ve antisosyal kişilik değerleriyle kontrol edilmesi sonrasında bu ilişkinin anlamlılığını koruduğu görülmüştür. Bununla birlikte, Kelleher ve arkadaşlarının (1994) çalışmasında, söz konusu hastalıkların geçmişe dönük yaşam boyu yaygınlık tahminlerinin kullanılmış olması nedeniyle madde kullanım bozuklukları ve çocuk istismarı arasında zamansal ilişki kurmak ya da göreceli riskleri belirlemek mümkün olamamıştır (Chaffin, 1996, p.193).

Çocukluk örselenme yaşantılarının madde kullanımı ve bağımlılığı üzerindeki etkisine ek olarak, bireyin örselenme yaşantılarına maruz kalmaya devam etmesi ile madde kullanımı arasında da ilişki bulunmaktadır. Finkelstein (1996), birçok alkol ve madde bağımlısı kadının daha iyisini hakemediklerini ve sevilmediklerini hissettiklerini, bu durumun ise yalnız hissetmek yerine kendilerine örselenme davranışları sergileyen birey ya da bireylerle birlikte yaşamaya devam etmek yönünde yanlış tutumlara yol açabildiğini bildirmiştir.

Kendall-Tackett ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında; çocukluk örselenme yaşantısı olanlarda eğlence amaçlı ve intravenöz uyuşturucu kullanımının daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Akt. Kendall-Tackett, 2002, p.716).

Kilpatrick ve arkadaşlarının (2000) çalışmasında; kişilerarası şiddete maruz kalmanın madde kullanım bozukluğu riskini artırdığı bulunmuştur (Akt. Kilpatrick et al., 2003, p.693).

Felitti ve arkadaşlarının (2001), olumsuz çocukluk deneyimlerini araştırdıkları çalışmalarında; dört veya daha fazla türde olumsuz çocukluk olayı yaşayan deneklerin, kendilerini alkolik olarak gördükleri ve illegal ilaç kullandıkları tespit edilmiştir.

Evren ve Ögel'in (2003) alkol bağımlısı 30 ve alkol dışı madde bağımlısı 32 hastayla yaptığı çalışmasında; çocuklukta yaşanan aile içi şiddet ile bireyin maddeyi ilk kullanmaya başladığı yaş arasında anlamlı düzeyde bir ilişki saptanmamıştır.

Kural ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında; çocukluk örselenme yaşantılarının depresyona, anksiyeteye, intihar girişimine, vücudunun çeşitli bölgelerine zarar vermeye, kişilik bozukluklarına yol açtığı ve madde kullanım oranını artırdığı tespit edilmiştir.

Ergenlerde madde kullanım davranışı, kural dışı bireysel davranışlardan biridir (Bal, 2010, p.5). Bal'ın (2010) çalışmasında; çocukluk çağında istismara, aile içi şiddete maruz kalan, ev ortamında huzursuzluk ve sevgisizlik yaşayan öğrencilerin, diğerlerine göre daha fazla kural dışı davranış sergilediği tespit edilmiştir.

Örsel ve arkadaşlarının (2011) 183 psikiyatri hastasıyla gerçekleştirdiği çalışmasında; geçmişinde cinsel istismara maruz kaldığını belirten grubun alkollü madde kullanma ve/veya bağımlılık düzeyinin ve intihar girişimi oranının diğer istismar gruplarından daha yüksek olduğu saptanmıştır (Akt. İdiğ Çamuroğlu, 2014, p.69).

Toker ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında; Madde Kullanım Bozukluğu (MKB) yaşayan kişilerin çocukluklarında fiziksel ihmal ve istismara daha fazla maruz kaldıkları benlik saygılarının düştüğü, madde kullanım eğilimlerinin arttığı tespit edilmiştir.

Turhan ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında; sigara kullanmayanların şiddete maruz kalma ve şiddet uygulama eğiliminin, sigara kullananlardan daha düşük ($p<0,001$) olduğu, uçucu madde kullananların sürekli kaygı puanının yüksek ($p<0,05$) olduğu tespit edilmiştir.

Madde Kullanımı ve Sosyal Destek İlişkisi

Madde bağımlılığı; genetik ve biyolojik faktörlerin yanı sıra sosyal çevreye bağlı olarak da gelişebilir (Selçuk, 2016). Erkeklerde madde kullanımına başlamanın ergenlikte yanlış sosyal çevre seçiminden kaynaklanabileceği bildirilmiştir (Williams & Latkin, 2007; Shand et al., 2011). Gençlerin uyuşturucu kullanımında zayıf sosyal kaynaklar ve düşük benlik saygısı rol oynamasına rağmen, ergenlerde madde bağımlılığının azaltılmasında bu faktörlerin rolleri belirsizliğini korumaktadır (Richter, Brown & Molt, 1991, p.371). Çocukluk döneminde maruz kalınan travmatik olayların, madde kullanımına yönelik bir risk faktörü olmasının aksine, baskın topluluk eğilimi ile sosyal desteğin ergenlerde en büyük koruyucu faktör olduğu görülmüştür (Cleveland et al., 2008).

Bireyin ilişki kurabilmesi ve toplumsallaşma becerisi kazanabilmesinde birincil etki kaynağı ailesidir. Çocukların ebeveynleriyle ilişkisi, ileride oluşturacağı diğer ilişkiler için de temel teşkil eder. Dolayısıyla bireyin sosyal davranışları, ilk olarak ailesiyle olan sosyal ilişkileri içinde gelişir. Alkol/maddeye ilişkin tutumları da bu sosyal kalıp çerçevesinde öğrenilir. Madde/alkol bağımlılarının oldukça geniş bir profilde olmasıyla birlikte bağımlılığa eşlik eden sorunların farklılıkları, kullanım

tekrarının önlenmesi için birçok tedavi programının geliştirilmesini gerektirmiştir. Aile merkezli tedavi yaklaşımı çerçevesinde hastaların ailelerinin de tedaviye dâhil edilmesi, bu sürece olumlu yönde katkıda bulunmaktadır. Böylece, sosyal çevresinin desteğiyle bağımlılık ve madde/alkol kullanım şiddetinin derecesi azaltılabilmektedir (Kaplanhan, 2015). Bunun tam tersine, anne-babadan alınan sosyal desteğin yetersiz olması, yaşam koşullarının zor olduğu anlarda ergenlerde alkol/madde kullanımına yol açabilmektedir (Kraaij et al., 2003). Finkelstein (1996), birçok alkol ve madde bağımlısı kadının destekleyici ilişkisinin olmadığını, sosyal destekten mahrum kalmasının madde kullanımı ve bağımlılığına yol açmış olabileceğini bildirmiştir.

Saleem ve arkadaşlarının (2013) çalışmasında; aile, arkadaş ve özel insanların sosyal desteğini alan bireylerin madde kullanım ve bağımlılık davranışlarının azaltılabildiği saptanmıştır. Turhan ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında ise; uçucu madde kullananların sosyal destek skorlarının düşük ($p<0.05$) olduğu tespit edilmiştir. Çeşitli çalışmalardan elde edilen kanıtlar, ergenlerin sigara, alkol veya yasadışı uyuşturucu kullanımına duyarlılıklarında farklılıklar olduğunu göstermekte; bu farklılıkların büyük ölçüde ebeveyn ve yaşlılarla ilişkilerin kalitesine bağlı olduğunu düşündürmektedir (Resnick et al., 1997). Diğer yandan Cosden ve Cortez-Ison'un (1999), McMahan ve arkadaşlarının (1999) çalışmalarında; algılanan sosyal destek ile madde bağımlılığı tedavi sonuçları arasında ilişki olmadığı tespit edilmiş; madde kullanımının tekrar başlamasında sosyal desteğin genel anlamda her zaman yeterli olmayabileceği belirtilmiştir.

Madde bağımlılığının tedavisinde sosyal desteğin önemine ya da bu ikisi arasındaki ilişkiye yönelik de birçok çalışma yapılmıştır. Algılanan sosyal destek, tedavi sonrası yeniden madde kullanmaya başlamada bir tampon görevi gören psikolojik iyilik halini tetikleyerek madde bağımlılığı tedavisini olumlu yönde

etkileyebilir (Dodge & Potocky, 2000; Salmon et al., 2000). Böylece, madde bağımlılarına sağlanan sosyal destek, bağımlılığın seyri ve tedaviden sonra yeniden nüksetmesi üzerinde etkide bulunabilir (Ellis et al., 2004). Toplumsal kaynaklar (aile ve arkadaşlar ile ilişkiler) ve kişisel kaynakların (yaşamak için istikrarlı bir yer), yatarak tedavi gören erkek madde bağımlılarının tedavi programlarını tamamlayabilmeleri ile ilişkili olduğu bulunmuştur (Moos & King, 1997).

Richter, Brown ve Molt'un (1991) çalışmasında; tedavi esnasında bildirilen sosyal kaynakların (yani sosyal desteklerin madde kullanımıyla ilişkili izlerin) kalitesinin tedavi sonrası alkol/madde kullanım durumuyla ilişkili olduğu; alkol kullananların, daha ağır madde kullanımına başlayan gençlere göre daha fazla kullanışsız destek bildirdikleri; özgüven ve tedavi sırasındaki sosyal destekten memnuniyet derecesinin taburculuğu takiben 6 ay boyunca karşılaşılan önemli yaşam sorunları sayısı ile negatif yönde korelasyon gösterdiği tespit edilmiştir. Toplamda, hastaların benlik saygısına ilişkin alınan önlemler, yüksek kaliteli desteklerinin sayısı ve sosyal destek memnuniyeti 6 aylık madde kullanımı sonucunda varyansın %16'sını, tedaviden sonraki 6 ay boyunca psikososyal işlevsellikte ise varyansın %25'ini açıklamıştır.

Ellis ve arkadaşlarının (2004), ailenin işlevselliği, arkadaş aktiviteleri, eşlerin ya da diğer önemli kişilerin madde kullanımının, yatarak tedavi gören kadınların tedaviyi takiben 6 ay içinde nükseden madde kullanımı üzerindeki etkisini araştırdığı çalışmada; tedaviye kabul edilen 1.758 kadının 1.181'i tedaviden taburcu olduktan sonraki 6 ay içinde izleme alınmıştır. Madde kullanımının nüks etmesi; alkol ve nikotin dışındaki ilaçların herhangi bir kullanımı olarak tanımlanmıştır. Çalışmada; taburculuk sonrası süreçte ailelerin biraraya gelmesi ve birbirlerine yardımcı olması gibi olumlu aktivitelerin madde kullanımının nüksetme olasılığını istatistiksel olarak anlamlı

düzejde azalttığı; ancak aile içi kavgalar ve arkadaşlar tarafından madde kullanımını veya suç girişimlerinin madde kullanımının nüksetme olasılığını artırdığı; taburculuk sonrası eşler tarafından alkol ve diğer maddelerin kullanımının kadınların madde kullanımının nüksetmesini kolaylaştırdığı saptanmıştır.

Piko'nun (2000) çalışmasında; arkadaş ya da anneden alınan sosyal desteğin madde kullanımının belirleyicilerinden olmadığı; ancak düşük düzejde de olsa babadan alınan sosyal desteğin düşük olmasının bireyde madde kullanımını arttırdığı tespit edilmiştir.

Bireyin arkadaş ve ailesinin sosyal desteğinden mahrum kalarak yalnız yaşıyor olması, sağlığa ilişkin davranışları üzerinde etkili olabilir (Osler, 1995). Bal'ın (2010) çalışmasında; ebeveynleriyle olan ilişkilerini, onlardan ve arkadaşlarından aldığı sosyal desteği zayıf ya da yetersiz algılayan öğrencilerin, diğerlerine göre daha fazla kural dışı davranış sergilediği tespit edilmiştir. Bu da bireyde, sağlığa zararlı etkisi olan madde kullanımı gibi kural dışı davranışların gelişmesine neden olabilir.

Diğer yandan, Dodge ve Potocky'nin (2000) çalışmasında; madde bağımlılık şiddeti ile toplam sosyal destek arasında anlamlı düzejde bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır.

Çocukluk Örselenme Yaşantıları ve Sosyal Destek İlişkisi

Çocukluk çağında yaşanan istismar ve ihmal, bireyin kendine ve ailesine duyduğu güveni azalttığı gibi, ailesiyle olan ilişkilerinde de zedelenmeye yol açabilir (Bal, 2010, s.7). Bu da, aileden algılanan sosyal desteğin düşük olmasına neden olabilir. Algılanan sosyal destek; olumsuz yaşam olayları (cinsel istismar gibi) düşünöldüğünde “semptomataloji” ve “olumlu öz değerlendirme” (iyi oluşun bir göstergesi) ile eşzamanlı bağlantısı olan mental sağlığın önemli bir destekleyicisidir (Cronkite &

Moos, 1984; Cutrona & Troutman, 1986; Ryff, 1989; Russell & Cutrona, 1991; Windle, 1992; Lincoln et al., 2005; Moradi & Funderburk, 2006).

Çocukluk örselenme yaşantıları birey üzerinde stres yaratarak ruh sağlığını olumsuz olarak etkileyebilmektedir. Sosyal bilimlerde, oldukça uzun bir süredir sosyal destek ile ruh sağlığı sonuçları arasındaki ilişki teorize edilmektedir (Pearlin et al., 1981; Cohen & Wills, 1985; Wethington & Kessler, 1986). Wheaton'ın (1985) "Ana Etkiler Modeli", mevcut stres düzeyine bakmaksızın sosyal desteğin temel sosyal iletişim ihtiyaçlarının karşılanması yoluyla sağlığı iyileştirici etkide bulunduğunu varsayar. Sosyal desteğin bu genelleştirilmiş fayda etkisi; sosyal ağların genel anlamda özdeğer, özsaygı ve pozitif etkiye yol açan olumlu etkileşimler, destek ve onaylama sağlaması nedeniyle oluşur. Sosyal destek, potansiyel olarak stresin zihinsel sağlık sonuçları üzerinde zararlı psikolojik etkilerini durduran veya azaltan bir psikososyal kaynak olarak da incelenmiştir. Cohen ve Wills'in (1985) "Stres Süreci Teorisi", sosyal desteğin, bireyi stresin zararlı etkilerinden koruduğunu öne sürer. Destekleyici sosyal ağ üyeleri, stresli bir olayla karşılaşıldığında bireyin stresörle başetmesine, soruna bir çözüm sağlanmasına yardımcı olabilir ya da bireyde sağlıklı başa çıkma davranışlarını teşvik edebilir. Sosyal destek, bireyin mali sorunlar, sorunlu ilişkiler, çocukluk örselenme yaşantıları gibi potansiyel olarak stres oluşturabilecek olayların etkisinden zarar görmemesine yardımcı olarak psikolojik sorunlar yaşama riskini azaltabilir (Lincoln et al., 2005).

Gerek sosyal desteğe gerekse sosyal desteğin sağlık ve iyi olma üzerindeki etkilerine ilişkin oldukça geniş bir literatür bulunmaktadır. Sosyal desteğe yönelik birçok çalışmada (Cohen & Wills, 1985; Kessler & McLeod, 1985; House et al., 1988; Seeman, 1996), sosyal bütünleşmenin azaltılmış mortalite riski ve daha iyi bir sağlık durumuyla ilişkili olduğu kanıtlanmıştır. Osler'in (1995) çalışmasında; sosyal desteğin,

bireylerin sağlıkla ilgili davranışları üzerinde önemli bir etkiye sahip olduğu tespit edilmiştir. Cohen ve arkadaşlarının (1997), grip virüsüne maruz kalan yaklaşık 300 gönüllüyle yaptıkları çalışmada; daha az arkadaşı olanların hastalığa yakalanmalarının daha muhtemel olduğu ortaya çıkarılmıştır. Böylece, zihinsel ve fiziksel bozuklukların sosyal etiyojisine ilişkin güncel düşünce üzerindeki etkisi ve üzerine yazılan sayısız araştırma ile sosyal destek, "stres" ve "başı çıkma" faktörlerinden sonra mental sağlık araştırmalarının en önemli üçüncü unsuru haline gelmiştir (Coventry et al., 2004, p.625).

Literatürdeki diğer çalışmalara baktığımızda, sosyal desteğin fiziksel sağlık (Christenfeld et al., 1997), ruhsal sağlık (Kawachi & Berkman, 2001), genel sağlık ve “iyi oluş” (Lincoln et al., 2005) ile olumlu olarak ilişkilendirildiği; çeşitli psikiyatrik bozuklukların ise çocukluk çağı örselenme yaşantılarıyla ilişkilendirildiği görülmektedir (Brown & Anderson, 1991).

Dolayısıyla tüm bu ilişkiler; çocukluk örselenme yaşantılarının azlığı ya da yokluğunun, fiziksel ve/veya ruhsal sağlık yoluyla “algılanan sosyal destek düzeyi” ile ilişkili olabileceğini göstermektedir. Nitekim Wethington ve Kessler’in (1986) çalışmasında yapılan analizlerde; çocukluk örselenme yaşantıları gibi stresli yaşam olaylarına uyumu tahmin etmede algılanan desteğin önemli olduğu saptanmıştır. Turhan ve arkadaşlarının (2011) meslek yüksekokulu ve üniversite öğrencisi 396 katılımcıyla yaptığı çalışmasında da; hayatları boyunca şiddete maruz kalanların sürekli kaygı puanlarının yüksek, sosyal destek skorlarının düşük olduğu ($p<0.01$) tespit edilmiştir. Diğer yandan bireyin örselenme yaşantılarına maruz kalmaya devam etmesi ile sosyal destek arasında da ilişki bulunmaktadır. Finkelstein (1996), birçok alkol ve madde bağımlısı kadının destekleyici ilişkisinin olmadığını, sosyal destekten mahrum kalmasının kendilerine örselenme davranışları sergileyen birey ya da bireylerle birlikte

yaşamaya devam etmek yönünde yanlış tutumlara yol açabildiğini bildirmiştir. Ancak Westermeyer ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında ise; çocukluk örselenme yaşantısına maruz kalmış olan ve olmayan bireylerde sahip olunan sosyal ağ genişliğinin etkili olmadığı saptanmıştır.

Son olarak kişilik özelliklerinin, bireyin destekleyici ağlar geliştirebilme becerisini etkileyebildiği gibi stresli olaylara verdiği tepkiyi de belirlemesi (Wethington & Kessler, 1986) nedeniyle, çocukluk örselenme yaşantıları ve algılanan sosyal destek arasında, kişilik özellikleri üzerinden de bir ilişki kurmak mümkün olabilir.



3. GEREÇ VE YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın evren ve örnekleme, veri toplama araçları, verilerin toplanması ve analizi sunulacaktır.

Araştırmanın Evren ve Örnekleme

Araştırmanın evrenini Türkiye'deki 18 yaş üstü Türkçe bilen yetişkinler oluşturmaktadır. Örneklemini, İnternette ulaşılan 18 yaş üstü 240'ı erkek, 267'si kadın toplam 507 yetişkin oluşturmaktadır. Örneklemin yaş aralığı 18-70, yaş ortalaması $29,31 \pm 9,15$ yaşdır. 65 yaş ve üzerinde 4 katılımcı bulunmaktadır.

Veri Toplama Araçları

Bu bölümde araştırmada kullanılan veri toplama araçları olan Demografik Bilgi Formu (DBF), Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-Kısa), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) hakkında bilgi verilecektir.

Bilgilendirilmiş Onam Formu (BOF) (Ek-1)

Araştırmacı tarafından hazırlanan Bilgilendirilmiş Onam Formu (BOF) (Ek-1) ile araştırmanın başlığı, konusu, amacı ve tamamlamanın ne kadar süreceği açıklanmıştır. Tüm katılımcıların bilgilerinin gizli tutulacağı belirtilerek araştırmacıya ulaşmak için iletişim bilgileri yazılmıştır. Araştırmaya katılmayı kabul etse dahi herhangi bir sebeple istediği an bırakabileceği yazılarak gönüllü olarak bu çalışmaya katılmayı kabul edip etmediği sorulup açıkça onayı istenmiştir. Bu form araştırma öncesi katılımcılara sunulmuş ve "Araştırmaya katılmayı kabul ediyorum" ve "Araştırmaya katılmayı kabul etmiyorum" seçeneklerinden birini tıklayarak seçmeleri istenmiştir.

Demografik Bilgi Formu (DBF) (Ek-2)

Araştırmacı tarafından hazırlanan Demografik Bilgi Formu'nda (DBF) (Ek-2), katılımcının yaşı, cinsiyeti, mesleği, eğitimi düzeyi, aylık gelir, kiminle yaşıyor olduğu gibi sosyo-ekonomik durum ve aile bilgilerine, sosyal aktivite durumu ve ameliyat veya kronik hastalık öyküsü ile psikiyatri öyküsüne ilişkin dokuz soru yer almaktadır.

Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-Kısa) (Ek-3)

Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-Kısa) (Ek-3); 22 soru ve 5 alt ölçekten oluşan ve madde bağımlılığı eğilimini ölçen bir ölçektir. Alt ölçekleri; madde kullanım özellikleri/sıklığı (11 madde), bağımlılık tanı ölçütleri (4 madde), madde kullanımının bireyin yaşamına etkisi (5 madde), şiddetli madde kullanma isteği (1 madde) ve bireyin madde kullanımını bırakmaya yönelik motivasyonu (1 madde) şeklindedir. Kültegin Ögel, Cüneyt Evren, Figen Karadağ ve Defne Tamar Gürol tarafından 2012 yılında ölçeğin 37 sorudan oluşan uzun formu olan Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) geliştirilerek geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. Ölçeğin kısa formu olan Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-Kısa) ise 2015 yılında Kültegin Ögel, Remzi Güneş, Ceren Koç, Serap Görücü ve Aslı Başabak tarafından geliştirilmiş, geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılmıştır. BAPİ-Kısa'nın ölçek bazında güvenirlik katsayısı 0,89; alt ölçeklerde ise 0,63-0,86 arasında bulunmuştur. Çalışmamızda, BAPİ-Kısa formu kullanılmıştır.

BAPİ-Kısa Ölçeği'nde sorulara verilen yanıt tipleri 3 farklı şekildedir. İlk soru alkole ilgilidir. Yanıtlar "Hiç veya ayda 3 kezden fazla değil", "Haftada 1-5 kez", "Hemen hemen her gün" olup 0'dan 2'ye değerlendirme puanı içermektedir. 2.sorudan 11.soruya kadar yanıtlar "Hiçbir zaman", "En az bir kez kullandım" ve "3'ten fazla kez" olup 0'dan 2'ye değerlendirme puanı içermektedir. 11. sorudan itibaren yanıtlar "Hiçbir zaman", "Bazen" ve "Neredeyse her zaman" olup 0'dan 2'ye değerlendirme puanı

içermektedir. BAPİ-Kısa'da ölçek bazında 0 ila 44 arasında, madde/soru bazında ise 0 ila 2 arasında, alt ölçekler bazında ise 0 ila 22 arasında değişen puanlar alınabilmektedir. Alt ölçeklerde alınabilecek en düşük ve en yüksek puanlar; madde kullanım özellikleri (0-22 puan), bağımlılık tanı ölçütleri (0-8 puan), madde kullanımının bireyin yaşamına etkisi (0-10 puan), şiddetli madde kullanma isteği (0-2 puan) ve bireyin madde kullanımını bırakmaya yönelik motivasyonu (0-2 puan) şeklindedir.

Ölçeğin tamamı madde kullanım şiddetini ölçmektedir. Madde kullanım özellikleri/sıklığı alt ölçeğinde maddenin kullanım sıklığı, kullanılan madde sayısı ve madde kullanımının yarattığı sorunlar bir bütün olarak değerlendirilmektedir. Tanı alt ölçeğinde DSM ve ICD'de (The International Classification of Diseases = Uluslararası Hastalık Sınıflandırması) yer alan bağımlılık tanı ölçütleri sorulmaktadır. Yaşam üstüne etkiler alt ölçeğinde madde kullanımının psikososyal işlevlerinin yanısıra bireyin yaşantısına etkileri belirlenmektedir. Şiddetli istek alt ölçeğinde; şiddetli madde kullanma isteği (craving) değerlendirilmektedir. Motivasyon alt ölçeğinde ise; bireyin madde kullanımını bırakmaya yönelik motivasyonu ölçülmektedir. Motivasyonun artışı tedavi için önemli bir faktör olmasına karşın, bu alt ölçekte motivasyon artışı madde bağımlılığın bireyde yarattığı sorunların ve bağımlılık şiddetinin arttığına bir göstereci olarak değerlendirilmektedir.

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ) (Ek-4)

Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ) (Ek-4); 28 soru ve 5 alt ölçekten oluşur. 20 yaşından önce olan ruhsal travma yaşantılarını ölçmektedir. Alt ölçekleri cinsel istismar (5 madde), fiziksel istismar (5 madde), duygusal ihmal (5 madde), duygusal istismar (5 madde) ve fiziksel ihmal (5 madde)'dir. Ayrıca travma inkarını ölçen minimizasyonla ilgili 3 madde bulunmaktadır. Tüm sorularda yanıtlar

“Hiçbir zaman”, “Nadiren”, “Kimi zaman”, “Sık olarak”, “Çok sık” olup 1'den 5'e değerlendirme puanı içermektedir.

Orijinal formu Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) olarak bilinen ve 1994 yılında Bernstein, Fink, Handelsman, Lovejoy, Wenzel, Sapareto ve Gurriero tarafından 70 madde olarak geliştirilerek geçerlilik güvenilirlik çalışması yapılmıştır. 1995 yılında 53 maddeye düşürülen formun (Saçarçelik vd., 2012; Yalçın vd., 2015) 1997 yılında psikiyatrik sorunlu ergenlerde geçerlilik çalışması yapılmış (Bernstein et al., 1997); 1998 yılında “Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual” adıyla kitap olarak yayımlanmıştır (Bernstein & Fink). 2003 yılında 28 madde olarak kısaltılan (Bernstein et al., 2003) ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışması Vedat Şar, Erdiñç Öztürk ve Eda İkikardeş tarafından 2012 yılında yapılmıştır. Ölçeğin güvenilirlik katsayısı Şar ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında $\alpha=0,93$ olarak bulunmuştur. İlgili çalışmada, alt ölçeklerin güvenilirlik katsayıları ise 0,80-0,89 arasında hesaplanmıştır.

Ölçek toplam 28 maddeden oluşmasına karşın minimizasyon ile ilgili (travmanın inkarını ölçen) 10., 16., ve 22. maddeler puan hesaplamalarında kullanılmamaktadır. Bu nedenle ölçek ve alt ölçek bazındaki puan hesaplamalarında her biri 5 maddeden oluşan 5 alt ölçek, toplamda ise 25 madde dikkate alınır. 3., 8., 14., 18., 25. maddeler duygusal istismar alt ölçeğini; 9., 11., 12., 15., 17. maddeler fiziksel istismar alt ölçeğini; 1., 4., 6., 2., 26. maddeler fiziksel ihmal alt ölçeğini; 5., 7., 13., 19., 28. maddeler duygusal ihmal alt ölçeğini; 20., 21., 23., 24., 27. maddeler ise cinsel istismar alt ölçeğini oluşturmaktadır. Sonuç olarak ÇÇRTÖ’de, ölçek bazında 25 ila 125 puan arasında, alt ölçek bazında ise 5 ila 25 arasında değişen puanlar alınabilmektedir. Ölçekte olumlu ifade olan 2., 5., 7., 13., 19., 26. ve 28. maddeler ters puanlandırılmaktadır.

ÇÇRTÖ'nün Türkiye için kesim noktaları ölçeğin Türkçe uyarlaması, geçerlik ve güvenilirlik çalışmasını yapan Şar ve arkadaşları (2012) tarafından; cinsel istismar için 5,1 puan, fiziksel istismar için 5,2 puan, duygusal istismar için 6,9 puan, fiziksel ihmal için 7,6 puan, duygusal ihmal için 12,1 puan, Toplam ÇÇRTÖ içinse 35,0 puan olarak bulunmuştur. Yani bu puanların aşılması pozitif bildirim olarak sayılmakta, bu durumda ilgili ihmal/istismar davranışının ortalamanın üzerinde olduğu kabul edilmektedir.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-5)

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) (Ek-5); bireyin çevresinden algıladığı sosyal desteği ölçmek amacıyla oluşturulmuştur. 12 sorudan ve 3 alt ölçekten oluşur. Alt ölçekleri aile (4 soru), arkadaş (4 soru) ve özel bir insan (4 soru)'dır. Bu üç ayrı kaynaktan algılanan sosyal destek düzeyi “Kesinlikle hayır” ve “Kesinlikle evet” yanıtları arasında 1'den 7'ye likert tipi olarak ölçülür. Bu ölçek 1988 yılında Zimet ve arkadaşları tarafından hazırlanmıştır. Ölçeğin güvenilirliği (Cronbach Alfa katsayısı) ilk testte 0,88, test-yeniden test sonunda ise 0,85 olarak (Diğer önemli kişiler/özel bir insan alt ölçeğinde $\alpha=0,72$; aile alt ölçeğinde $\alpha=0,85$; arkadaşlar alt ölçeğinde $\alpha=0,75$) hesaplanmıştır. Türkçe uyarlama, geçerlik ve güvenilirlik çalışması ise 1995 yılında Doğan Eker ve Haluk Arkar tarafından yapılmıştır. Çalışmada ölçeğin güvenilirlik katsayısı üniversite ($\alpha=0,85$), hastane ziyaretçileri ($\alpha=0,87$), psikiyatri hastaları ($\alpha=0,88$), böbrek hastaları ($\alpha=0,86$) ve üniversite sağlık merkezine başvuran öğrenciler ($\alpha=0,77$) olmak üzere beş ayrı örnekleme hesaplanmış; alt ölçeklerdeki güvenilirlik katsayıları ise özel bir insan alt ölçeğinde 0,79-0,91; aile alt ölçeğinde 0,82-0,92; arkadaş alt ölçeğinde ise 0,78-0,90 değerleri arasında bulunmuştur. 2001 yılında ölçek yeniden gözden geçirilmiş; ölçeğin gözden geçirilmiş formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması Doğan Eker, Haluk Arkar ve Hülya Yıldız (2001) tarafından yapılmıştır. Gözden geçirilmiş formunda ölçeğin güvenilirlik katsayısı hastane

ziyaretçileri ($\alpha=0,83$), psikiyatri hastaları ($\alpha=0,86$) ve cerrahi hastaları ($\alpha=0,91$) olmak üzere beş ayrı örnekleme hesaplanmış; alt ölçeklerdeki güvenilirlik katsayıları ise özel bir insan alt ölçeğinde 0,88-0,95; aile alt ölçeğinde 0,80-0,83; arkadaş alt ölçeğinde ise 0,84-0,89 değerleri arasında bulunmuştur. Ölçeğin gözden geçirilmiş formunun tüm örnekleme güvenilirlik katsayısı ölçek bazında 0,89; özel bir insan alt ölçeğinde 0,92; aile alt ölçeğinde 0,85; arkadaş alt ölçeğinde ise 0,88 olarak bulunmuştur. Çalışmamızda, bu gözden geçirilmiş formu kullanılmıştır.

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nde; ölçek bazında 12 ila 84 puan arasında, alt ölçek bazında ise 4 ila 28 puan arasında değişen puanlar alınabilmektedir.

Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırma internet üzerinden yürütülmüş olup örneklem seçiminde kolaylıkla bulunabilen örnekleme (convenience sampling) kullanılmıştır. Bu örnekleme; “para, zaman ve işgücündeki sınırlılıklar nedeni ile örneklemin kolay ulaşılabilir ve uygulama yapılabilir birimlerden seçilmesi”dir (Büyüköztürk, 2012, s.13). Bilgilendirilmiş Onam Formu'yla birlikte araştırma formu internetten üniversite öğrencilerine ve meslek grupları gibi çeşitli e-posta gruplarına toplu halde yollanmıştır. Ayrıca araştırmacının sosyal medya hesaplarından da katılımcılara ulaşılmıştır. Toplanan veriler istatistiksel analizler sonucunda değerlendirilmiş, verilerin analizinde SPSS 21.0 programı kullanılmıştır. Ölçek ve alt ölçek puanlarının normallik sınamasında Çarpıklık (Skewness) katsayısı kullanılmıştır (Tablo 1).

Tablo 1. Değişkenlerin Ölçekler ve Alt Ölçeklerindeki Çarpıklık (Skewness) Katsayıları

Ölçekler ve Alt Ölçekleri	Çarpıklık (Skewness)
Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçeği	-0,21
Aileden Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçeği	-0,32
Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçeği	-0,45
ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ PUANI	-0,33
Madde Kullanım Sıklığı Alt Ölçeği	1,35
Tanı Alt Ölçeği	0,65
Yaşam Üstüne Etkileri Alt Ölçeği	0,72
Şiddetli İstek Alt Ölçeği	0,85
Motivasyon Alt Ölçeği	0,76
TOPLAM BAPI-Kısa ÖLÇEĞİ PUANI	0,76
Duygusal İstismar Alt Ölçeği	0,63
Fiziksel İstismar Alt Ölçeği	1,43
Fiziksel İhmal Alt Ölçeği	0,37
Duygusal İhmal Alt Ölçeği	0,37
Cinsel İstismar Alt Ölçeği	1,40
TOPLAM ÇÇRTÖ ÖLÇEĞİ PUANI	0,76

N: Örneklem Sayısı, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart Sapma

Sürekli bir değişkenden elde edilen puanların normal dağılım özelliğinde kullanılan çarpıklık katsayısının (Skewness) ± 1 sınırları içinde kalması puanların normal dağılımdan önemli bir sapma göstermediği şeklinde yorumlanabilir (Büyüköztürk, 2011, s.40). Yapılan normallik sınavında “Madde Kullanım Sıklığı”, “Fiziksel İstismar” ve “Cinsel İstismar” normal dağılım göstermediklerinden (Tablo 1) diğer değişkenlerle korelasyonlarında Spearman Rho korelasyonu; demografik değişkenlere göre karşılaştırmalarında Mann Whitney U ve Kruskal Wallis H testi kullanılmıştır. Kruskal Wallis H testinde anlamlı farklılık görüldüğünde ikili karşılaştırmalar için düzeltilmiş Mann Whitney U testinden yararlanılmıştır. Diğer ölçek ve alt ölçek puanlarının normal dağılım gösterdiği tespit edildiğinden (Tablo 1)

cinsiyet, sosyal aktivitelere katılım, ameliyat öyküsü ve psikiyatri öyküsüne göre karşılaştırmasında bağımsız iki örneklem t testi; meslek, eğitim düzeyi, aylık gelir, kiminle yaşadığı değişkenlerine göre karşılaştırılmasında tek yönlü varyans analizi (One Way ANOVA) testi uygulanmıştır. ANOVA testinde gruplar arasında anlamlı farklılık görüldüğünde farkın hangi iki grup arasında olduğunu belirlemek amacıyla LSD post hoc testinden yararlanılmıştır. Ölçek ve alt ölçek puanları arasındaki ilişkide Pearson korelasyon analizi; aileden algılanan sosyal destek ve çocukluk çağı ruhsal travma değişkenlerinin madde kullanımı üzerindeki etkisini belirlemek amacıyla çoklu regresyon analizi kullanılmıştır. Analizlerde anlamlılık düzeyi 0,05 ($p<0,05$) olarak belirlenmiştir.

4. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada kullanılan ölçekler yoluyla erişilen verilerin istatistiki olarak değerlendirilmesiyle elde edilen bulgulara yer verilecektir.

Katılımcıların Demografik, Ekonomik, Aile ve Sağlık Durumlarına İlişkin Bilgiler

Katılımcıların demografik, ekonomik, aile ve sağlık durumlarına yönelik temel özelliklerine ilişkin betimsel analizleri Tablo 2’de verilmiştir:

Tablo 2. Katılımcıların Temel Özelliklerine İlişkin Betimsel Analiz

Demografik Değişkenler	Gruplar	n	%
Cinsiyet	Erkek	240	47,3
	Kadın	267	52,7
	Toplam	507	100,0
Yaş (29,31±9,15)	18-20 yaş	38	7,5
	21-25 yaş	176	34,7
	26-30 yaş	140	27,6
	31-35 yaş	59	11,6
	36-40 yaş	39	7,7
	41-45 yaş	22	4,3
	46 yaş ve üzeri	33	6,5
Meslek	Toplam	507	100,0
	Öğrenci	209	41,2
	Ücretli çalışan	227	44,8
	Çalışmayan	71	14,0
Eğitim düzeyi	Toplam	507	100,0
	İlköğretim	57	11,2
	Lise	58	11,4
	Üniversite	303	59,8
	Lisansüstü	89	17,6
Aylık gelir	Toplam	507	100,0
	1000TL’den az	120	23,7
	1000-2000TL	169	33,3
	2001-3000TL	89	17,6
	3001TL’den fazla	129	25,4
Kiminle yaşıyor	Toplam	507	100,0
	Yalnız	163	32,1
	Ailesiyle	255	50,3
	Arkadaşlarıyla	89	17,6

Tablo 2 (devamı)

Demografik Değişkenler	Gruplar	n	%
Sosyal aktivitelere katılım	Evet	345	68,0
	Hayır	162	32,0
	Toplam	507	100,0
Ameliyat veya kronik hastalık öyküsü	Evet	256	49,9
	Hayır	254	50,1
	Toplam	507	100,0
Psikiyatri öyküsü	Evet	243	47,9
	Hayır	264	52,1
	Toplam	507	100,0

n: Örneklem/gruptaki örneklem sayısı, %: Yüzde

Tablo 2'ye göre; araştırmaya katılan 507 katılımcının %47,3'ü erkek, %52,7'si kadındır. Katılımcıların yaş ortalaması $29,31 \pm 9,15$ olarak bulunmuştur. Katılımcıların %41,2'si öğrenci, %44,8'i ücretli çalışan, %14'ü çalışmayan (işsiz, emekli, ev hanımı) bireylerden oluşmaktadır. Katılımcıların %11,2'si ilköğretim, %11,4'ü lise, %59,8'i üniversite, %17,6'sı lisansüstü düzeyde öğrenim görmüştür. %23,7'sinin aylık geliri 1000TL'den az, %33,3'ünün 1000-2000TL, %17,6'sının 2001-3000TL, %25,4'ünün 3001TL'den fazladır. %32,1'i yalnız yaşamakta, %50,3'ü ailesiyle, %17,6'sı arkadaşlarıyla yaşamaktadır. Katılımcıların %68'i sosyal aktivitelere katılmakta, %49,9'unun ameliyat ve kronik hastalık öyküsü; %47,9'unun psikiyatrik öyküsü bulunmaktadır.

Katılımcıların Ölçekler ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puanlar

Katılımcıların ölçekler ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlara ilişkin betimsel istatistikler Tablo 3’de verilmiştir.

Tablo 3. Ölçeklere Ait Betimsel İstatistikler

Ölçek ve Alt Ölçekleri	N	Min.	Maks.	\bar{X}	SS
Madde Kullanım Sıklığı Alt Ölçeği	507	0,00	2,00	0,37	0,45
Tanı Alt Ölçeği	507	0,00	2,00	0,54	0,62
Yaşam Üstüne Etkileri Alt Ölçeği	507	0,00	2,00	0,52	0,60
Şiddetli İstek Alt Ölçeği	507	0,00	2,00	0,56	0,70
Motivasyon Alt Ölçeği	507	0,00	2,00	0,58	0,69
TOPLAM BAPI-Kısa ÖLÇEĞİ PUANI	507	0,00	44,00	10,02	10,78
Duygusal İstismar Alt Ölçeği	507	5,00	25,00	10,33	4,96
Fiziksel İstismar Alt Ölçeği	507	5,00	25,00	8,29	4,82
Fiziksel İhmal Alt Ölçeği	507	5,00	23,00	10,26	4,67
Duygusal İhmal Alt Ölçeği	507	5,00	23,00	10,26	4,67
Cinsel İstismar Alt Ölçeği	507	5,00	25,00	8,61	5,38
TOPLAM ÇÇRTÖ ÖLÇEĞİ PUANI	507	25,00	113,00	47,74	20,84
Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçeği	507	4,00	28,00	17,94	8,01
Aileden Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçeği	507	4,00	28,00	18,30	7,83
Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek Alt Ölçeği	507	4,00	28,00	19,26	7,26
ÇOK BOYUTLU ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ PUANI	507	12,00	84,00	55,50	20,33

N: Örneklem Sayısı, Min.: Minimum, Maks.: Maksimum, X: Ortalama, SS: Standart Sapma

Tablo 3’deki verilere göre; katılımcıların ölçek bazında 12 ila 84 puan arasında, alt ölçek bazında ise 4 ila 28 puan arasında değişen puanlar alabildiği Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puan ortalamalarına bakıldığında; ölçek bazında puan ortalamasının $55,50 \pm 20,33$ olduğu, bu değer in yüzdelik bazda (0-100 puan aralığında) değerlendirildiğinde yaklaşık 60 puana $[100 * ((55,5 - 12) / (84 - 12)) = 60,42]$ denk geldiği, buna göre katılımcıların sosyal destek

algılarının ortalamaya yakın ancak ortalamadan üzerinde olduğu görülmektedir. Ölçeğin alt ölçeklerine bakıldığında, alınan puan ortalamaları birbirine yakın olup, en yüksekten en düşüğe arkadaşlardan alınan sosyal destek ($19,26 \pm 7,26$), aileden alınan sosyal destek ($18,30 \pm 7,83$) ve diğer önemli kişilerden alınan sosyal destek ($17,94 \pm 8,01$) olarak sıralanmaktadır. Alt ölçek bazında puanların 4-28 aralığında değişebildiği düşünüldüğünde, katılımcıların alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları ortalamaya yakın ancak ortalamadan üzerindedir.

Madde kullanımına ilişkin katılımcıların ölçek bazında 0 ila 44 puan arasında, madde/soru bazında 0 ila 2 puan, farklı sayıda maddelerden oluşan alt ölçekler bazında ise 0 ila 22 arasında değişen puanlar alınabildiği BAPİ-Kısa Ölçeği ve alt ölçeklerinden alınan puan ortalamalarına bakıldığında; ölçek bazında puan ortalamasının $10,02 \pm 10,78$ olduğu, bu değer yüzdelik bazda (0-100 puan aralığında) değerlendirildiğinde yaklaşık 23 puana [$100 * ((10,02) / (44)) = 22,77$] denk geldiği, buna göre katılımcıların madde kullanım puanlarının düşük olduğu görülmektedir. Ölçeğin alt ölçeklerine bakıldığında, madde kullanım sıklığı alt ölçeği haricinde alınan puan ortalamaları birbirine yakındır. Alt ölçeklerde madde/soru başına düşen puan ortalamaları en yüksekten en düşüğe sıralandığında; en yüksek puanın maddeyi bırakma motivasyonu ($0,58 \pm 0,69$), en düşük puanın ise madde kullanım sıklığı ($0,37 \pm 0,45$) alt ölçeklerinde alındığı görülmektedir. Diğer alt ölçeklerde alınan puan ortalamaları ise -yine en yüksekten en düşüğe doğru- şiddetli istek ($0,56 \pm 0,70$), tanı ($0,54 \pm 0,62$) ve maddenin yaşam üstüne etkileri ($0,52 \pm 0,60$) şeklindedir. Alt ölçek bazında madde/soru başına düşen puan ortalamalarının 0-2 aralığında değişebildiği düşünüldüğünde, katılımcıların alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları da düşük düzeydedir. Alt ölçeklerde ölçek bazındaki puan ortalamaları ise; madde kullanım özellikleri ($4,07 \pm 4,95$), bağımlılık tanı ölçütleri ($2,16 \pm 2,48$), madde kullanımının bireyin yaşamına etkisi ($2,60 \pm 3,00$), şiddetli

madde kullanma isteği (0,56+0,70) ve bireyin madde kullanımını bırakmaya yönelik motivasyonu (0,58+0,69) şeklindedir.

Çocuklukta maruz kalınan ihmal ve istismara ilişkin katılımcıların ölçek bazında 25 ila 125 puan arasında, alt ölçek bazında ise 5 ila 25 arasında değişen puanlar alabildiği Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve alt ölçeklerinden alınan puan ortalamalarına bakıldığında; ölçek bazında puan ortalamasının $47,74 \pm 20,84$ olduğu, bu değer yüzdelik bazda (0-100 puan aralığında) değerlendirildiğinde yaklaşık 23 puana [$100 * ((47,74 - 25) / (125 - 25)) = 22,74$] denk geldiği, ancak $47,74 \pm 20,84$ puan ortalamasının Toplam ÇÇRTÖ kesme puanı olan 35,0'in üzerinde olması nedeniyle katılımcıların çocukluk çağında maruz kaldıkları örselenme davranışlarına ilişkin algılarının ortalamanın üzerinde olduğu görülmektedir. Ölçeğin alt ölçeklerine bakıldığında, alınan puan ortalamaları birbirine yakın olup (min.: %8,29; maks.: %10,33), en yüksek puanlar duygusal istismar ($10,33 \pm 4,96$), fiziksel ihmal ($10,26 \pm 4,67$) ve duygusal ihmal ($10,26 \pm 4,67$) alt ölçeklerinde alınmış; en düşük puanlar ise cinsel istismar ($8,61 \pm 5,38$) ve fiziksel istismar ($8,29 \pm 4,82$) alt ölçeklerinde alınmıştır. Puanların 5-25 aralığında değişebildiği alt ölçeklerde kesme puanlarının cinsel istismar için 5,1 puan, fiziksel istismar için 5,2 puan, duygusal istismar için 6,9 puan, fiziksel ihmal için 7,6 puan, duygusal ihmal için 12,1 puan olduğu göz önünde bulundurulduğunda, katılımcıların alt ölçeklerden aldıkları puan ortalamaları kesme noktalarının üzerinde, yani ilgili ihmal/istismar yaşantısı için pozitif bildirim olarak kabul edilen değer üzerinde; bir başka deyişle ilgili istismar/ihmalin varlığını göstermektedir.

Katılımcıların Ölçekler ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamaları Arasındaki İlişki

Katılımcıların ölçekler ve alt ölçeklerinden aldıkları puanlar arasındaki ilişkiye ait Pearson korelasyon analizi sonuçları Tablo 4’de verilmiştir.



Tablo 4. Ölçekler ve Alt Ölçeklerinden Alınan Puanlar Arasındaki İlişkiye Ait Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-Madde Kullanım Sıklığı A.Ö. ⁽¹⁾	0,538**	0,543**	0,583**	0,583**	0,419**	0,600**	-0,406**	-0,605**	-0,484**	-0,562**
2-Tanı A.Ö.	0,600**	0,504**	0,673**	0,673**	0,449**	0,683**	-0,429**	-0,638**	-0,524**	-0,602**
3-Yaşam Üstüne Etkileri A.Ö.	0,633**	0,508**	0,673**	0,673**	0,486**	0,709**	-0,376**	-0,637**	-0,495**	-0,570**
4-Şiddetli İstek A.Ö.	0,564**	0,498**	0,624**	0,624**	0,440**	0,631**	-0,352**	-0,618**	-0,473**	-0,546**
5-Motivasyon A.Ö.	0,357**	0,399**	0,369**	0,369**	0,300**	0,398**	-0,271**	-0,424**	-0,353**	-0,396**
6- TOPLAM BAPI ÖLÇEĞİ	0,641**	0,532**	0,684**	0,684**	0,455**	0,733**	-0,417**	-0,642**	-0,530**	-0,601**
7-Duygusal İstismar A.Ö.							-0,296**	-0,536**	-0,426**	-0,475**
8-Fiziksel İstismar A.Ö. ⁽¹⁾							-0,391**	-0,508**	-0,452**	-0,497**
9-Fiziksel İhmal A.Ö.							-0,426**	-0,667**	-0,617**	-0,645**
10-Duygusal İhmal A.Ö.							-0,426**	-0,667**	-0,617**	-0,645**
11-Cinsel İstismar A.Ö. ⁽¹⁾							-0,113*	-0,322**	-0,259**	-0,263**
12-TOPLAM ÇÇRTÖ							-0,366**	-0,602**	-0,533**	-0,566**
13-Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek A.Ö.										
14-Aileden Algılanan Sosyal Destek A.Ö.										
15-Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek A.Ö.										
16-ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ										

⁽¹⁾: Spearman Rho, *p<0,05 **p<0,01; A.Ö.: Alt Ölçek

Tablo 4'deki verilere göre;

Madde kullanım sıklığı alt ölçeği ile duygusal istismar ($r=0,54$; $p<0,01$), fiziksel istismar ($r=0,54$; $p<0,01$), fiziksel ihmal ($r=0,58$; $p<0,01$), duygusal ihmal ($r=0,58$; $p<0,01$), cinsel istismar ($r=0,42$; $p<0,01$) alt ölçekleri ve Toplam ÇÇRTÖ Puanı ($r=0,60$; $p<0,01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Madde kullanım sıklığı ile diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,41$; $p<0,01$), aileden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,61$; $p<0,01$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,48$; $p<0,01$) ve algılanan sosyal destek ölçeği ($r=-0,56$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

Tanı alt ölçeği ile duygusal istismar ($r=0,60$; $p<0,01$), fiziksel istismar ($r=0,50$; $p<0,01$), fiziksel ihmal ($r=0,67$; $p<0,01$), duygusal ihmal ($r=0,67$; $p<0,01$), cinsel istismar ($r=0,45$; $p<0,01$) alt ölçekleri ve Toplam ÇÇRTÖ Puanı ($r=0,68$; $p<0,01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Tanı alt ölçeği ile diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,43$; $p<0,01$), aileden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,64$; $p<0,01$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,52$; $p<0,01$) ve algılanan sosyal destek ölçeği ($r=-0,60$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

Yaşam üstüne etkileri alt ölçeği ile duygusal istismar ($r=0,63$; $p<0,01$), fiziksel istismar ($r=0,51$; $p<0,01$), fiziksel ihmal ($r=0,67$; $p<0,01$), duygusal ihmal ($r=0,67$; $p<0,01$), cinsel istismar ($r=0,49$; $p<0,01$) alt ölçekleri ve Toplam ÇÇRTÖ Puanı ($r=0,71$; $p<0,01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Yaşam üstüne etkileri alt ölçeği ile diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,38$; $p<0,01$), aileden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,64$; $p<0,01$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,50$; $p<0,01$) ve algılanan sosyal destek ölçeği ($r=-0,57$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

Şiddetli istek alt ölçeği ile duygusal istismar ($r=0,56$; $p<0,01$), fiziksel istismar ($r=0,50$; $p<0,01$), fiziksel ihmal ($r=0,62$; $p<0,01$), duygusal ihmal ($r=0,62$; $p<0,01$), cinsel istismar ($r=0,44$; $p<0,01$) alt ölçekleri ve Toplam ÇÇRTÖ Puanı ($r=0,63$; $p<0,01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Şiddetli istek alt ölçeği ile diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,35$; $p<0,01$), aileden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,62$; $p<0,01$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,47$; $p<0,01$) ve algılanan sosyal destek ölçeği ($r=-0,55$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

Motivasyon alt ölçeği ile duygusal istismar ($r=0,36$; $p<0,01$), fiziksel istismar ($r=0,40$; $p<0,01$), fiziksel ihmal ($r=0,37$; $p<0,01$), duygusal ihmal ($r=0,37$; $p<0,01$), cinsel istismar ($r=0,30$; $p<0,01$) alt ölçekleri ve Toplam ÇÇRTÖ Puanı ($r=0,40$; $p<0,01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Motivasyon alt ölçeği ile diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,27$; $p<0,01$), aileden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,42$; $p<0,01$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,35$; $p<0,01$) ve algılanan sosyal destek ölçeği ($r=-0,40$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

Toplam BAPI ölçek puanı ile duygusal istismar ($r=0,64$; $p<0,01$), fiziksel istismar ($r=0,53$; $p<0,01$), fiziksel ihmal ($r=0,68$; $p<0,01$), duygusal ihmal ($r=0,68$; $p<0,01$), cinsel istismar ($r=0,46$; $p<0,01$) alt ölçekleri ve Toplam ÇÇRTÖ Puanı ($r=0,73$; $p<0,01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. Toplam BAPI ölçek puanı ile diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,42$; $p<0,01$), aileden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,64$; $p<0,01$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,53$; $p<0,01$) ve algılanan sosyal destek ölçeği ($r=-0,60$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

Duygusal istismar alt ölçeği ile diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,30$; $p<0,01$), aileden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,54$; $p<0,01$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,43$; $p<0,01$) ve algılanan sosyal destek ölçeği ($r=-0,48$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

Fiziksel istismar alt ölçeği ile diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,39$; $p<0,01$), aileden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,51$; $p<0,01$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,45$; $p<0,01$) ve algılanan sosyal destek ölçeği ($r=-0,50$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

Fiziksel ihmal alt ölçeği ile diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,43$; $p<0,01$), aileden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,67$; $p<0,01$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,62$; $p<0,01$) ve algılanan sosyal destek ölçeği ($r=-0,65$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

Duygusal ihmal alt ölçeği ile diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,43$; $p<0,01$), aileden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,67$; $p<0,01$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,62$; $p<0,01$) ve algılanan sosyal destek ölçeği ($r=-0,65$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

Cinsel istismar alt ölçeği ile diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,11$; $p<0,05$), aileden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,32$; $p<0,01$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,26$; $p<0,01$) ve algılanan sosyal destek ölçeği ($r=-0,26$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

Toplam ÇÇRTÖ Puanı ile diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,37$; $p<0,01$), aileden algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,60$; $p<0,01$), arkadaşlardan algılanan sosyal destek alt ölçeği ($r=-0,53$; $p<0,01$) ve algılanan sosyal destek ölçeği ($r=-0,57$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır.

Katılımcıların Demografik, Ekonomik, Aile ve Sağlık Durumu Değişkenlerine Göre Ölçekler ve Alt Ölçeklerinden Aldıkları Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

Bu bölümde katılımcıların Bağlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-Kısa), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇRTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden (ÇBASDÖ) aldıkları puan ortalamalarının, belirlenmiş temel özelliklerine (1.yaş, 2.cinsiyet, 3.meslek, 4.eğitim düzeyi, 5 aylık gelir, 6.kimle yaşıyor olduğu, 7.sosyal aktivitelere katılım durumu, 8.ameliyat veya kronik hastalık öyküsü ile 9.psikiyatri öyküsü) göre karşılaştırmasına yönelik bulgular sunulacaktır.

BAPİ-Kısa ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Demografik, Ekonomik, Aile ve Sağlık Durumu Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması

Bu bölümde katılımcıların demografik, ekonomik, aile ve sağlık durumlarına yönelik bilgileri içeren seçilmiş temel özelliklerine göre BAPİ-Kısa ölçeği ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenecektir.

Tablo 5. Yaş İle BAPİ-Kısa Ölçeği ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Ait Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Yaş
Madde Kullanım Sıklığı ⁽¹⁾	-0,178**
Tanı	-0,208**
Yaşam Üstüne Etkileri	-0,195**
Şiddetli İstek	-0,156**
Motivasyon	-0,108*
TOPLAM BAPİ	-0,211**

⁽¹⁾: Spearman Rho, *p<0,05; **p<0,01

Tablo 5'e göre; yaş ile madde kullanım sıklığı ($r=-0,18$; $p<0,01$), tanı ($r=-0,21$; $p<0,01$), yaşam üstüne etkileri ($r=-0,20$; $p<0,01$), şiddetli istek ($r=-0,16$; $p<0,01$), motivasyon ($r=-0,11$; $p<0,05$), toplam BAPİ ($r=-0,21$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. İleri yaşlarda madde kullanımını daha azdır.

Tablo 6. Madde Kullanımı Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Cinsiyet	N	\bar{X}	SS	t	P																																																				
Madde Kullanım Sıklığı ⁽¹⁾	Erkek	240	23,77	23,79	5,474	0,000***																																																				
	Kadın	267	14,08	20,16			Tanı	Erkek	240	32,66	31,18	3,875	0,000***	Kadın	267	22,19	29,61	Yaşam Üstüne Etkileri	Erkek	240	32,38	31,37	4,635	0,000***	Kadın	267	20,19	27,83	Şiddetli İstek	Erkek	240	35,42	38,21	4,618	0,000***	Kadın	267	21,35	30,24	Motivasyon	Erkek	240	33,75	34,63	2,851	0,005**	Kadın	267	25,09	33,69	TOPLAM BAPI	Erkek	240	28,32	25,40	4,951	0,000***	Kadın
Tanı	Erkek	240	32,66	31,18	3,875	0,000***																																																				
	Kadın	267	22,19	29,61			Yaşam Üstüne Etkileri	Erkek	240	32,38	31,37	4,635	0,000***	Kadın	267	20,19	27,83	Şiddetli İstek	Erkek	240	35,42	38,21	4,618	0,000***	Kadın	267	21,35	30,24	Motivasyon	Erkek	240	33,75	34,63	2,851	0,005**	Kadın	267	25,09	33,69	TOPLAM BAPI	Erkek	240	28,32	25,40	4,951	0,000***	Kadın	267	17,77	22,59								
Yaşam Üstüne Etkileri	Erkek	240	32,38	31,37	4,635	0,000***																																																				
	Kadın	267	20,19	27,83			Şiddetli İstek	Erkek	240	35,42	38,21	4,618	0,000***	Kadın	267	21,35	30,24	Motivasyon	Erkek	240	33,75	34,63	2,851	0,005**	Kadın	267	25,09	33,69	TOPLAM BAPI	Erkek	240	28,32	25,40	4,951	0,000***	Kadın	267	17,77	22,59																			
Şiddetli İstek	Erkek	240	35,42	38,21	4,618	0,000***																																																				
	Kadın	267	21,35	30,24			Motivasyon	Erkek	240	33,75	34,63	2,851	0,005**	Kadın	267	25,09	33,69	TOPLAM BAPI	Erkek	240	28,32	25,40	4,951	0,000***	Kadın	267	17,77	22,59																														
Motivasyon	Erkek	240	33,75	34,63	2,851	0,005**																																																				
	Kadın	267	25,09	33,69			TOPLAM BAPI	Erkek	240	28,32	25,40	4,951	0,000***	Kadın	267	17,77	22,59																																									
TOPLAM BAPI	Erkek	240	28,32	25,40	4,951	0,000***																																																				
	Kadın	267	17,77	22,59																																																						

⁽¹⁾: Mann Whitney U-Z skoru, *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tablo 6'ya göre; Madde Kullanım Sıklığı (Z=-5,47; p<0,001), Tanı (t=3,88; p<0,001), Yaşam Üstüne Etkileri (t=4,64; p<0,001), Şiddetli İstek (t=4,62; p<0,001), Motivasyon (t=2,85; p<0,01) alt ölçek puanlarının ve Toplam BAPI puanlarının (t=4,95; p<0,001) cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Erkek katılımcıların madde kullanım sıklığı, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek, motivasyon ve toplam BAPI puanları, kadın katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 7. Madde Kullanımı Puanlarının Mesleğe Göre ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Meslek	N	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Madde Kullanım Sıklığı ⁽¹⁾	A-Öğrenci	209	23,77	22,41	97,731	0,000***	A,C>B
	B-Ücretli çalışan	227	9,03	16,90			
	C-Çalışmayan	71	34,44	24,51			
Tanı	A-Öğrenci	209	37,74	31,61	65,590	0,000***	A,C>B
	B-Ücretli çalışan	227	11,84	22,61			
	C-Çalışmayan	71	44,89	28,55			
Yaşam Üstüne Etkileri	A-Öğrenci	209	36,36	30,82	58,572	0,000***	A,C>B
	B-Ücretli çalışan	227	11,54	23,66			
	C-Çalışmayan	71	41,41	26,47			
Şiddetli İstek	A-Öğrenci	209	40,67	37,93	52,755	0,000***	A,C>B
	B-Ücretli çalışan	227	11,89	26,01			
	C-Çalışmayan	71	42,25	28,84			
Motivasyon	A-Öğrenci	209	36,36	34,57	29,063	0,000***	A,C>B
	B-Ücretli çalışan	227	17,40	31,11			
	C-Çalışmayan	71	45,77	31,34			
TOPLAM BAPI	A-Öğrenci	209	30,51	24,17	67,560	0,000***	A,C>B
	B-Ücretli çalışan	227	10,62	18,38			
	C-Çalışmayan	71	38,80	24,45			

(1): Kruskal Wallis H testi Madde Kullanımı² skoru; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tablo 7'ye göre; Madde Kullanım Sıklığı ($X^2=97,73$; $p<0,001$), Tanı ($F=65,59$; $p<0,001$), Yaşam Üstüne Etkileri ($F=58,57$; $p<0,001$), Şiddetli İstek ($F=52,76$; $p<0,001$), Motivasyon ($F=29,06$; $p<0,001$) alt ölçek puanlarının ve Toplam BAPI puanlarının ($F=67,56$; $p<0,001$) mesleğe göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın kaynağına ilişkin yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre öğrenci ve çalışmayan katılımcıların madde kullanım sıklığı, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek, motivasyon ve toplam BAPI puanları, ücretli çalışan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 8. Madde Kullanımı Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Eğitim düzeyi	N	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Madde Kullanım Sıklığı ⁽¹⁾	A-İlköğretim	57	49,28	21,85	115,54	0,000***	A,B>C,D
	B-Lise	58	28,61	27,09			C>D
	C-Üniversite	303	14,18	17,44			
	D-Lisansüstü	89	7,87	14,74			
Tanı	A-İlköğretim	57	60,75	18,21	48,163	0,000***	A,B>C,D
	B-Lise	58	40,95	32,34			C>D
	C-Üniversite	303	23,31	29,53			
	D-Lisansüstü	89	9,69	18,73			
Yaşam Üstüne Etkileri	A-İlköğretim	57	57,89	20,94	44,559	0,000***	A,B>C,D
	B-Lise	58	38,28	32,07			C>D
	C-Üniversite	303	22,64	28,68			
	D-Lisansüstü	89	8,76	19,00			
Şiddetli İstek	A-İlköğretim	57	54,39	19,55	22,053	0,000***	A,B>C,D
	B-Lise	58	43,10	39,12			C>D
	C-Üniversite	303	23,76	34,47			
	D-Lisansüstü	89	15,73	29,77			
Motivasyon	A-İlköğretim	57	57,02	23,98	25,493	0,000***	A,B>C,D
	B-Lise	58	42,24	34,79			C>D
	C-Üniversite	303	26,07	34,48			
	D-Lisansüstü	89	13,48	25,85			
TOPLAM BAPI	A-İlköğretim	57	53,91	17,54	64,853	0,000***	A,B>C,D
	B-Lise	58	34,33	27,12			C>D
	C-Üniversite	303	18,74	21,34			
	D-Lisansüstü	89	9,01	16,00			

⁽¹⁾: Kruskal Wallis H testi Madde Kullanımı² skoru; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tablo 8'e göre; Madde Kullanım Sıklığı ($X^2=115,54$; $p<0,001$), Tanı ($F=48,16$; $p<0,001$), Yaşam Üstüne Etkileri ($F=44,56$; $p<0,001$), Şiddetli İstek ($F=22,05$; $p<0,001$), Motivasyon ($F=25,49$; $p<0,001$) alt ölçek puanlarının ve Toplam BAPI

puanlarının ($F=64,85$; $p<0,001$) eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın kaynağına ilişkin yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre ilköğretim ve lise düzeyinde öğrenim katılımcıların madde kullanım sıklığı, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek, motivasyon ve toplam BAPI puanları, üniversite ve lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Üniversite düzeyinde öğrenim katılımcıların madde kullanım sıklığı, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek, motivasyon ve toplam BAPI puanları, lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 9'a göre; Madde Kullanım Sıklığı ($X^2=53,76$; $p<0,001$), Tanı ($F=20,35$; $p<0,001$), Yaşam Üstüne Etkileri ($F=24,76$; $p<0,001$), Şiddetli İstek ($F=16,82$; $p<0,001$), Motivasyon ($F=19,04$; $p<0,001$) alt ölçekler puanlarının ve Toplam BAPI puanlarının ($F=23,44$; $p<0,001$) aylık gelire göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın kaynağına ilişkin yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre 1000TL'den az ve 1000-2000TL aylık geliri olan katılımcıların madde kullanım sıklığı, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek, motivasyon ve toplam BAPI puanları, 2001-3000TL aylık geliri olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. 2001-3000TL aylık geliri olan katılımcıların madde kullanım sıklığı, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek, motivasyon ve toplam BAPI puanları, 3001TL'den fazla aylık geliri olan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 9. Madde Kullanımı Puanlarının Aylık Gelire Göre ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Aylık Gelir	N	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı
-----------------------	-------------	---	-----------	----	---	---	---------

						Fark	
Madde Kullanım Sıklığı ⁽¹⁾	A-1000TL'den az	120	24,62	25,03	53,758	0,000***	A,B>C,D
	B-1000-2000TL	169	23,78	23,22			C>D
	C-2001-3000TL	89	15,32	18,26			
	D-3001TL'den fazla	129	8,74	17,30			
Tanı	A-1000TL'den az	120	37,08	32,97	20,351	0,000***	A,B>C,D
	B-1000-2000TL	169	33,73	29,97			C>D
	C-2001-3000TL	89	24,02	29,93			
	D-3001TL'den fazla	129	11,43	23,12			
Yaşam Üstüne Etkileri	A-1000TL'den az	120	36,75	32,21	24,759	0,000***	A,B>C,D
	B-1000-2000TL	169	33,14	29,62			C>D
	C-2001-3000TL	89	21,57	29,07			
	D-3001TL'den fazla	129	9,53	20,84			
Şiddetli İstek	A-1000TL'den az	120	39,17	37,34	16,82	0,000***	A,B>C,D
	B-1000-2000TL	169	33,43	33,95			C>D
	C-2001-3000TL	89	26,97	35,40			
	D-3001TL'den fazla	129	11,24	26,69			
Motivasyon	A-1000TL'den az	120	38,75	33,97	19,039	0,000***	A,B>C,D
	B-1000-2000TL	169	37,57	35,26			C>D
	C-2001-3000TL	89	24,72	33,81			
	D-3001TL'den fazla	129	12,40	26,54			
TOPLAM BAPI	A-1000TL'den az	120	30,95	26,27	23,439	0,000***	A,B>C,D
	B-1000-2000TL	169	28,78	24,31			C>D
	C-2001-3000TL	89	19,28	22,00			
	D-3001TL'den fazla	129	9,69	18,25			

(1): Kruskal Wallis H testi Madde Kullanımı² skoru; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tablo 10'a göre; Madde Kullanım Sıklığı ($X^2=97,73$; $p<0,001$), Tanı ($F=65,59$; $p<0,001$), Yaşam Üstüne Etkileri ($F=58,57$; $p<0,001$), Şiddetli İstek ($F=52,76$; $p<0,001$), Motivasyon ($F=29,06$; $p<0,001$) alt ölçek puanlarının ve Toplam BAPI puanlarının ($F=67,56$; $p<0,001$) birlikte yaşanan kişiye göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Tablo 10. Madde Kullanımı Puanlarının Birlikte Yaşanılan Kişiyeye Göre ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Birlikte Yaşadığı Kişi	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamli Fark
Madde Kullanım Sıklığı ⁽¹⁾	A-Yalnız	163	26,44	22,33	65,453	0,000***	A,C>B
	B-Ailesiyle	255	12,57	21,71			
	C-Arkadaşlarıyla	89	21,91	19,80			
Tanı	A-Yalnız	163	40,03	30,66	36,986	0,000***	A,C>B
	B-Ailesiyle	255	16,37	26,30			
	C-Arkadaşlarıyla	89	34,41	32,00			
Yaşam Üstüne Etkileri	A-Yalnız	163	35,77	28,78	26,414	0,000***	A,C>B
	B-Ailesiyle	255	16,75	27,54			
	C-Arkadaşlarıyla	89	34,38	31,91			
Şiddetli İstek	A-Yalnız	163	41,41	34,96	30,073	0,000***	A,C>B
	B-Ailesiyle	255	16,86	30,90			
	C-Arkadaşlarıyla	89	35,39	35,52			
Motivasyon	A-Yalnız	163	36,81	32,31	11,226	0,000***	A,C>B
	B-Ailesiyle	255	22,16	34,21			
	C-Arkadaşlarıyla	89	35,39	34,71			
TOPLAM BAPI	A-Yalnız	163	32,18	23,86	30,836	0,000***	A,C>B
	B-Ailesiyle	255	14,84	22,54			
	C-Arkadaşlarıyla	89	28,24	23,72			

(1): Kruskal Wallis H testi Madde Kullanımı² skoru; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Farkın kaynağına ilişkin yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre yalnız ve arkadaşlarıyla yaşayan katılımcıların madde kullanım sıklığı, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek, motivasyon ve toplam BAPI puanları, ailesiyle yaşayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 10).

Tablo 11. Madde Kullanımı Puanlarının Sosyal Aktivitelere Katılım Durumuna Göre t Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Sosyal Aktivitelere Katılım		n	\bar{X}	SS	t	p
	Evet	Hayır					
Madde Kullanım Sıklığı ⁽¹⁾	Evet	Hayır	345	14,43	21,00	-6,446	0,000***
			162	27,69	22,85		
Tanı	Evet	Hayır	345	19,78	27,72	-8,380	0,000***
			162	42,82	31,18		
Yaşam Üstüne Etkileri	Evet	Hayır	345	19,54	27,83	-7,355	0,000***
			162	39,63	30,42		
Şiddetli İstek	Evet	Hayır	345	20,87	33,01	-7,030	0,000***
			162	43,21	34,13		
Motivasyon	Evet	Hayır	345	23,19	33,65	-5,928	0,000***
			162	41,98	32,45		
TOPLAM BAPI	Evet	Hayır	345	17,25	22,77	-7,821	0,000***
			162	34,51	24,00		

⁽¹⁾: Mann Whitney U - Z skoru; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tablo 11'e göre; Madde Kullanım Sıklığı (Z=-6,45; p<0,001), Tanı (t=-8,38; p<0,001), Yaşam Üstüne Etkileri (t=-7,36; p<0,001), Şiddetli İstek (t=-7,03; p<0,001), Motivasyon (t=-5,93; p<0,001) alt ölçek puanlarının ve Toplam BAPI puanlarının (t=-7,82; p<0,001) sosyal aktivitelere katılım durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Sosyal aktivitelere katılmayan katılımcıların madde kullanım sıklığı, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek, motivasyon ve toplam BAPI puanları, sosyal aktivitelere katılan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 12. Madde Kullanımı Puanlarının Ameliyat veya Kronik Hastalık Durumuna Göre t Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Ameliyat/Kronik Hastalık	N	\bar{X}	SS	t	p
Madde Kullanım Sıklığı ⁽¹⁾	Evet	253	20,55	21,79	-1,893	0,059
	Hayır	254	16,79	22,99		
Tanı	Evet	253	31,77	30,89	3,411	0,001**
	Hayır	254	22,54	30,03		
Yaşam Üstüne Etkileri	Evet	253	31,26	30,51	4,015	0,000***
	Hayır	254	20,67	28,89		
Şiddetli İstek	Evet	253	33,00	36,29	3,245	0,001**
	Hayır	254	23,03	32,83		
Motivasyon	Evet	253	32,02	33,37	1,851	0,065
	Hayır	254	26,38	35,19		
TOPLAM BAPI	Evet	253	26,11	24,29	3,094	0,002**
	Hayır	254	19,43	24,32		

⁽¹⁾: Mann Whitney U - Z skoru; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tablo 12'ye göre; Tanı (t=3,41; p<0,01), Yaşam Üstüne Etkileri (t=4,02; p<0,001) ve Şiddetli İstek (t=3,25; p<0,01) alt ölçek puanlarının ve Toplam BAPI puanlarının (t=3,09; p<0,01) ameliyat veya kronik hastalık öyküsüne göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Ameliyat veya kronik hastalığı olan katılımcıların tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek ve toplam BAPI puanları, ameliyat veya kronik hastalığı olmayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Ameliyat veya kronik hastalık öyküsü ile Madde Kullanım Sıklığı (Z=-1,89; p>0,05) ve Motivasyon (t=1,85; p>0,05) alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır (p>0,05).

Tablo 13. Madde Kullanımı Puanlarının Psikiyatri Öyküsüne Göre t Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Psikiyatri Öyküsü	n	\bar{X}	SS	t	p
Madde Kullanım Sıklığı ⁽¹⁾	Evet	243	25,03	21,54	-6,353	0,000***
	Hayır	264	12,81	21,72		
Tanı	Evet	243	39,45	30,43	9,348	0,000***
	Hayır	264	15,81	26,49		
Yaşam Üstüne Etkileri	Evet	243	38,27	30,03	9,582	0,000***
	Hayır	264	14,62	25,50		
Şiddetli İstek	Evet	243	41,15	35,41	8,710	0,000***
	Hayır	264	15,91	29,78		
Motivasyon	Evet	243	38,48	34,48	6,036	0,000***
	Hayır	264	20,64	32,04		
TOPLAM BAPI	Evet	243	32,01	23,39	8,726	0,000***
	Hayır	264	14,26	22,38		

⁽¹⁾: Mann Whitney U - Z skoru; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tablo 13'e göre; Madde Kullanım Sıklığı (Z=-6,35; p<0,001), Tanı (t=9,35; p<0,001), Yaşam Üstüne Etkileri (t=9,58; p<0,001), Şiddetli İstek (t=8,71; p<0,001), Motivasyon (t=6,04; p<0,001) alt ölçek puanlarının ve Toplam BAPI puanlarının (t=8,73; p<0,001) psikiyatri öyküsüne göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Psikiyatrik öyküsü olan katılımcıların madde kullanım sıklığı, tanı, yaşam üstüne etkileri, şiddetli istek, motivasyon ve toplam BAPI puanları, psikiyatrik öyküsü olmayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

ÇÇRTÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Demografik, Ekonomik, Aile ve Sağlık Durumu Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması

Bu bölümde katılımcıların demografik, ekonomik, aile ve sağlık durumlarına yönelik bilgileri içeren seçilmiş temel özelliklerine göre ÇÇRTÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenecektir.

Tablo 14. Yaş İle ÇÇRTÖ ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Ait Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Yaş
Duygusal İstismar	-0,128**
Fiziksel İstismar ⁽¹⁾	-0,050
Fiziksel İhmal	-0,048
Duygusal İhmal	-0,048
Cinsel İstismar ⁽¹⁾	-0,298*
TOPLAM ÇÇRTÖ	-0,117**

(1): Spearman Rho, *p<0,05; **p<0,01

Tablo 14'e göre; Yaş ile duygusal istismar ($r=-0,13$; $p<0,01$), cinsel istismar ($r=-0,30$; $p<0,05$) ve Toplam ÇÇRTÖ Puanı ($r=-0,12$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki vardır. İleri yaşlarda çocukluk çağına ilişkin duygusal istismar ve cinsel istismar algısı daha düşüktür.

Tablo 15'e göre; Fiziksel İstismar ($Z=-3,65$; $p<0,001$), Fiziksel İhmal ($t=4,06$; $p<0,001$), Duygusal İhmal ($t=4,06$; $p<0,001$) alt ölçek puanlarının ve Toplam ÇÇRTÖ puanlarının ($t=3,62$; $p<0,001$) cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Erkek katılımcıların fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam ÇÇRTÖ puanları, kadın katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 15. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Cinsiyet	n	\bar{X}	SS	t	p
Duygusal İstismar	Erkek	240	28,75	26,81	1,830	0,068
	Kadın	267	24,72	22,77		
Fiziksel İstismar ⁽¹⁾	Erkek	240	20,90	26,33	-3,647	0,000***
	Kadın	267	12,45	21,13		
Fiziksel İhmal	Erkek	240	30,67	22,31	4,064	0,000***
	Kadın	267	22,36	23,57		
Duygusal İhmal	Erkek	240	30,67	22,31	4,064	0,000***
	Kadın	267	22,36	23,57		
Cinsel İstismar ⁽¹⁾	Erkek	240	20,21	29,68	-0,668	0,504
	Kadın	267	16,12	24,00		
TOPLAM ÇÇRTÖ	Erkek	240	26,24	21,82	3,622	0,000***
	Kadın	267	19,60	19,42		

⁽¹⁾: Mann Whitney U - Z skoru; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Duygusal İstismar (t=1,83; p>0,05) ve Cinsel İstismar (Z=-0,67; p>0,05) puanlarının cinsiyete göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 15).

Tablo 16'ya göre; Duygusal İstismar (F=16,09; p<0,001), Fiziksel İstismar (X²=134,83; p<0,001), Fiziksel İhmal (F=42,26; p<0,001), Duygusal İhmal (F=42,26; p<0,001), Cinsel İstismar (X²=12,81; p<0,001) alt ölçek puanlarının ve Toplam ÇÇRTÖ puanlarının (F=32,58; p<0,001) eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın kaynağına ilişkin yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre ilköğretim ve lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar puanları ve toplam ÇÇRTÖ puanları, üniversite ve lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 16).

Tablo 16. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Eğitim düzeyi	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Duygusal İstismar	A-İlköğretim	57	44,30	16,30	16,093	0,000***	A,B>C,D
	B-Lise	58	34,48	25,28			
	C-Üniversite	303	23,48	24,93			
	D-Lisansüstü	89	20,90	22,71			
Fiziksel İstismar ⁽¹⁾	A-İlköğretim	57	45,44	19,07	134,83	0,000***	A,B>C,D
	B-Lise	58	29,14	24,87			
	C-Üniversite	303	10,74	21,30			
	D-Lisansüstü	89	9,04	18,10			
Fiziksel İhmal	A-İlköğretim	57	50,09	10,96	42,26	0,000***	A,B>C,D
	B-Lise	58	37,93	18,40			
	C-Üniversite	303	23,00	23,47			
	D-Lisansüstü	89	14,66	17,71			
Duygusal İhmal	A-İlköğretim	57	50,09	10,96	42,26	0,000***	A,B>C,D
	B-Lise	58	37,93	18,40			
	C-Üniversite	303	23,00	23,47			
	D-Lisansüstü	89	14,66	17,71			
Cinsel İstismar ⁽¹⁾	A-İlköğretim	57	20,26	30,29	12,813	0,000***	A,B,C>D
	B-Lise	58	21,29	27,41			
	C-Üniversite	303	19,34	26,99			
	D-Lisansüstü	89	10,17	22,53			
TOPLAM ÇÇRTÖ	A-İlköğretim	57	42,04	14,25	32,584	0,000***	A,B>C,D
	B-Lise	58	32,16	19,55			
	C-Üniversite	303	19,91	20,54			
	D-Lisansüstü	89	13,89	16,32			

⁽¹⁾: Kruskal Wallis H testi Çocukluk Çağı Ruhsal Travma² skoru; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tablo 17'ye göre; Duygusal İstismar (F=9,10; p<0,001), Fiziksel İstismar ($X^2=36,14$; p<0,001), Fiziksel İhmal (F=27,72; p<0,001), Duygusal İhmal (F=27,72; p<0,001), Cinsel İstismar ($X^2=15,95$; p<0,001) alt ölçek puanlarının ve Toplam ÇÇRTÖ puanlarının (F=17,63; p<0,001) birlikte yaşanan kişiye göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Tablo 17. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Puanlarının Birlikte Yaşanılan Kişiye Göre ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Birlikte Yaşadığı Kişi	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Duygusal İstismar	A-Yalnız	163	32,36	23,24	9,099	0,000***	A,C>B
	B-Ailesiyle	255	22,18	25,32			
	C-Arkadaşlarıyla	89	28,88	23,96			
Fiziksel İstismar ⁽¹⁾	A-Yalnız	163	24,42	24,52	36,140	0,000***	A>B,C
	B-Ailesiyle	255	12,39	23,49			
	C-Arkadaşlarıyla	89	13,48	21,45			
Fiziksel İhmal	A-Yalnız	163	34,60	23,13	27,718	0,000***	A,C>B
	B-Ailesiyle	255	19,06	20,65			
	C-Arkadaşlarıyla	89	31,80	24,58			
Duygusal İhmal	A-Yalnız	163	34,60	23,13	27,718	0,000***	A,C>B
	B-Ailesiyle	255	19,06	20,65			
	C-Arkadaşlarıyla	89	31,80	24,58			
Cinsel İstismar ⁽¹⁾	A-Yalnız	163	18,77	28,19	15,953	0,000***	C>B
	B-Ailesiyle	255	14,94	25,91			
	C-Arkadaşlarıyla	89	25,67	25,86			
TOPLAM ÇÇRTÖ	A-Yalnız	163	28,95	20,18	17,627	0,000***	A,C>B
	B-Ailesiyle	255	17,53	20,07			
	C-Arkadaşlarıyla	89	26,33	20,53			

⁽¹⁾: Kruskal Wallis H testi Çocukluk Çağı Ruhsal Travma² skoru; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Farkın kaynağına ilişkin yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre yalnız yaşayan ve arkadaşlarıyla yaşayan katılımcıların duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve toplam ÇÇRTÖ puanları, ailesiyle yaşayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Yalnız yaşayan katılımcıların fiziksel istismar puanları, ailesiyle ve arkadaşlarıyla yaşayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Arkadaşlarıyla yaşayan katılımcıların cinsel istismar puanları, ailesiyle yaşayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 17).

Tablo 18'e göre; Duygusal İstismar ($t=-5,06$; $p<0,001$), Fiziksel İstismar ($Z=-5,84$; $p<0,001$), Fiziksel İhmal ($t=-8,63$; $p<0,001$), Duygusal İhmal ($t=-8,63$; $p<0,001$) alt ölçek puanlarının ve Toplam ÇÇRTÖ puanlarının ($t=-9,84$; $p<0,001$) sosyal aktivitelere katılma durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Tablo 18. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Puanlarının Sosyal Aktivitelere Katılım Durumuna Göre t Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Sosyal Aktivitelere Katılım	n	\bar{X}	SS	t	p
Duygusal İstismar	Evet	345	22,90	24,94	-5,055	0,000***
	Hayır	162	34,57	22,65		
Fiziksel İstismar ⁽¹⁾	Evet	345	12,30	22,87	-5,839	0,000***
	Hayır	162	25,28	24,27		
Fiziksel İhmal	Evet	345	20,57	21,67	-8,631	0,000***
	Hayır	162	38,49	22,09		
Duygusal İhmal	Evet	345	20,57	21,67	-8,631	0,000***
	Hayır	162	38,49	22,09		
Cinsel İstismar ⁽¹⁾	Evet	345	16,62	26,86	-1,756	0,080
	Hayır	162	21,11	26,77		
TOPLAM ÇÇRTÖ	Evet	345	18,59	20,45	-6,837	0,000***
	Hayır	162	31,59	18,87		

⁽¹⁾: Mann Whitney U - Z skoru; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Sosyal aktivitelere katılmayan katılımcıların duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal alt ölçek puanları ve toplam ÇÇRTÖ puanları, sosyal aktivitelere katılan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Cinsel İstismar ($Z=-1,76$; $p>0,05$) puanlarının sosyal aktivitelere katılma durumuna göre anlamlı farklılık göstermediği tespit edilmiştir (Tablo 18).

Tablo 19'a göre; Duygusal İstismar ($t=6,84$; $p<0,001$), Fiziksel İstismar ($Z=-2,95$; $p<0,01$), Fiziksel İhmal ($t=6,85$; $p<0,001$), Duygusal İhmal ($t=6,85$; $p<0,001$), Cinsel İstismar ($Z=-3,19$; $p<0,01$) alt ölçek puanlarının ve Toplam ÇÇRTÖ

puanlarının ($t=6,21$; $p<0,001$) psikiyatri öyküsüne göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir.

Tablo 19. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Puanlarının Psikiyatri Öyküsüne Göre t Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Psikiyatri Öyküsü	n	\bar{X}	SS	t	p
Duygusal İstismar	Evet	243	34,16	22,56	6,844	0,000***
	Hayır	264	19,70	24,82		
Fiziksel İstismar ⁽¹⁾	Evet	243	19,71	23,38	-2,949	0,003**
	Hayır	264	13,45	24,37		
Fiziksel İhmal	Evet	243	33,37	23,33	6,849	0,000***
	Hayır	264	19,77	21,39		
Duygusal İhmal	Evet	243	33,37	23,33	6,849	0,000***
	Hayır	264	19,77	21,39		
Cinsel İstismar ⁽¹⁾	Evet	243	22,00	28,31	-3,193	0,001**
	Hayır	264	14,43	25,01		
TOPLAM ÇÇRTÖ	Evet	243	28,52	19,30	6,209	0,000***
	Hayır	264	17,42	20,82		

⁽¹⁾: Mann Whitney U - Z skoru; * $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Psikiyatrik öyküsü olan katılımcıların duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar alt ölçek puanları ve toplam ÇÇRTÖ puanları, psikiyatrik öyküsü olmayan katılımcıların puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 19).

ÇBASDÖ ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Demografik, Ekonomik, Aile ve Sağlık Durumu Değişkenlerine Göre Karşılaştırılması

Bu bölümde katılımcıların demografik, ekonomik, aile ve sağlık durumlarına yönelik bilgileri içeren seçilmiş temel özelliklerine göre ÇBASDÖ ve alt ölçeklerinden aldıkları puan ortalamaları arasındaki ilişki incelenecektir.

Tablo 20. Yaş İle ÇBASDÖ ve Alt Ölçekleri Arasındaki İlişkiye Ait Pearson Korelasyon Analizi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Yaş
Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek	0,003
Aileden Algılanan Sosyal Destek	0,049
Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek	-0,049
ALGILANAN SOSYAL DESTEK	0,011

(1): Spearman Rho; *p<0,05

Tablo 20'ye göre; Yaş ile algılanan sosyal destek ve alt ölçek puanları arasında anlamlı ilişki bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 21. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Cinsiyete Göre t Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Cinsiyet	n	\bar{X}	SS	t	p
Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek	Erkek	240	50,03	32,42	-5,283	0,000***
	Kadın	267	65,32	32,64		
Aileden Algılanan Sosyal Destek	Erkek	240	52,88	33,25	-4,467	0,000***
	Kadın	267	65,61	30,88		
Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek	Erkek	240	58,40	30,36	-3,717	0,000***
	Kadın	267	68,27	29,40		
ALGILANAN SOSYAL DESTEK	Erkek	240	53,77	28,06	-5,154	0,000***
	Kadın	267	66,40	27,08		

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tablo 21'e göre; Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek ($t=-5,28$; $p<0,001$), Aileden Algılanan Sosyal Destek ($t=-4,47$; $p<0,001$), Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek ($t=-3,72$; $p<0,001$) alt ölçek puanlarının ve Algılanan Sosyal Destek ölçek puanlarının ($t=-5,15$; $p<0,001$) cinsiyete göre anlamlı farklılık gösterdiği

tespit edilmiştir. Kadın katılımcıların algıladıkları sosyal destek, erkek katılımcıların algıladığı sosyal destek puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 22. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Mesleğe Göre ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Meslek	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek	A-Öğrenci	209	58,11	30,94	36,487	0,000***	A,B>C
	B-Ücretli çalışan	227	66,72	31,68			
	C-Çalışmayan	71	30,40	30,90			
Aileden Algılanan Sosyal Destek	A-Öğrenci	209	52,25	31,62	71,250	0,000***	A,B>C
	B-Ücretli çalışan	227	74,94	24,78			
	C-Çalışmayan	71	32,04	32,29			
Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek	A-Öğrenci	209	61,68	28,59	60,325	0,000***	A,B>C
	B-Ücretli çalışan	227	74,56	24,15			
	C-Çalışmayan	71	34,21	31,93			
ALGILANAN SOSYAL DESTEK	A-Öğrenci	209	57,35	25,62	71,644	0,000***	A,B>C
	B-Ücretli çalışan	227	72,08	22,18			
	C-Çalışmayan	71	32,22	30,80			

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tablo 22'ye göre; Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek (F=36,49; p<0,001), Aileden Algılanan Sosyal Destek (F=71,25; p<0,001), Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek (F=60,33; p<0,001) alt ölçekler puanlarının ve Algılanan Sosyal Destek ölçek puanlarının (F=71,64; p<0,001) mesleğe göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın kaynağına ilişkin yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre öğrenci ve ücretli çalışan katılımcıların algıladıkları sosyal destek, çalışmayan katılımcıların algıladığı sosyal destek puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 23. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Eğitim Düzeyine Göre ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Eğitim düzeyi	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek	A-İlköğretim	57	27,70	24,84	33,853	0,000***	C,D>A,B
	B-Lise	58	40,45	31,31			
	C-Üniversite	303	63,23	31,31			
	D-Lisansüstü	89	71,54	30,70			
Aileden Algılanan Sosyal Destek	A-İlköğretim	57	26,46	22,75	33,311	0,000***	C,D,B>A
	B-Lise	58	50,43	33,30			
	C-Üniversite	303	63,48	31,65			
	D-Lisansüstü	89	73,50	24,85			
Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek	A-İlköğretim	57	27,49	25,96	55,560	0,000***	C,D>A,B
	B-Lise	58	48,49	31,47			
	C-Üniversite	303	69,05	26,33			
	D-Lisansüstü	89	78,04	22,33			
ALGILANAN SOSYAL DESTEK	A-İlköğretim	57	27,22	23,98	54,193	0,000***	C,D>A,B
	B-Lise	58	46,46	29,18			
	C-Üniversite	303	65,25	24,90			
	D-Lisansüstü	89	74,36	20,45			

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Tablo 23'e göre; Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek ($F=33,85$; $p<0,001$), Aileden Algılanan Sosyal Destek ($F=33,31$; $p<0,001$), Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek ($F=55,56$; $p<0,001$) alt ölçek puanlarının ve Algılanan Sosyal Destek ölçek puanlarının ($F=54,19$; $p<0,001$) eğitim düzeyine göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın kaynağına ilişkin yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre üniversite ve lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların diğer önemli kişilerden, arkadaşlardan ve genel olarak algıladıkları sosyal destek, ilköğretim ve lise düzeyinde öğrenim gören katılımcıların algıladığı sosyal destek puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Lise, üniversite ve lisansüstü düzeyde öğrenim gören katılımcıların aileden algıladıkları sosyal destek, ilköğretim düzeyinde öğrenim gören katılımcıların algıladığı sosyal destek puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 24. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Aylık Gelire Göre ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Aylık Gelir	n	\bar{X}	SS	F	p	Anlamlı Fark
Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek	A-1000TL'den az	120	57,01	31,01	11,343	0,000***	C,D>B
	B-1000-2000TL	169	47,53	34,25			
	C-2001-3000TL	89	66,48	32,10			
	D-3001TL'den fazla	129	67,12	31,40			
Aileden Algılanan Sosyal Destek	A-1000TL'den az	120	51,25	32,31	21,103	0,000***	C,D>A,B
	B-1000-2000TL	169	50,20	33,28			
	C-2001-3000TL	89	64,98	30,82			
	D-3001TL'den fazla	129	75,90	25,65			
Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek	A-1000TL'den az	120	60,17	29,84	14,342	0,000***	C,D>A,B
	B-1000-2000TL	169	54,04	33,20			
	C-2001-3000TL	89	70,65	25,80			
	D-3001TL'den fazla	129	74,45	24,43			
ALGILANAN SOSYAL DESTEK	A-1000TL'den az	120	56,15	26,84	19,290	0,000***	C,D>A,B
	B-1000-2000TL	169	50,59	30,12			
	C-2001-3000TL	89	67,37	25,03			
	D-3001TL'den fazla	129	72,49	23,12			

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tablo 24'e göre; Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek (F=11,34; p<0,001), Aileden Algılanan Sosyal Destek (F=21,10; p<0,001), Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek (F=14,34; p<0,001) alt ölçek puanlarının ve Algılanan Sosyal Destek ölçek puanlarının (F=19,29; p<0,001) aylık gelire göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın kaynağına ilişkin yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre aylık geliri 2001-3000TL arasında olan katılımcıların diğer önemli kişilerden algıladıkları sosyal destek, aylık geliri 1000-2000TL arasında olan katılımcıların algıladığı sosyal destek puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Aylık geliri 2001-3000TL ve 3001TL'den fazla olan katılımcıların aileden, arkadaşlardan ve genel olarak algıladıkları sosyal destek, aylık geliri 1000TL'den az ve

1000-2000TL arasında olan katılımcıların algıladığı sosyal destek puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 25. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Birlikte Yaşanılan Kişiye Göre ANOVA Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Birlikte Yaşadığı Kişi			SS	F	p	Anlamlı Fark
		n	\bar{X}				
Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek	A-Yalnız	163	43,58	32,92	26,502	0,000***	B,C>A
	B-Ailesiyle	255	66,75	31,48			
	C-Arkadaşlarıyla	89	59,83	30,74			
Aileden Algılanan Sosyal Destek	A-Yalnız	163	44,68	32,87	43,467	0,000***	B>A,C
	B-Ailesiyle	255	71,76	27,53			
	C-Arkadaşlarıyla	89	51,97	32,27			
Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek	A-Yalnız	163	51,25	32,69	28,502	0,000***	B>A,C
	B-Ailesiyle	255	72,70	26,28			
	C-Arkadaşlarıyla	89	60,16	27,58			
ALGILANAN SOSYAL DESTEK	A-Yalnız	163	46,51	29,48	42,179	0,000***	B>A,C
	B-Ailesiyle	255	70,40	24,12			
	C-Arkadaşlarıyla	89	57,32	25,43			

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tablo 25'e göre; Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek (F=26,50; p<0,001), Aileden Algılanan Sosyal Destek (F=43,47; p<0,001), Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek (F=28,50; p<0,001) alt ölçek puanlarının ve Algılanan Sosyal Destek ölçek puanlarının (F=42,18; p<0,001) birlikte yaşanılan kişiye göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Farkın kaynağına ilişkin yapılan LSD post hoc testi sonuçlarına göre ailesiyle ve arkadaşlarıyla birlikte yaşayan katılımcıların diğer önemli kişilerden algıladıkları sosyal destek, yalnız yaşayan katılımcıların algıladığı sosyal destek puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir. Ailesiyle yaşayan katılımcıların aileden, arkadaşlardan ve genel olarak algıladıkları sosyal destek, yalnız yaşayan ve

arkadaşlarıyla yaşayan katılımcıların algıladığı sosyal destek puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 26. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Sosyal Aktivitelere Katılım Durumuna Göre t Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Sosyal Aktivitelere Katılım		n	\bar{X}	SS	t	p
	Evet	Hayır					
Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek	Evet		345	66,61	30,63	9,026	0,000***
	Hayır		162	39,94	31,82		
Aileden Algılanan Sosyal Destek	Evet		345	68,76	28,59	10,127	0,000***
	Hayır		162	40,05	32,14		
Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek	Evet		345	73,13	25,26	11,651	0,000***
	Hayır		162	43,31	30,02		
ALGILANAN SOSYAL DESTEK	Evet		345	69,50	23,96	11,949	0,000***
	Hayır		162	41,10	26,95		

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tablo 26'ya göre; Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek (t=9,03; p<0,001), Aileden Algılanan Sosyal Destek (t=10,13; p<0,001), Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek (t=11,65; p<0,001) alt ölçek puanlarının ve Algılanan Sosyal Destek ölçek puanlarının (t=11,95; p<0,001) sosyal aktivitelere katılım durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Sosyal aktivitelere katılan katılımcıların algıladıkları sosyal destek, sosyal aktivitelere katılmayan katılımcıların algıladığı sosyal destek puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir.

Tablo 27. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Ameliyat veya Kronik Hastalık Durumuna Göre t Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Ameliyat/Kronik Hastalık		N	\bar{X}	SS	t	p
	Evet	Hayır					
Diğer Önemli Kişiden	Evet		253	52,27	33,47	-3,970	0,000***

Algılanan Sosyal Destek	Hayır	254	63,88	32,36		
Aileden Algılanan Sosyal Destek	Evet	253	52,03	34,42	-5,347	0,000***
	Hayır	254	67,11	28,87		
Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek	Evet	253	58,05	31,21	-4,190	0,000***
	Hayır	254	69,13	28,23		
ALGILANAN SOSYAL DESTEK	Evet	253	54,12	28,91	-5,145	0,000***
	Hayır	254	66,70	26,12		

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Tablo 27'ye göre; Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek ($t=-3,97$; $p<0,001$), Aileden Algılanan Sosyal Destek ($t=-5,35$; $p<0,001$), Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek ($t=-4,19$; $p<0,001$) alt ölçek puanlarının ve Algılanan Sosyal Destek ölçek puanlarının ($t=-5,15$; $p<0,001$) ameliyat veya kronik hastalık durumuna göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Ameliyat veya kronik hastalığı olmayan katılımcıların algıladıkları sosyal destek, ameliyat veya kronik hastalığı olan katılımcıların algıladığı sosyal destek puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 27).

Tablo 28'e göre; Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek ($t=-4,79$; $p<0,001$), Aileden Algılanan Sosyal Destek ($t=-10,40$; $p<0,001$), Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek ($t=-6,46$; $p<0,001$) alt ölçek puanlarının ve Algılanan Sosyal Destek ölçek puanlarının ($t=-8,19$; $p<0,001$) psikiyatri öyküsüne göre anlamlı farklılık gösterdiği tespit edilmiştir. Psikiyatrik öyküsü olmayan katılımcıların algıladıkları sosyal destek, psikiyatrik öyküsü olan katılımcıların algıladığı sosyal destek puanlarından anlamlı düzeyde daha yüksektir (Tablo 28).

Tablo 28. Algılanan Sosyal Destek Puanlarının Psikiyatri Öyküsüne Göre t Testi Sonuçları

Ölçek ve Alt Ölçekler	Psikiyatri Öyküsü	n	\bar{X}	SS	t	p
Diğer Önemli Kişiden	Evet	243	50,84	32,70	-4,789	0,000***

Algılanan Sosyal Destek	Hayır	264	64,76	32,68		
Aileden Algılanan Sosyal Destek	Evet	243	45,32	31,76	-10,399	0,000***
	Hayır	264	72,71	27,53		
Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek	Evet	243	54,90	31,35	-6,459	0,000***
	Hayır	264	71,61	26,84		
ALGILANAN SOSYAL DESTEK	Evet	243	50,35	27,82	-8,193	0,000***
	Hayır	264	69,69	25,32		

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Ölçekler ve alt ölçekler ile temel değişkenler (demografik, ekonomik, aile, sağlık durumları) arasındaki ilişkiye yönelik Tablo 5-28’de sunulan bulgulara ilişkin özet tablo Ek-7’de verilmiştir.

Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Algılanan Sosyal Desteğin Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisi

Çocukluk çağı ruhsal travmaları ve algılanan sosyal desteğin madde kullanımı üzerindeki etkisine ilişkin regresyon analizi sonuçları Tablo 29’da verilmiştir:

Tablo 29. Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ve Algılanan Sosyal Desteğin Madde Kullanımı Üzerindeki Etkisine İlişkin Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımsız Değişkenler	B	SH _B	β	t	p
C	0,512	0,061		8,441	0,000***
Algılanan Sosyal Destek	-0,079	0,010	-0,273	-7,873	0,000***
Çocukluk Çağı Ruhsal Travma	0,014	0,001	0,578	16,669	0,000***

F_(2,506)=359,60; p=0,000; ΔR²=0,586

Tablo 29’a göre; Algılanan Sosyal Destek ve Çocukluk Çağı Ruhsal Travmaları ile Madde Kullanımı arasında kurulan regresyon modelinin uygun olduğu görülmektedir (F(2, 506)=359,60; p<0,001). Algılanan sosyal destek ve çocukluk çağı ruhsal travmaları değişkenleri, madde kullanımı değişkenindeki varyansın yaklaşık %59’unu açıklamaktadır (ΔR²=0,586). Standardize edilmiş regresyon katsayılarının (β)

anlamlılığına ilişkin t testi sonuçlarına göre, algılanan sosyal destek değişkeni madde kullanımı üzerinde negatif yönlü ve anlamlı ($\beta=-0,27$; $t=-7,87$; $p<0,001$) etkiye; çocukluk ağı ruhsal travmaları değişkeni madde kullanımı üzerinde pozitif yönlü ve anlamlı ($\beta=0,58$; $t=16,67$; $p<0,001$) etkiye sahiptir.

Teorik olarak, bireyin hiç çocukluk örselenme yaşantısı olmaması ve çevresinden en st düzeyde sosyal destek algılaması, madde kullanımının olmayacağı; diğer yandan bireyin en yüksek düzeyde çocukluk örselenme yaşantısı bulunması ve çevresinden hiç sosyal destek algılamaması, madde kullanımının en yüksek düzeyde olacağı şeklinde yorumlanabilir. Özetle; ocukluk örselenme yaşantıları arttıa ve algılanan sosyal destek azaldıkça madde kullanımı artmaktadır.

5. TARTIŞMA

Çocukluk örselenme yaşantıları ve algılanan sosyal desteğin, madde kullanımının yordayıcısı olup olmadığının araştırıldığı çalışmanın bu bölümünde araştırma bulguları literatürdeki bilgilerle karşılaştırılarak tartışılacaktır.

Araştırmaya katılan 507 katılımcının %52,7'si kadın, yaş ortalaması 29,31±9,15 (min.18–maks.70), %44,8'i ücretli çalışan, %59,8'i üniversite mezunu, %33,3'ü 1000-2000TL arası aylık gelire sahip, %50,3'ü ailesiyle yaşamakta, %68'i sosyal aktivitelere katılmaktadır; %50,1'i ameliyat ve kronik hastalık öyküsüne, %52,1'i psikiyatri öyküsüne sahip değildir (Tablo 2). Kaplanhan'ın (2015), 50 alkol/madde bağımlısı hastayla gerçekleştirdiği çalışmada; katılımcıların %90'ının erkek, 16-56 yaş arasında (ortalama yaş 30,62) arasında, %50'sinin ilköğretim mezunu, %38'inin herhangi bir işte çalışmıyor olduğu tespit edilmiştir. Ögel ve arkadaşlarının (2012) BAPİ ölçeğini geliştirmek, geçerlilik ve güvenilirliğini araştırmak üzere 1.087 mahkumla yaptığı çalışmada; örneklemin yaş ortalamasının 33,46±9,64; %74,2'sinin erkek, %39,2'sinin ilkokul mezunu, %27,7'sinin ekonomik durumunun temel ihtiyaçlarını karşılamada zorluk yaratacak düzeyde olduğu, %72,9'unun psikiyatrik ya da psikolojik öyküsü olmadığı tespit edilmiştir. Alkol/madde bağımlısı profilinin Kaplanhan (2015), Ögel ve arkadaşlarının (2012) çalışmalarında birbirine benzer olduğu ancak örneklemini normal popülasyondan katılımcıların oluşturduğu araştırmamızla karşılaştırıldığında yaş ortalamasının birbirine çok yakın olması dışında, katılımcılarımızın genel profili ile bu çalışmalardaki bağımlı ve suçlu popülasyon profilinin çalışmamızın katılımcı profilinden farklı olduğu görülmektedir. Diğer yandan, araştırmamızda psikiyatrik öykü ve psikolojik başvuru ayrı sorularla değil de birarada sorulduğu ve değerlendirildiği için ve ayrıca “tanı” olarak değil de basit şekilde “herhangi bir sıkıntınız var mı?” gibi öz bildirime dayalı olduğu için çok yüksek çıkması

normal karşılanabilir. Yani araştırmamızda normal popülasyonda yüksek olarak tespit edilen psikiyatrik öykü aslında bildirim dayalı psikiyatrik öykü ve psikolojik başvuruya ilişkin olup, normal popülasyonda psikiyatrik öykünün bundan daha düşük değerinde olduğu düşünülmektedir.

Madde kullanımına ilişkin katılımcıların Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu'ndan (BAPİ-Kısa) aldığı toplam puan ortalaması $10,02 \pm 10,78$ olup, düşük bir değerdedir (yüzdeler bazda yaklaşık 23 puana denk gelmektedir). Madde kullanım sıklığı ($0,37 \pm 0,45$) alt ölçeği haricinde, diğer alt ölçeklerde alınan ağırlıklandırılmış puan ortalamaları (maddeyi bırakma motivasyonu: $0,58 \pm 0,69$, şiddetli istek: $0,56 \pm 0,70$, tanı: $0,54 \pm 0,62$, maddenin yaşam üstüne etkileri: $0,52 \pm 0,60$) birbirine yakın olup düşük değerdedir (Tablo 3). Alt ölçeklerde alınan toplam puan ortalamaları ise; madde kullanım özellikleri ($4,07 \pm 4,95$), bağımlılık tanı ölçütleri ($2,16 \pm 2,48$), madde kullanımının bireyin yaşamına etkisi ($2,60 \pm 3,00$), şiddetli madde kullanma isteği ($0,56 \pm 0,70$) ve bireyin madde kullanımını bırakmaya yönelik motivasyonu ($0,58 \pm 0,69$) şeklinde olup yine düşük değerdedir. Ölçeğin uzun formunu (37 madde/soru) geliştiren, geçerlilik ve güvenilirlik analizlerini yapan Ögel ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında, ölçek ve alt ölçeklerine ilişkin puan ortalamalarının ölçekte 5'li Likert tipi yanıtların (Min.0-Maks.4 puan) kullanılması, alt ölçeklerde farklı sayıda soru/madde yer alması nedeniyle çalışmamızda elde edilen Toplam BAPİ ve alt ölçek puan ortalamaları ile karşılaştırılması mümkün olamamıştır. Ayrıca, Ögel ve arkadaşlarının (2015) BAPİ-Kısa ölçeğini geliştirmek, geçerlilik ve güvenilirliğini araştırmak üzere uzun formundan uyarlayarak yaptığı çalışmada; ölçek ve alt ölçeklere ilişkin puan ortalamaları bilgilerinin olmaması; diğer yandan BAPİ ölçeğinin (2012) ve BAPİ-Kısa ölçeğinin (2015) yeni geliştirilmiş ve yabancı bir ölçekten Türkçe'ye uyarlanmamış bir ölçek olması nedeniyle yerli ve yabancı literatürde BAPİ-Kısa ölçeğini kullanan bir

çalışmaya rastlanmadığından, toplam ölçek puanı ortalaması ve alt ölçeklerinden alınan puan ortalamalarının başka çalışmalarla karşılaştırılması mümkün olamamıştır.

Çocukluk örselenme yaşantılarına ilişkin katılımcıların Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nden (ÇÇRTÖ) aldığı toplam puan ortalaması $47,74 \pm 20,84$ olup, katılımcıların algıladığı çocukluk çağı örselenme yaşantıları ölçek kesme puanının üzerindedir. Alt ölçeklerde alınan puan ortalamaları (duygusal istismar: $10,33 \pm 4,96$; fiziksel ihmal: $10,26 \pm 4,67$; duygusal ihmal: $10,26 \pm 4,67$; cinsel istismar: $8,61 \pm 5,38$ ve fiziksel istismar: $8,29 \pm 4,82$) birbirine yakın olup pozitif bildirim olarak kabul edilen kesme puanlarının üzerindedir. Alınan puanların kesme puanlarının üzerinde olması, katılımcılarda çocukluk çağı ruhsal travmalarının tamamının varlığını göstermektedir. (Tablo 3). Çalışmamızda katılımcılar tarafından en çok bildirilen örselenme yaşantısı duygusal istismar olurken, en az fiziksel istismar bildirilmiştir. Çalışmamızda yer alan katılımcıların toplam ÇÇRTÖ puan ortalaması ($47,74 \pm 20,84$), Şar ve arkadaşlarının (2012) çalışmasındaki değerden ($61,3 \pm 18,0$) düşük, Yalçın ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında bulunan değere ($43,35 \pm 17,95$) yakın olmakla birlikte daha yüksektir. Çalışmamızda bildirilen çocukluk örselenme yaşantıları en yüksekten en düşüğe doğru duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal, cinsel istismar, fiziksel istismar şeklinde sıralanırken; Şar ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında duygusal ihmal ($17,0 \pm 5,0$), duygusal istismar ($14,2 \pm 5,4$), cinsel istismar ($12,7 \pm 6,7$), fiziksel istismar ($9,0 \pm 4,1$), fiziksel ihmal ($8,6 \pm 2,6$) şeklinde; Yalçın ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise kontrol grubunda duygusal ihmal ($12,30 \pm 5,11$); duygusal istismar ($6,05 \pm 1,41$); fiziksel istismar ($5,43 \pm 1,46$); cinsel istismar ($5,30 \pm 1,09$) ve fiziksel ihmal ($3,95 \pm 1,31$) olarak; hasta grubunda ise duygusal ihmal ($17,00 \pm 7,56$), duygusal istismar ($8,87 \pm 5,06$), fiziksel istismar ($7,11 \pm 4,34$), cinsel istismarda ($5,61 \pm 2,03$), fiziksel ihmal ($4,58 \pm 2,62$) olarak belirlenmiştir. Çalışmamızda en çok bildirilen örselenme yaşantısı

olan duygusal istismarın Şar ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında ve Yalçın ve arkadaşlarının (2015) çalışmasındaki kontrol ve hasta gruplarında en çok bildirilen ikinci örselenme yaşantısı olduğu görülmektedir. Diğer yandan çalışmamızda en az bildirilen çocukluk örselenme yaşantısı olan fiziksel istismarın Şar ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında sondan ikinci sırada, Yalçın ve arkadaşlarının (2015) çalışmasındaki kontrol ve hasta gruplarında ise üçüncü sırada yer aldığı görülmektedir. Bu durumun, çalışmamız katılımcılarının tamamının normal popülasyon olması, Şar ve arkadaşlarının (2012) çalışmasında katılımcıların yaklaşık 3'te 1'ini disosiyatif bozukluğu olan hastaların, Yalçın ve arkadaşlarının (2015) çalışmasında ise katılımcıların yaklaşık yarısını Nörotik Ekskoryasyon (NE) hastalarının oluşturmasından kaynaklanabileceği düşünülmektedir. Diğer yandan çalışmamız dahil olmak üzere literatürdeki bu 2 çalışmanın tamamı bir arada değerlendirildiğinde; en çok bildirilen çocukluk örselenme yaşantılarının duygusal istismar ya da duygusal ihmal; en az bildirilenlerin ise fiziksel istismar ya da fiziksel ihmal olduğu görülmektedir.

Algılanan sosyal desteğe ilişkin katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nden (ÇBASDÖ) aldığı toplam puan ortalaması $55,50 \pm 20,33$ olup, katılımcıların algıladığı sosyal destek düzeyi ortalamanın üzerindedir (yüzdeler bazda yaklaşık 60 puana denk gelmektedir). Alt ölçeklerde alınan puan ortalamaları (arkadaşlardan alınan sosyal destek: $19,26 \pm 7,26$, aileden alınan sosyal destek: $18,30 \pm 7,83$ ve diğer önemli kişilerden alınan sosyal destek: $17,94 \pm 8,01$) birbirine yakın olup ortalamanın üzerinde bir değerdedir. Katılımcılar, sosyal desteği en çok arkadaşlarından, en az ise diğer önemli kişilerden aldıklarını bildirmişlerdir (Tablo 3). Araştırmamızda bulunan toplam ÇBASDÖ puan ortalaması ($55,50 \pm 20,33$) Çakır ve Palabıyıkoglu'nun (1997) ve Yılmaz ve arkadaşlarının (2008) çalışmalarındaki değerlerden (sırasıyla $63,92 \pm 11,54$ ve $66,4 \pm 13,9$) daha düşüktür. Çalışmamızdaki

katılımcıların yaş ortalamasının $29,31 \pm 9,15$ olduğunu, Çakır ve Palabıyıköğlü'nun (1997) çalışmasındaki yaş ortalamasının yaklaşık 16, Yılmaz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasındaki yaş ortalamasının yaklaşık 21 olduğu düşünüldüğünde, ergenlerde ve gençlerde sosyal destek algısının orta yaştakilere (yaklaşık 30 yaş) göre daha yüksek olduğu; ayrıca yaş ilerledikçe bireyin kendini daha yalnız hissederek algıladığı sosyal desteği de daha düşük olarak değerlendirdiği sonucunu çıkarabiliriz. Çakır ve Palabıyıköğlü'nun (1997) çalışmasında; algılanan en yüksek sosyal destek aileden ($21,61 \pm 4,84$) olurken; diğer önemli kişiden alınan sosyal destek $21,37 \pm 4,88$ ve arkadaştan alınan sosyal destek $20,68 \pm 5,06$ olarak bulunmuştur. Yılmaz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise en çok algılanan sosyal destek aileden ($24,64 \pm 5,51$) olurken, en az algılanan sosyal destek diğer önemli kişiden/özel insandan ($23,32 \pm 7,46$) olmuş, öğrencilerin arkadaştan algıladıkları sosyal destek puan ortalaması ise $24,21 \pm 6,11$ olarak bildirilmiştir. Literatürdeki her 2 çalışmada elde edilen bu değerler, çalışmamızda elde edilen değerlerden (aileden: $18,30 \pm 7,83$; diğer önemli kişiden: $17,94 \pm 8,01$; arkadaştan: $19,26 \pm 7,26$) daha yüksektir. Diğer yandan çalışmamızda algılanan sosyal destek en yüksekten en düşüğe arkadaş-aile-diğer önemli kişi şeklinde sıralanırken, Çakır ve Palabıyıköğlü'nun (1997) çalışmasında aile-diğer önemli kişi-arkadaş, Yılmaz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında ise aile-arkadaş-diğer önemli kişi şeklinde bulunmuştur. Buna göre; ergenlikte (ortalama 16 yaş popülasyonunda) ve gençlikte (ortalama 21 yaş popülasyonu) aile en önemli sosyal destek kaynağı olurken, orta yaşlarda (ortalama 30 yaş popülasyonu) bireyler arkadaşlarından daha fazla sosyal destek algılamaktadırlar. Ayrıca ergenlikte arkadaştan algılanan sosyal destek en son sırada yer alırken, gençlikte ikinci sıraya, orta yaşta ise ilk sıraya yerleşmektedir. Bu iki çalışmayı, çalışmamızla birlikte değerlendirdiğimizde; yaş ilerledikçe bireyde arkadaştan alınan sosyal destek algısının

arttığını söylemek mümkündür. Ancak çalışmamızda algılanan sosyal desteğin (ölçek ve tüm alt ölçeklerde) yaşa göre anlamlı farklılık göstermediğinin ($p>0,05$) tespit edildiği de göz önünde bulundurulmalıdır. Tam ve arkadaşlarının (2011) 16-20 yaş katılımcılarla yaptığı çalışmada arkadaştan alınan sosyal desteğin bireyde özgüven gelişmesinde aileden ve diğer önemli kişiden alınan sosyal desteğe göre daha fazla etkide bulunduğu görülmüştür. Çalışmamızdaki katılımcıların sosyal desteği en çok arkadaştan algılamaları, özgüven artırmaya yönelik bir yaklaşım olarak da değerlendirilebilir.

Madde kullanımı ile çocukluk örselenme yaşantıları arasındaki ilişkiye yönelik olarak BAPİ-Kısa ölçeği ile ÇÇRTÖ ($r=0,73$; $p<0,01$) ve tüm alt ölçekleri (duygusal istismar: $r=0,64$; $p<0,01$; fiziksel istismar: $r=0,53$; $p<0,01$; fiziksel ihmal: $r=0,68$; $p<0,01$; duygusal ihmal: $r=0,68$; $p<0,01$ ve cinsel istismar: $r=0,46$; $p<0,01$) arasında ve ayrıca Toplam ÇÇRTÖ puanı ile BAPİ-Kısa tüm alt ölçekleri (madde kullanım sıklığı: $r=0,60$; $p<0,01$; tanı: $r=0,68$; $p<0,01$; yaşam üstüne etkileri: $r=0,71$; $p<0,01$; şiddetli istek: $r=0,63$; $p<0,01$ ve motivasyon: $r=0,40$; $p<0,01$) arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4). Literatürde madde kullanımı ile çocukluk örselenme yaşantıları arasındaki çeşitli ilişkileri bildiren çalışmalara baktığımızda; çocukluk örselenme yaşantılarının madde kullanımı ve bağımlılığı için risk oluşturduğu (Black & Myer, 1980; Briere & Runtz, 1987; McCann et al., 1988; Brown & Anderson, 1991; Roesler & Dafler, 1993; Bartholow et al., 1994; Dunn et al., 1994; Kelleher et al., 1994; Deykin & Buka, 1997; Dore, 1998; Lange et al., 1999; Kendall-Tackett et al., 2000, Akt. Kendall-Tackett, 2002; Molnar et al., 2001; Felitti et al., 2001; Westermeyer et al., 2001; Evren & Ögel, 2003; Steel et al., 2004; Kural vd., 2005; Lubman et al., 2007; Norman et al., 2007; Cleveland et al., 2008; Evren vd., 2009; Kmett Danielson et al., 2009; Shin et al., 2009; Bal, 2010; Toker vd., 2011; Spann et al., 2014); aile

bireylerinden birinin madde/alkol kullanımının çocukluk örselenme yaşantılarına yol açabildiği (Murphy et al., 1991; Walsh et al., 2003); madde kullanımının çocukluk örselenme yaşantıları üzerinde etkili olduğu (Simpson & Miller, 2002); bireyde çocukluk örselenme yaşantıları ve madde kullanımı oluşmasında akranların etkili olabileceği (Heilbron & Prinstein, 2008), geçmişte maruz kalınan travmaları hatırlatıcı etkenlerin (Baker et al., 1987, Akt. Stewart et al., 1998; Stewart, 1996; Meisler & Cooney, 1997) ve kişilerarası şiddetin (Kilpatrick et al., 2000, Akt. Kilpatrick et al., 2003) madde/alkol kullanımını tetikleyebileceği; alkol ve madde bağımlılarında daha iyisini hak etmedikleri ve sevilmedikleri yönündeki algı nedeniyle, yalnız olmak ya da hissetmek yerine kendilerine örselenme davranışları sergileyen birey ya da bireylerle birlikte yaşamaya devam etmek yönünde yanlış tutumlara yol açabildiği (Finkelstein, 1996); çocukluk çağı örselenme yaşantılarından cinsel istismarın, alkol/madde kullanımı üzerinde diğer örselenme yaşantılarına kıyasla daha etkili olduğu (Örsel vd., 2011; Akt. İdil Çamuroğlu, 2014) görülmektedir. Dolayısıyla çalışmamızda madde kullanımı ile çocukluk örselenme yaşantıları arasında pozitif yönde ilişki olduğuna yönelik elde edilen bulgu, literatürdeki bu çalışmalarla desteklenmektedir.

Madde kullanımı ile algılanan sosyal destek ölçeği arasındaki ilişkiye yönelik olarak ÇBASDÖ ile BAPİ-Kısa ölçeği ($r=-0,60$; $p<0,01$) ve tüm alt ölçekleri (madde kullanım sıklığı: $r=-0,56$; $p<0,01$; tanı: $r=-0,60$; $p<0,01$; yaşam üstüne etkileri: $r=-0,57$; $p<0,01$; şiddetli istek: $r=-0,55$; $p<0,01$; motivasyon: $r=-0,40$; $p<0,01$) arasında; ve ayrıca BAPİ-Kısa ölçeği ile ÇBASDÖ'nün tüm alt ölçekleri (diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek: $r=-0,42$; $p<0,01$; aileden algılanan sosyal destek: $r=-0,64$; $p<0,01$ ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek: $r=-0,53$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4). Literatürde madde kullanımı ile algılanan sosyal destek arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmalara baktığımızda;

alınan ve/veya algılanan sosyal desteğin ve sosyal kaynakların zayıf olmasının, madde kullanımı ve bağımlılığı için risk oluşturduğu (Richter et al., 1991; Finkelstein, 1996; Kraaij et al., 2003; Cleveland et al., 2008; Turhan vd., 2011); sosyal çevrenin desteğinin, algılanan sosyal desteğin, sosyal kaynaklar ve ilişkilerin kalitesinin yüksek olmasının alkol/madde kullanımı ve bağımlılığının tedavisi üzerinde olumlu etkide bulunduğu (Richter et al., 1991; Moos & King, 1997; Resnick et al., 1997; Dodge & Potocky, 2000; Salmon et al., 2000; Ellis et al., 2004; Bal, 2010; Saleem et al., 2013; Kaplanhan, 2015) görülmektedir. Dolayısıyla çalışmamızda madde kullanımı ile algılanan sosyal destek arasında negatif yönde ilişki olduğuna yönelik elde edilen bulgu, literatürdeki bu çalışmalarla desteklenmektedir. Diğer yandan, algılanan sosyal destek ile madde kullanımı (Piko, 2000) ve madde bağımlılığı tedavi sonuçları arasında (Cosden & Cortez-Ison, 1999; McMahon et al., 1999) ve madde bağımlılık şiddeti ile toplam sosyal destek arasında (Dodge & Potocky, 2000) anlamlı düzeyde bir ilişki olmadığını tespit eden az sayıdaki çalışma ise elde ettiğimiz bulgulardan farklıdır.

Çocukluk örselenme yaşantıları ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiye yönelik olarak ÇÇRTÖ ile ÇBASDÖ ($r=-0,57$; $p<0,01$) ve tüm alt ölçekleri (diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek: $r=-0,37$; $p<0,01$; aileden algılanan sosyal destek: $r=-0,60$; $p<0,01$ ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek: $r=-0,53$; $p<0,01$) arasında; ve ayrıca ÇBASDÖ ile ÇÇRTÖ'nün tüm alt ölçekleri (duygusal istismar: $r=-0,48$; $p<0,01$; fiziksel istismar: $r=-0,50$; $p<0,01$; fiziksel ihmal: $r=-0,65$; $p<0,01$; duygusal ihmal: $r=-0,65$; $p<0,01$ ve cinsel istismar: $r=-0,26$; $p<0,01$) arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmaktadır (Tablo 4). Literatürde çocukluk örselenme yaşantıları ile algılanan sosyal destek arasındaki ilişkinin temel olarak “sağlık” ve “iyi olma” durumları üzerinden kurulduğu; bu çalışmalara baktığımızda istismar (cinsel-fiziksel-duygusal) ve ihmal (duygusal/fiziksel) gibi çocukluk örselenme

yaşantılarının birey üzerinde kaygı ve stres yaratarak sosyal ilişkileri, akıl ve ruh sağlığını olumsuz etkilediği ve bu yolla birey tarafından alınan ve/veya algılanan sosyal desteğin düşük olmasına yol açtığı (Bal, 2010; Turhan vd., 2011); ya da algılanan sosyal desteğin düşük olmasının akıl ve ruh sağlığını olumsuz etkileyerek örselenme yaşantılarına (travmalara) neden olabildiği (Pearlin et al., 1981; Cronkite & Moos, 1984; Cohen & Wills, 1985; Cutrona & Troutman, 1986; Wethington & Kessler, 1986; Ryff, 1989; Russell & Cutrona, 1991; Windle, 1992; Lincoln et al., 2005; Moradi & Funderburk, 2006); sosyal desteğin, bireyin çocukluk örselenme yaşantıları gibi stres oluşturabilecek olayların etkisinden zarar görmemesine yardımcı olarak ruhsal, zihinsel ve fiziksel bozukluklar ve mortalite riskini azaltabileceği (Cohen & Wills, 1985; Kessler & McLeod, 1985; Wethington & Kessler, 1986; House et al., 1988; Brown & Anderson, 1991; Osler, 1995; Seeman, 1996; Christenfeld et al., 1997; Cohen et al., 1997; Kawachi & Berkman, 2001; Lincoln et al., 2005) görülmektedir. Çocukluk örselenme yaşantıları ile sosyal ağ genişliği arasında anlamlı bir ilişki olmadığına yönelik literatürde rastlanan tek çalışma ise Westermeyer ve arkadaşlarının (2001) çalışmasıdır. Dolayısıyla çalışmamızda çocukluk örselenme yaşantıları ile algılanan sosyal destek arasında negatif yönde ilişki olduğuna yönelik elde edilen bulgu, incelenen literatürdeki çalışmaların tamamına yakınıyla desteklenmektedir.

Madde kullanımının temel değişkenlere (demografik, ekonomik, aile ve sağlık durumlarını gösteren) göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterip göstermediğine baktığımızda; ameliyat veya kronik hastalık öyküsü değişkeni ile madde kullanım sıklığı ($Z=-1,89$; $p>0,05$) ve motivasyon ($t=1,85$; $p>0,05$) alt ölçekleri arasında anlamlı bir ilişki olmaması haricinde; BAPİ-Kısa ve alt ölçekleri ile tüm temel değişkenler (yaş, cinsiyet, meslek, eğitimi düzeyi, aylık gelir, kiminle yaşıyor olduğu gibi sosyo-ekonomik durum ve aile bilgileri, sosyal aktivite durumu ile psikiyatri öyküsü)

arasında istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde ilişkiler tespit edilmiştir. Buna göre; madde kullanım şiddeti, bağımlılık tanı ölçütleri, bağımlılığın bireyin yaşamı üstüne etkileri ve madde kullanımına yönelik şiddetli istek ileri yaşlarda, kadınlarda, ücretli çalışanlarda, üniversite ve lisansüstü mezunlarında, 2000 TL'den fazla maaş alanlarda, ailesiyle yaşayanlarda, sosyal aktivitelere katılanlarda, ameliyat veya kronik hastalık öyküsü bulunmayanlarda ve psikiyatrik öyküsü bulunmayanlarda daha düşüktür. Ayrıca madde kullanım sıklığı ve madde kullanımını bırakmaya yönelik motivasyon da ileri yaşlarda, kadınlarda, ücretli çalışanlarda, üniversite ve lisansüstü mezunlarında, 2000 TL'den fazla maaş alanlarda, ailesiyle yaşayanlarda, sosyal aktivitelere katılanlarda ve psikiyatrik öyküsü bulunmayanlarda daha düşüktür (Tablo 5-13). Çalışmamızda madde kullanım şiddeti (ölçek toplam puan ortalaması) ile yaş, çalışma durumu, eğitim düzeyi, aylık gelir değişkenleri arasında anlamlı düzeyde ilişki tespit edildiğine yönelik bulgu; bu değişkenler ile madde kullanım şiddeti arasında bir ilişki bulunmadığı tespit edilen Dodge ve Potocky'nin (2000) çalışmasından farklılık göstermektedir. Bu durum, Dodge ve Potocky'nin (2000) çalışmasındaki katılımcıların tamamının madde bağımlılığı tedavisi görmekte olan kadın hastalardan oluşmasından farklı olarak araştırmamızdaki katılımcıların normal popülasyondan olmasından kaynaklanabilir. Çalışmamızda madde kullanımına ilişkin erkek katılımcıların puanlarının anlamlı düzeyde daha yüksek olması; literatürde madde bağımlılarının çoğunluğunun erkeklerden oluştuğunun tespit edildiği Ögel ve arkadaşlarının (2012), Yürüten'in (2013) ve Kaplanhan'ın (2015) çalışmalarıyla; cinsiyetin madde kullanımının belirleyicilerinden olduğunun tespit edildiği Piko'nun (2000) çalışmasıyla; erkek öğrencilerin kız öğrencilere göre daha fazla kural dışı davranış (madde kullanımı gibi) sergilediğinin tespit edildiği Bal'ın (2010) çalışmasıyla desteklenmektedir. Çalışmamızda madde kullanımının yaşa göre farklılık gösterdiği

yönünde elde edilen bulgu Piko'nun (2000) çalışmasıyla uyumludur. Bireyin arkadaş ve ailesinin sosyal desteğinden mahrum kalarak yalnız yaşıyor olması, sağlığa ilişkin davranışları üzerinde etkili olabilir (Osler, 1995). Madde kullanımı sağlığa zararlı etkisi olan bir davranıştır. Dolayısıyla çalışmamızda yalnız yaşayan katılımcıların madde kullanımlarının daha yüksek olduğuna yönelik elde edilen bulgu, Osler'in (1995) çalışmasıyla desteklenmektedir. Sosyal aktivitelere katılımın, moral düşüklüğünü ve stresi önleyici etkide bulunduğu bildirilmiştir (Cobb, 1976). Çalışmamızda sosyal aktivitelere katılmayanların madde kullanımlarının daha yüksek olması, günlük yaşamda gerginlik, stres veren, moral bozan olaylara karşı daha iyi hissetmek için madde kullanımına başvurma (Frydenberg & Lewis, 1993) ve kullanıma devam etme davranışı olabileceğini düşündürmektedir. Dolayısıyla madde kullananların sosyal aktivitelere katılıma teşvik edilmesinin madde kullanımlarını azaltabileceği öngörülebilir. Diğer yandan düşük sosyal becerilerin, bireyi diğer bireylerden ve sosyal aktivitelere katılımdan izole edebildiği (Nikmanesh et al., 2012) bildirilmiştir. Bu doğrultuda, çalışmamızdaki katılımcılardan madde kullanım düzeyleri daha yüksek olanların sosyal aktivitelere katılımlarının daha düşük olması, madde kullanımının sosyal becerilerde düşüklük yarattığının da bir göstergesi olarak kabul edilebilir. Morfin, eroin, kodein, metadon, meperidin gibi opiyatlar (Karacalar vd., 2014), hızlı etki gösterdiği ve güçlü bağımlılığa yol açabildiği için, tek bir kez alınması bile bazı bireylerde kronik bağımlılık riski yaratabilir (Selçuk, 2016). Bu nedenle özellikle ameliyat öyküsü bulunan hastalarda, ameliyat sonrası ağrı kesici olarak verilen morfin vb. opiyatların ileride bireyde madde kullanımına/bağımlılığına yol açma ihtimali bulunmaktadır. Bu bilgiler, çalışmamızda kronik hastalık veya ameliyat öyküsü bulunan katılımcılarda madde kullanımının anlamlı düzeyde ($p < 0,001$) daha yüksek olması yönünde elde edilen bulguyu destekler niteliktedir. Literatürde; madde kullanımı

ile gerginlik, psikososyal sıkıntı (Frydenberg & Lewis, 1993), çocuk yaşta yaşanan psikolojik bozukluklar ve travmalar (Black & Myer, 1980; Briere & Runtz, 1987; McCann et al., 1988; Brown & Anderson, 1991; Roesler & Dafler, 1993; Bartholow et al., 1994; Dunn et al., 1994; Kelleher et al., 1994; Deykin & Buka, 1997; Dore, 1998; Lange et al., 1999; Kendall-Tackett et al., 2000, Akt. Kendall-Tackett, 2002; Molnar et al., 2001; Felitti et al., 2001; Westermeyer et al., 2001; Evren & Ögel, 2003; Steel et al., 2004; Kural vd., 2005; Lubman et al., 2007; Norman et al., 2007; Cleveland et al., 2008; Evren vd., 2009; Kmett Danielson et al., 2009; Shin et al., 2009; Bal, 2010; Toker vd., 2011), genel psikopatoloji (Evren vd., 2009), psikiyatrik ya da psikolojik öyküsü bulunma (Ögel vd., 2012), TSSB (Baker et al., 1987, Akt. Stewart et al., 1998; Stewart, 1996; Meisler & Cooney, 1997; Stewart et al., 1998; Kural vd., 2004; Norman et al., 2007; Williams & Latkin, 2007; Even vd. 2009; Kmett Danielson et al., 2009; Shand et al., 2011) ve psikolojik iyilik hali (Dodge & Potocky, 2000; Salmon et al., 2000) arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalarda elde edilen bulgular da; çalışmamızda psikiyatrik öyküsü bulunan katılımcılarda madde kullanımının anlamlı düzeyde ($p<0,001$) daha yüksek olması yönünde elde edilen bulguyu desteklemektedir.

Çocukluk örselenme yaşantılarının seçilmiş temel değişkenlere (demografik, ekonomik, aile ve sağlık durumlarını gösteren) göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterip göstermediğine baktığımızda; yaş ile fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal; cinsiyet ile duygusal istismar ve cinsel istismar; sosyal aktivitelere katılım durumu ile cinsel istismar ilişkilerinin anlamlı düzeyde olmaması haricinde ($p>0,05$), ÇÇRTÖ ve 5 alt ölçeği ile 6 temel değişken arasında incelenen toplam 36 ilişkidir 30'unda $p<0,05$; $p<0,01$ ve $p<0,001$ düzeylerinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Buna göre; üniversite ve lisansüstü mezunlarında, ailesiyle birlikte yaşayanlarda ve psikiyatrik öyküsü bulunmayanlarda duygusal istismar, fiziksel

istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve toplam istismar gibi tüm çocukluk örselenme yaşantıları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür ($p<0,05$). Ayrıca; ileri yaşlarda çocukluk çağına ilişkin duygusal istismar ($r=-0,13$; $p<0,01$), cinsel istismar ($r=-0,30$; $p<0,05$) ve toplam istismar ($r=-0,12$; $p<0,01$) algısı; kadınlarda fiziksel istismar ($Z=-3,65$; $p<0,001$), fiziksel ihmal ($t=4,06$; $p<0,001$), duygusal ihmal ($t=4,06$; $p<0,001$) ve toplam istismar ($t=3,62$; $p<0,001$) algısı; sosyal aktivitelere katılanlarda duygusal istismar ($t=-5,06$; $p<0,001$), fiziksel istismar ($Z=-5,84$; $p<0,001$), fiziksel ihmal ($t=-8,63$; $p<0,001$), duygusal ihmal ($t=-8,63$; $p<0,001$) ve toplam istismar ($t=-9,84$; $p<0,001$) algısı daha düşüktür (Tablo 14-19).

Spann ve arkadaşlarının (2014) çalışmasında çocukluk travmaları ile yaş arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Davidson ve arkadaşlarının (1996) 2.918 yetişkinle yaptığı çalışmada, 16 yaşından önce maruz kalınan istismar olaylarının intihar girişimiyle sonuçlanma oranı, 16 yaş ve sonrasında maruz kalınan istismar olaylarına göre 3-4 kat daha yüksek bulunmuştur. Kaplan ve arkadaşlarının (1995) psikiyatriden taburcu olan çocuk yaşta istismara maruz kalmış olan 251 bireyle yaptığı çalışmasında, 0-12 yaş arası istismara maruz kalanların ilerleyen zamanlarda intihara girişme oranının daha yüksek bulunduğu bildirilmiştir. Bu çalışmalar daha erken yaşlarda maruz kalınan travmaların etkisinin daha yüksek olduğunu göstermektedir. Buna göre travmanın etkisinin ya da çocukluk örselenme yaşantılarına ilişkin algının ilerleyen yaşlarda azalması da muhtemel görünmektedir. Bu durum, çalışmamızda; ileri yaşlarda çocukluk örselenme yaşantılarına ilişkin duygusal istismar, cinsel istismar ve toplam istismar algısının azaldığına ya da ileri yaşlarda çocukluk örselenme yaşantısı bildirimiminin daha az olduğuna yönelik bulguyu destekler niteliktedir. Ancak araştırmamız katılımcıları arasında ileri yaşta olanlarda, çocukluk örselenme yaşantılarının etkisi azalmış ya da bu bireylerin çocukluk travmalarına ilişkin algısı zayıflamış olabilir. Bu doğrultuda, yaş ile

çocukluk örselenme yaşantıları arasında daha doğru bir ilişki kurulabilmesi için çocukluk travmalarını ölçmeye yönelik ölçeklerin aynı bireylerin farklı yaşlarında uygulanması ve ilerleyen yaşlarda çocukluk travmalarına yönelik bildirim ya da algıların değişip değişmediğine bakılmalıdır. Elbette ki bu da uzun yıllar gerektirecek boylamsal bir araştırma yapılmasını zorunlu kılmaktadır. Araştırmamızda kadınların erkeklere göre anlamlı düzeyde daha az çocukluk örselenme yaşantısı olması Williams ve Latkin (2007) ve Shand ve arkadaşlarının (2011) çalışmalarında tam ters yönde olduğu bildirilen ilişkiden farklılık göstermektedir. Ayrıca çalışmamızda cinsiyet ile çocukluk örselenme yaşantıları arasında anlamlı düzeyde bir ilişki olduğuna yönelik bulgu, bu yönüyle bu ikisi arasında anlamlı düzeyde bir ilişki bulunmadığını bildiren Bora'nın (2015), Yılmaz Irmak'ın (2008) ve Bernard von Leer Vakfı'nın (2014) çalışmalarından da farklılık göstermektedir. Stein ve arkadaşlarının (2005) çalışmasında; eğitim durumu ile çocukluk travmalarının TSSB üzerinde anlamlı düzeyde etkisi olmadığı tespit edilmiştir. McKelvey ve Webb'in (1996) çalışmasında Vietnamlı Amerikalı çocukların Vietnamlı olmayan Amerikalı çocuklara göre çocukluk örselenme yaşantılarının ve algılarının daha yüksek olduğu, buna karşılık eğitim düzeylerinin daha düşük olduğu tespit edilmiştir. Zimmermann ve Wolf (2014), geçmişte yaşanan travmaların düşük eğitim düzeyine eşlik edebileceğini, fiziksel ve psikolojik sağlık üzerinde olumsuz etkisi olabileceğini; diğer yandan düşük eğitim düzeyinin örselenme davranışlarına yol açabileceğini bildirmiştir. Çalışmamızda eğitim durumu ile tüm çocukluk örselenme yaşantıları arasında bir ilişki olduğu yönünde elde edilen bulgu, Zimmermann ve Wolf'un (2014), McKelvey ve Webb'in (1996) çalışmalarıyla desteklenmekte ancak Stein ve arkadaşlarının (2005) çalışmasından farklıdır. Çocukluk örselenme yaşantıları, bireyin kendisine, ailesine ve çevresine duyduğu güveni azaltarak toplumla olan ilişkilerinde zedelenmelere yol açabilmekte

(Bal, 2010, s.7); birey üzerinde yarattığı stres ile ruh sağlığını olumsuz etkileyebilmekte (Pearlin et al., 1981; Cohen & Wills, 1985; Wethington & Kessler, 1986); bireyin his ve algılarına zarar vererek psikolojik dengesini ve mental sağlığını bozucu etkide bulunabilmekte (Pearlin et al., 1981); kaygıya (Turhan vd., 2011) ve psikolojik sorunlara (Brown & Anderson, 1991; Lincoln et al., 2005) yol açabilmekte ve genel sağlığı olumsuz etkileyebilmektedir. Çocukluk örselenme yaşantılarının birey üzerindeki tüm bu olumsuz etkileri bireyin psikolojisi ve sosyal ilişkileri üzerinde olumsuz etki yaratarak, bireyi yalnızlığa, yalnız yaşamaya ve psikolojik destek almaya itebilir. Bu, çalışmamızda yalnız yaşayanlarda ve psikiyatrik öyküsü bulunanlarda tüm çocukluk örselenme yaşantılarının yüksek olduğu yönünde elde edilen bulguyu desteklemektedir.

Sosyal destek algısının temel değişkenlere (demografik, ekonomik, aile ve sağlık durumlarını gösteren) göre istatistiksel açıdan anlamlı farklılık gösterip göstermediğine baktığımızda; yaş ile ÇBASDÖ ve alt ölçekleri (aileden, arkadaştan ve diğer önemli kişiden alınan sosyal destek) arasındaki ilişkilerinin anlamlı düzeyde olmaması haricinde ($p>0,05$), ÇBASDÖ ve 3 alt ölçeği ile diğer 8 temel değişken (cinsiyet, meslek, eğitimi düzeyi, aylık gelir, kiminle yaşıyor olduğu, sosyal aktivite durumu, ameliyat veya kronik hastalık öyküsü ile psikiyatrik öyküsü olup olmadığı) arasında $p<0,001$ düzeyinde istatistiksel olarak anlamlı ilişkiler tespit edilmiştir. Buna göre; aileden, arkadaştan, diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek ve algılanan toplam sosyal destek; erkeklerde, herhangi bir işte çalışmayanlarda, eğitim seviyesi lise mezunu ve daha düşük olanlarda, 2000 TL'den az maaş alanlarda, arkadaşlarıyla ve yalnız yaşayanlarda, sosyal aktivitelere katılmayanlarda, ameliyat veya kronik hastalık öyküsü olanlarda ve psikiyatrik öyküsü olanlarda daha düşüktür ($p<0,001$) (Tablo 20-28). Yılmaz ve arkadaşlarının (2008), Kozaklı'nın (2006) ve Sertbaş ve

arkadaşlarının (2004, Akt. Yılmaz vd., 2008) çalışmalarında yaş ile algılanan sosyal destek arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki olduğu tespit edilmiştir. Çakır ve Palabıyıkoglu'nun (1997) çalışmasında da yaş ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı ilişki saptanmıştır. Çalışmamızda yaş ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı düzeyde ilişki bulunmadığı yönünde elde edilen bulgu; Çakır ve Palabıyıkoglu'nun (1997), Yılmaz ve arkadaşlarının (2008), Kozaklı'nın (2006), Sertbaş ve arkadaşlarının (2004) çalışmalarından farklılık göstermektedir. Finkelstein'a göre (1996), kadınlar sosyal ilişkileri ve bu ilişkilerin rollerini erkeklerden daha farklı algılamaktadır. Gregoire ve Snively'ye (2001), Knight ve arkadaşlarına göre (2001) ise kadınlar için sosyal ilişkiler erkeklerden daha önemli olabilir. Buna göre kadınlarda algılanan sosyal desteğin erkeklerdekinden daha yüksek olması beklenebilir. Colarossi'nin (2001) çalışmasında, kadın ergenlerin erkeklere göre daha fazla akran ve yetişkin sosyal desteği algıladıkları saptanmıştır. Ancak Çakır ve Palabıyıkoglu'nun (1997), Tam ve arkadaşlarının (2011) çalışmalarında ise cinsiyetin sosyal destek üzerinde etkili olmadığı; Gümüş'ün çalışmasında (2015) ise erkeklerde algılanan sosyal desteğin kadınlarınkinden daha yüksek olduğu saptanmıştır. Çalışmamızda cinsiyet ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu yönünde elde edilen bulgu, literatürde incelenen bazı çalışmalar tarafından (Finkelstein, 1996; Colarossi, 2001; Gregoire & Snively, 2001; Knight et al., 2001) desteklenirken; bazılarında (Çakır & Palabıyıkoglu, 1997; Tam et al., 2011) farklılık göstermekte; çalışmamızda elde edilen bulgunun kadınlarda algılanan sosyal desteğin daha yüksek olduğu yönünde olması ise Gümüş'ün (2015) çalışmasında elde edilen ilişkinin tam tersi yönündedir. İşsizliğin diğer olumsuz faktörlerle (alkol/madde kullanımı/bağımlılığı, ciddi bir hastalık, tek başına/yalnız yaşıyor olmak, sosyal desteğin azlığı vb.) birleştiğinde bireyin psikolojisi üzerinde olumsuz etki yarattığı, hatta bireyi kendine zarar verme

intihar girişimine sürükleyebildiği (Kaplanhan, 2015), sosyal desteğin eksikliğinin bu tür girişimlere yönelik riski artırdığı (Fuller-Thompson et al., 2013), yeterli sosyal desteğin bu girişimlere karşı koruyucu bir faktör olduğu (Kumar & George, 2013; Mathew & Nanoo, 2013); işsizliğin, birey üzerinde stres yarattığı (Linn & McGranahan, 1980; Pearlin et al., 1981; Cohen & Wills, 1985), sosyal ağların işsizlik gibi durumlarla karşılaşma ihtimalini etkilediği (Kawachi & Berkman, 2001); işsizlik gibi stresörlerin bireyin his ve algılarına zarar vererek psikolojik dengesini ve mental sağlığını bozucu etkide bulunabildiği (Pearlin et al., 1981) bildirilmiştir. Bu bilgiler, çalışmamızda meslek ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu; işsizlerde algılanan sosyal desteğin anlamlı düzeyde düşük olduğu yönünde elde edilen bulguyu doğrudan ve dolaylı yünden destekler niteliktedir. Eker ve arkadaşlarının (2001) çalışmasında eğitim durumu ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Yüzer ve arkadaşlarının (2006) çalışmasında ise eğitim düzeyi artan kadınların daha fazla sosyal destek aldığı tespit edilmiştir. Çalışmamızda eğitim düzeyi ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu; eğitim düzeyi arttıkça algılanan sosyal desteğin yükseldiği, üniversite ve lisans mezunlarında algılanan sosyal desteğin ilköğretim ve lise mezunlarından anlamlı düzeyde yüksek olduğu yönünde elde edilen bulgu, Yüzer ve arkadaşlarının (2006) çalışmasındaki bulgularla desteklenmekte ancak Eker ve arkadaşlarının (2001) çalışmasından farklılık göstermektedir. Çalışmamızda üniversite ve yüksek lisans mezunlarında algılanan sosyal desteğin daha fazla olması, yüksek eğitime sahip bireylerin daha geniş bir sosyal ağa sahip olması, daha girişken olmaları (Feinstein et al., 2006) ile açıklanabilir. Güven ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında; gelir düzeyi yüksek olan bireylerin düşük ve orta düzeyde gelire sahip bireylerden daha fazla sosyal destek aldıkları tespit edilmiştir. Benzer şekilde Metin'in (2014) çalışmasında da gelir düzeyi iyi olanlarda algılanan

sosyal desteğin yüksek olduğu saptanmıştır. Ancak Yılmaz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasında gelir düzeyi ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır. Çalışmamızda aylık gelir ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu; gelir düzeyi yüksek (2000 TL üzeri) olan bireylerde algılanan sosyal desteğin anlamlı düzeyde yüksek olduğu yönünde elde edilen bulgu Metin'in (2014), Güven ve arkadaşlarının (2011) çalışmalarındaki bulguya paralelken, Yılmaz ve arkadaşlarının (2008) çalışmasından farklılık göstermektedir. Yalnız yaşamak bir bağımsızlık ve kendine yet(ebil)me göstergesi olarak kabul edilebileceği gibi aynı zamanda bireyin sosyal çevresinin darlığını ve/veya sosyal ilişkilerde zayıflığı da işaret ediyor olabilir. Yalnız yaşamak, bireyin sağlığa ilişkin davranışları (Osler, 1995) ve psikolojisi (Kaplanhan, 2015) üzerinde olumsuz etkide bulunarak, depresyona neden olabilmektedir (Yüzer vd., 2006). Depresyon (Korkmaz & Tel, 2009) ve sürekli anksiyete (Çakır & Palabıyıkoglu, 1997) ise, düşük algılanan sosyal destek ile ilişkili bulunmuştur. Bu bilgiler, çalışmamızda yalnız yaşayanlarda algılanan sosyal desteğin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu yönünde elde edilen bulguyu destekler niteliktedir. Sosyal aktivitelere katılım, kişilik gelişimine ve sosyalleşmeye yardımcı olur (Dumont & Provost, 1999). Sosyal aktiviteler gibi etkinliklere katılmama, bireyin toplumla olan bağı zedelediği gibi (Bal, 2010), bu aktivitelere katılmama ya da katılımın az olması bireyin sosyal ağlarının azalmasına, dolayısıyla algılanan sosyal desteğin düşük olmasına (Yılmaz vd., 2008), sosyal becerilerin azalmasına yol açabilir. Diğer yandan, düşük sosyal becerilerin ise bireyi diğer bireylerden ve sosyal aktivitelere katılmadan izole edebildiği (Nikmanesh et al., 2012) bildirilmiştir. Dolayısıyla sosyal aktivitelere katılım ile algılanan sosyal destek arasında iki yönlü (karşılıklı) bir ilişki bulunmaktadır. Von Dras ve Siegler (1997) sosyal aktivitelere katılım ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı düzeyde pozitif yönde bir ilişki olduğunu tespit etmiştir. Bu ilişki,

çalışmamızda sosyal aktivite durumu ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu; sosyal aktivitelere katılmayanlarda algılanan sosyal desteğin anlamlı düzeyde daha düşük olduğu yönünde elde edilen bulguyu destekler niteliktedir. Kronik hastalıklar, psikososyal süreçlerle birlikte gelişebilmektedir. Alınan ve algılanan sosyal destek ile kronik hastalık gelişimi arasında ilişki bulunmaktadır. Algılanan sosyal desteğin güçlü olması, bireylerin sağlıklı bir şekilde yaşlanmasına yardımcı olacağı gibi kronik hastalık yaşama riskini azaltabilmekte; kronik hastalıkların yol açtığı stresle yakın ilişkilerde bile algılanan sosyal desteği zayıflamasını da önleyebilmektedir (Uchino, 2009). Kronik hastalıkların kişinin ailesiyle olan dengelerini bozabildiği, stres, cinsel aktivite güçlüğü ve sosyal destekte azalmaya yol açtığı bildirilmiştir (Kayış, 2010). Polat ve Bayrak Kahraman'ın (2013) çalışmasında, kronik hastalığı olanların kronik hastalığı olmayanlara göre diğer önemli kişiden aldığı/algıladığı sosyal destek anlamlı düzeyde daha düşük bulunmuştur ($p<0,05$). Çalışmamızda ameliyat veya kronik hastalık öyküsü ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu; ameliyat veya kronik hastalık geçmişi olanlarda algılanan sosyal desteğin daha düşük olduğu yönünde elde edilen bulgu literatürdeki bu çalışmalarca (Uchino, 2009; Kayış, 2010; Polat & Bayrak Kahraman, 2013) desteklenmektedir. Tel ve arkadaşlarının (2010) çalışmasında yatarak tedavi görmekte olan psikiyatri hastalarında aileden, diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek ve algılanan toplam sosyal destek anlamlı düzeyde düşük çıkmıştır ($p<0,05$). Yıldırım ve arkadaşlarının (2011) çalışmasında psikiyatrik öyküsü bulunanlarla bulunmayanlarda algılanan sosyal desteğin anlamlı düzeyde farklılık göstermediği tespit edilmiştir ($p>0,05$). Çalışmamızda psikiyatrik öyküsü ile algılanan sosyal destek arasında anlamlı düzeyde ilişki olduğu; psikiyatrik öyküsü olanlarda algılanan sosyal desteğin psikiyatrik öyküsü olmayanlara göre anlamlı düzeyde daha düşük olması yönünde elde

edilen bulgu, Tel ve arkadaşlarının (2010) çalışmasıyla desteklenmekteyken Yıldırım ve arkadaşlarının (2011) çalışmasından ayrılmaktadır.



6. SONUÇ

Bağımlılık, kronik ve tekrarlayarak kötüleşen, bu nedenle uzun süre boyunca tedavisi ve izlemi gereken hastalıklardan biridir. Bu nedenle psikoaktif madde kullanımı ve madde/alkol bağımlılığı, çağımızın en önemli halk sağlığı sorunlarından biridir. Madde kullanımı/bağımlılığı ile morbidite ve mortalite, öfke kontrolü, psikiyatrik komorbidite, psikiyatrik bozukluklar, öfke, anksiyete gibi mizaç bozuklukları, psikososyal sıkıntı, olumsuz bağlanma özellikleri, stresle başa çıkmada kaçınmacı yaklaşım sergileme, depresyon düzeyi, ebeveynle bozuk ilişki, yaşam zevkini, utanç ve suçluluk duygusu, düşük benlik saygısı, yaşam üstüne etki ve şaşkınlık, kişilik özellikleri, cinsiyet, ekonomik durum ve eğitim seviyesi, öğrenim görülmekte olan okul türü, kişilerarası şiddet, aile bireylerinden bir veya daha fazlasında alkol/madde kullanımı, psikiyatrik rahatsızlıklar, yaşanan bireysel problemler ve disosiyasyon arasında ilişki olduğunu bildiren çalışmaların yanısıra; kullanılan madde türü, kullanım miktar ve süresi, bağımlılık şiddeti, bırakmaya yönelik motivasyon düzeyi gibi birçok faktörün, bağımlılığın tedavisinde kullanılacak strateji, tedaviye uyum ve tedavi sonuçlarını etkileyeceği de bildirilmiştir.

Bu çalışmada, çocukluk örselenme yaşantıları ve algılanan sosyal desteğin, madde kullanımının yordayıcısı olup olmadığı; madde kullanımı ile çocukluk örselenme yaşantıları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkiler; katılımcıların yaş, cinsiyet, meslek, eğitimi düzeyi, aylık gelir, kiminle yaşıyor olduğu gibi sosyo-ekonomik durum ve aile bilgileri, sosyal aktivite durumu ve ameliyat veya kronik hastalık öyküsü ile psikiyatri öyküsüne göre madde kullanımı, çocukluk örselenme yaşantıları ve algılanan sosyal desteğin istatistiksel açıdan anlamlı düzeyde farklılık gösterip göstermediğinin tespiti amacıyla yaşları 18 ila 70 arasında değişen 507 katılımcıdan oluşan normal popülasyona Bilgilendirilmiş Onam Formu (BOF) ile

çalışmaya ilişkin bilgi verilmesi ve onam alınması sonrasında Demografik Bilgi Formu (DBF), Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-Kısa), Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇCRTÖ) ve Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği (ÇBASDÖ) uygulanmıştır.

Araştırmaya katılan 507 katılımcının çoğunluğunu kadınlar (%52,7), ücretli çalışanlar (%44,8), üniversite mezunları (%59,8), 1000-2000TL arası aylık gelire sahip olanlar (%33,3), ailesiyle yaşamakta olanlar (%50,3), sosyal aktivitelere katılanlar (%68), ameliyat ve kronik hastalık öyküsü bulunanlar (%50,1) ve psikiyatrik öyküsü bulunanlar (%52,1) oluşturmaktadır. Çalışmamızın örneklemin oluşturan normal popülasyonun yaklaşık 3’de 2’sinin üniversite mezunu olmasına rağmen her 3 katılımcıdan 1’inin 1000-2000TL arası gibi yetersiz sayılabilecek bir aylık gelire sahip olması ve ayrıca normal popülasyona göre yüksek sayılabilecek oranlarda ameliyat ve kronik hastalık öyküsü (%49,9) ve psikiyatrik öyküsünün (%47,9) bulunması dikkat çekicidir. Ancak tartışma bölümünde de belirtildiği gibi araştırmamızda psikiyatrik öykü ve psikolojik başvuru birlikte ele alındığından, normal popülasyonda psikiyatrik öykünün bundan daha düşük değerde olacağı söylenebilir.

Katılımcıların madde kullanım şiddeti, madde kullanım özellikleri/sıklığı, bağımlılık tanı ölçütleri, madde kullanımının bireyin yaşamına etkisi, şiddetli madde kullanma isteği ve bireyin madde kullanımını bırakmaya yönelik motivasyonu düşük düzeydedir.

Katılımcıların çocukluk çağında yaşadıkları tüm travmaların düzeyleri ortalamanın üzerindedir. Maruz kalınan çocukluk örselenme yaşantıları en çoktan en aza doğru duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve fiziksel istismar şeklindedir. Buna göre; katılımcılar tarafından en çok bildirilen örselenme yaşantısı duygusal istismar olurken, en az fiziksel istismar bildirilmiştir.

Katılımcıların algıladığı toplam sosyal destek düzeyi, arkadaşlardan alınan sosyal destek, aileden alınan sosyal destek ve diğer önemli kişilerden alınan sosyal desteğe ilişkin algı düzeyleri ortalamanın üzerindedir. Katılımcıların algıladıkları sosyal destek; en çok arkadaşlardan, en az ise diğer önemli kişilerdendir.

Katılımcıların, madde kullanımı ile çocukluk örselenme yaşantıları arasında pozitif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre çocukluk çağında yaşanan istismar (duygusal, fiziksel, cinsel) ve ihmal (duygusal, fiziksel) gibi örselenme davranışları ileride madde kullanımıyla ilgilidir.

Katılımcıların, madde kullanımı ile algıladıkları sosyal destek arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre; düşük sosyal destek algısı madde kullanımına neden olabileceği gibi madde kullanımı da alınan sosyal desteğin düşük algılanmasına yol açabilir.

Katılımcıların, çocukluk örselenme yaşantıları ile algıladıkları sosyal destek arasında negatif yönlü ve anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Buna göre; çocukluk çağında yaşanan istismar ve ihmal gibi örselenme davranışları, alınan sosyal desteğin düşük algılanmasıyla ilişkilidir.

Katılımcıların madde kullanım ile demografik, ekonomik, aile ve sağlık durumlarını gösteren temel özellikleri (yaş, cinsiyet, meslek, eğitimi düzeyi, aylık gelir, kiminle yaşıyor olduğu, sosyal aktivitelere katılım durumu, ameliyat veya kronik hastalık öyküsü bulunma durumu ile psikiyatrik öyküsü bulunma durumu) arasında anlamlı düzeyde ilişkiler tespit edilmiştir. Buna göre; madde kullanım şiddeti, bağımlılık tanı ölçütleri, bağımlılığın bireyin yaşamı üstüne etkileri ve madde kullanımına yönelik şiddetli istek ileri yaşlarda, kadınlarda, ücretli çalışanlarda, üniversite ve lisansüstü mezunlarında, 2000 TL'den fazla maaş alanlarda, ailesiyle yaşayanlarda, sosyal aktivitelere katılanlarda, ameliyat veya kronik hastalık öyküsü

bulunmayanlarda ve psikiyatrik öyküsü bulunmayanlarda daha düşüktür. Ayrıca madde kullanım sıklığı ve madde kullanımını bırakmaya yönelik motivasyon da ileri yaşlarda, kadınlarda, ücretli çalışanlarda, üniversite ve lisansüstü mezunlarında, 2000 TL'den fazla maaş alanlarda, ailesiyle yaşayanlarda, sosyal aktivitelere katılanlarda ve psikiyatrik öyküsü bulunmayanlarda daha düşüktür.

Katılımcıların çocukluk örselenme yaşantıları ile demografik, ekonomik, aile ve sağlık durumlarını gösteren seçilmiş temel özellikleri arasında anlamlı düzeyde ilişkiler tespit edilmiştir. Buna göre; üniversite ve lisansüstü mezunlarında, ailesiyle birlikte yaşayanlarda ve psikiyatrik öyküsü bulunmayanlarda duygusal istismar, fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal ve cinsel istismar gibi tüm çocukluk örselenme yaşantıları istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha düşüktür. Diğer yandan yaş ile fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal; cinsiyet ile duygusal istismar ve cinsel istismar; sosyal aktivitelere katılım durumu ile cinsel istismar arasındaki ilişkilerinin anlamlı düzeyde olmadığı bulunmuştur.

Katılımcıların algıladıkları sosyal destek ile yaş değişkeni haricinde demografik, ekonomik, aile ve sağlık durumlarını gösteren temel özellikleri arasında anlamlı düzeyde ilişkiler tespit edilmiştir. Buna göre; aileden, arkadaştan, diğer önemli kişiden algılanan sosyal destek ve algılanan toplam sosyal destek; erkeklerde, herhangi bir işte çalışmayanlarda, eğitim seviyesi lise mezunu ve daha düşük olanlarda, 2000 TL'den az maaş alanlarda, arkadaşlarıyla ve yalnız yaşayanlarda, sosyal aktivitelere katılmayanlarda, ameliyat veya kronik hastalık öyküsü olanlarda ve psikiyatrik öyküsü olanlarda daha düşüktür.

Bu çalışmada elde edilen sonuçların, ileride bu ve benzer konulara yönelik yapılacak çalışmalara katkıda bulunması beklenmektedir.

KAYNAKÇA

- Anton, R.F. (1999). What is craving? Models and implications for treatment. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23(3), 165–173.
- Bal, S. (2010). *Çocukluk örselenme yaşantıları, ana-baba-ergen ilişki biçimleri ve sosyal destek algısının, kural dışı davranışlarla ilişkisi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Çukurova Üniversitesi, Adana, Türkiye.
- Bartholow, B.N., Doll, L.S., Joy, D., Douglas, J.M., Bolan, G., Harrison, J.S., Moss, P.M., & McKirnan, D. (1994). Emotional, behavioral, and HIV risks associated with sexual abuse among adult homosexual and bisexual men. *Child abuse & neglect*, 18(9), 747–761.
- Bernard von Leer Vakfı (2014). Türkiye’de 0-8 Yaş Arası Çocuğa Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması Özet Raporu.
- Bernstein, D.P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340–348.
- Bernstein, D.P., & Fink, L. (1998). *Childhood Trauma Questionnaire: A retrospective self-report manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Bernstein, D.P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., Wenzel, K., Sapareto, E., & Ruggiero, J. (1994). Initial Reliability and Validity of a New Retrospective Measure of Child-Abuse and Neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1132–1136.
- Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., Stokes, J., Handelsman, L., Medrano, M., Desmond, D., Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma

- Questionnaire. *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 169–190.
- Black, R. & Mayer, J. (1980). Parents with special problems: Alcoholism and opiate addiction. *Child Abuse and Neglect*, 4(1), 45–54.
- Bora, A. (2015). *Evlilikte kadına yönelik şiddet: Tutum, yaşantı ve yasal farkındalık açısından cinsiyetler arası karşılaştırma*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, Türkiye.
- Bottlender, M. & Soyka, M. (2004). Impact of craving on alcohol relapse during, and 12 months following, outpatient treatment. *Alcohol and Alcoholism*, 39(4), 357–361.
- Briere, J. & Runtz, M. (1987). Post Sexual Abuse Trauma: Data and Implications for Clinical Practice. *Journal of Interpersonal Violence*, 2(4), 367–379.
- Brown, G.R. & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American Journal of Psychiatry*, 148(1), 55–61.
- Brown, P.J. & Wolfe, J. (1994). Substance abuse and post-traumatic stress disorder comorbidity. *Drug and Alcohol Dependence*, 35, 51–59.
- Büyüköztürk, Ş. (2011). *Sosyal Bilimler İçin Veri Analizi El Kitabı* (14. Baskı). Ankara: PEGEM Akademi.
- Büyüköztürk, Ş. (2012). *Örnekleme Yöntemleri*.
<http://w3.balikesir.edu.tr/~msackes/wp/wp-content/uploads/2012/03/BAY-Final-Konulari.pdf>
- Chaffin, M. (1996). Onset of physical abuse and neglect: Psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse & Neglect*, 20(3), 191–203.
- Chelf, C.M. & Ellis, J.B. (2002). Young adults who were sexually abused: Demographics as predictors of their coping behaviors. *Child Abuse and Neglect*,

- 26(3), 313–316.
- Christenfeld, N., Gerin, W., Linden, W., Sanders, M., Mathur, J., Deich, J.D., & Pickering, T.G. (1997). Social support effects on cardiovascular reactivity: Is a stranger as effective as a friend? *Psychosomatic Medicine*, 59, 388–398.
- Cleveland, M.J., Feinberg, M.E., Bontempo, D.E., & Greenberg, M.T. (2008). The role of risk and protective factors in substance use across adolescence. *J Adolesc Health*, 43(2), 157–164.
- Cobb, S. (1976). Social Support as a Moderator of Life Stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300–314.
- Cohen, S. & Wills, T.A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310–357.
- Cohen, S., Doyle, William J., Skoner, D.P., Rabin, B.S., & Gwaltney, J.M. (1997). Social ties and susceptibility to the common cold. *The journal of the American Medical Association*, 277(24), 1940–1944.
- Colarossi, L. (2001). Adolescent gender differences in social support: Structure, function, and provider type. *Social Work Research*, 25(4), 233–241.
- Connors, G.J. & Volk, R.J. (2003). Self-Report Screening for Alcohol Problems Among Adults. In J. P. Allen & V. B. Wilson, eds. *Assessing Alcohol Problems A Guide for Clinicians and Researchers*.
- Conway, K.P., Levy, J., Vanyukov, M., Chandler, R., Rutter, J., Swan, G.E., & Neale, M. (2010). Measuring addiction propensity and severity: The need for a new instrument. *Drug and Alcohol Dependence*, 111(1-2), 4–12.
- Covell, K. & Howe, R.B. (2012). Psychological maltreatment and children's right to health, Nova Scotia, Canada, 1-5.
- Coventry, W.L., Gillespie, N.A., Heath, A.C., & Martin, N.G. (2004). Perceived social

- support in a large community sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 39, 625–636.
- Cosden, M. & Cortez-Ison, E. (1999). Sexual abuse, parental bonding, social support, and program retention for women in substance abuse treatment. *Journal of substance abuse treatment*, 16(2), 149–155.
- Cronkite, R.C. & Moos, R.H. (1984). The Role of Predisposing and Moderating Factors in the Stress-Illness Relationship. *Journal of Health and Social Behavior*, 25(4), 372–393.
- Cutrona, C.E. & Troutman, B.R. (1986). Social Support, Infant Temperament, and Parenting Self-Efficacy: A Mediational Model of Postpartum Depression. *Child Development*, 57(6), 1507–1518.
- Çakır, Y. & Palabıyıkoglu, R. (1997). Gençlerde sosyal destek-Çok boyutlu algılanan sosyal destek ölçeğinin güvenirlik ve geçerlik çalışması. *Kriz Dergisi*, 5(1), 15–24.
- Çarkçı, Ö.H. (2014). *Alkol bağımlılarında yüzde dışavuran duyguların tanınması ve ayırt edilmesi ile aleksitimi ve kişilik boyutları ilişkisi*. (Tıpta Uzmanlık Tezi). T.C. Sağlık Bakanlığı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Bakırköy Bölgesi İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Davidson, J.R.T., Hughes, D.C., George, L.K., & Blazer, D.G. (1996). The association of sexual assault and attempted suicide within the community. *Arch Gen Psychiatry*, 53(6), 550–555.
- Dennis, M. & Scott, C.K. (2007). Managing addiction as a chronic condition. *Addiction Science & Clinical Practice*, 4(1), 45–55.
- Dennis, M.L., Scott, C.K., Funk, R., & Foss, M.A. (2005). The duration and correlates of addiction and treatment careers. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 28(2),

51–62.

- DiClemente, C.C., Bellino, L.E. & Neavins, T.M. (1999). Motivation for change and alcoholism treatment. *Alcohol research & health : the journal of the National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*, 23(2), 86–92.
- Dinwiddie, S.H. & Bucholz, K.K. (1993). Psychiatric diagnoses of self-reported child abusers. *Child Abuse and Neglect*, 17(4), 465–476.
- Dodge, K. & Potocky, M. (2000). Female substance abuse: Characteristics and correlates in a sample of inpatient clients. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 18(1), 59–64.
- Drossman, D.A, Leserman, J., Nachman, G., Li, Z.M., Gluck, H., Toomey, T.C., & Mitchell, C.M. (1990). Sexual and physical abuse in women with functional or organic gastrointestinal disorders. *Annals of internal medicine*, 113(11), 828–833.
- Dunn, G.E., Ryan, J.J. & Dunn, C.E. (1994). Trauma symptoms in substance abusers with and without histories of childhood abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*, 26(4), 357–360.
- Dumont, M. & Provost, M.A. (1999). Resilience in adolescents: Protective role of social support, coping strategies, self-esteem, and social activities on experience of stress and depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(3), 343–363.
- Dunn, M.G., Tarter, R.E., Mezzich, A.C., Vanyukov, M., Kirisci, L., & Kirillova, G. (2002). Origins and consequences of child neglect in substance abuse families. *Clinical Psychology Review*, 22(7), 1063–1090.
- Eker, D. & Arkar, H. (1995). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliliği. *Türk Psikoloji Dergisi*, 10(34), 45–55.
- Eker, D., Arkar, H. & Yıldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formunun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliliği.

Türk Psikiyatri Dergisi, 12(1), 17–25.

Ellason, J.W., Ross, C.A. & Fuchs, D.L. (1996). Lifetime axis I and II comorbidity and childhood trauma history in dissociative identity disorder. *Psychiatry*, 59(3), 255–66.

Ellis, B., Bernichon, T., Yu, P., Roberts, T., & Herrell, J.M. (2004). Effect of social support on substance abuse relapse in a residential treatment setting for women. *Evaluation and Program Planning*, 27, 213–221.

Erdem, Ş. (2009). *Üniversite öğrencilerinde kendine zarar verme davranışının demografik değişkenler, travmatik yaşantılar ve benlik kapasitesi ile olan ilişkisi*. (Yayımlanmamış yüksek lisans tezi). Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, Türkiye.

Evren, C., Çetin, R., Durkaya, M., Dalbudak, E., & Çakmak, D. (2009). Yatarak Tedavi Gören Erkek Alkol Bağımlısı Hastalarda Alkol Aşermesinin Travma Sonrası Stres Bozukluğu ve Genel Psikopatolojinin Şiddeti ile İlişkisi. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 46, 3–7.

Evren, C. & Ögel, K. (2003). Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4, 30–37.

Feinstein, B.L., Sabates, R., Anderson, T.M., Sorhaindo, A., & Hammond, C. (2006). What are the effects of education on health? In *Proceedings of the Copenhagen Symposium 2006*. Copenhagen, Denmark: OECD, 171–177.

Felitti, V.J. (1991). Long-term medical consequences of incest, rape, and molestation. *South Med J*, 84(3), 328–331.

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V., Koss, M.P., & Marks, J.S. (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.
- Finkelstein, N. (1996). Using the Relational Model as a Context for Treating Pregnant and Parenting Chemically Dependent Women. *Journal of Chemical Dependency Treatment*, 6(1-2), 23–44.
- Fuller-Thomson, E., Hamelin, G.P. & Granger, S.J.R. (2013). Suicidal ideation in a population-based sample of adolescents: implications for family medicine practice. *ISRN family medicine*, 2013(Article ID 282378), 1–11.
- Gregoire, T.K. & Snively, C.A. (2001). The Relationship of Social Support and Economic Self-Sufficiency to Substance Abuse Outcomes in a Long-Term Recovery Program for Women. *Journal of drug education*, 31(3), 221–237.
- Gümüş, H. (2015). Evli bireylerin sosyal destek düzeyleri ile yaşam doyumları ve problem çözme becerileri arasındaki ilişki. *Eğitim ve Öğretim Araştırmaları Dergisi*, 4(3), 150–162.
- Güven, S., Şener, A. & Yıldırım, B. (2011). Eşlerin Farklı Değişkenlere Göre Sosyal Destek Algısı. *Hacettepe Üniversitesi Sosyolojik Araştırmalar E-Dergisi*, (5 Şubat 2011), 1–15.
- Heilbron, N. & Prinstein, M.J. (2008). Peer influence and adolescent nonsuicidal self-injury: A theoretical review of mechanisms and moderators. *Applied and Preventive Psychology*, 12(4), 169–177.
- Helzer, J.E. & Pryzbeck, T.R., (1988). The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment. *Journal of studies on alcohol*, 49(3), 219–224.
- House, J.S., Landis, K.R. & Umberson, D. (1988). *Social relationships and health. Science*, 241(4865), 540–545.

- İdiğ Çamuroğlu, M. (2014). *Üniversite öğrencilerinde kendine zarar verme davranışı ve intihar olasılığının, çocukluk örselenmeleri ve saldırganlıkla ilişkisi*. (Yayımlanmamış doktora tezi). İstanbul Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.
- Johnsen, B.H., Eid, J., Laberg, J.C., & Thayer, J.F. (2002). The effect of sensitization and coping style on post-traumatic stress symptoms and quality of life: two longitudinal studies. *Scand J Psychol*, 43(2), 181–188.
- Kaplan, M.L., Asnis, G.M., Lipschitz, D.S., & Chorney, P. (1995). Suicidal behavior and abuse in psychiatric outpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 36(3), 229–235.
- Kaplan, V. (2015). *Sokakta yaşayan madde bağımlısı çocuklarda öfke ve saldırganlık düzeyi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziantep Üniversitesi, Gaziantep, Türkiye.
- Kaplanhan, T. (2015). *Alkol/madde bağımlılarında bağımlılık türü ile tedavi motivasyonu, algılanan sosyal destek ve psikiyatrik belirtileri arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Haliç Üniversitesi, İstanbul, Türkiye.
- Karacalar, S., Turgut, N. & Tekin, E.A. (2014). Madde Bağımlısı Hastalarda Anestezi Uygulamaları ve Yoğun Bakımda Karşılaşılan Problemler. *Okmeydanı Tıp Dergisi*, 30(Ek sayı 2), 134–142.
- Kawachi, I. & Berkman, L.F. (2001). Social ties and mental health. *Journal of Urban Health: Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 78(3), 458–467.
- Kayış, A. (2010). Kronik hastaların bakımında bütüncül yaklaşım, etkileyen faktörler ve kronik hastalıklı bireylerin aileleri. *Acıbadem Hemşirelik Dergisi*, (23).
- Kelleher, K., Chaffin, M., Hollenberg, J., & Fischer, E. (1994). Alcohol and drug disorders among physically abusive and neglectful parents in a community-based sample. *American Journal of Public Health*, 84(10), 1586–1590.

- Kendall-Tackett, K., Marshall, R. & Ness, K.E. (2000). Victimization, healthcare use, and health maintenance. *Family Violence & Sexual Assault Bulletin*, 16, 18–21.
- Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse and Neglect*, 6/7, 715–730.
- Kessler, R.C. & McLeod, J.D. (1985). Social support and mental health in community samples. Social support and health. In *Social support and health*. 219–240.
- Kilpatrick, D.G., Acierno, R., Saunders, B., Resnick, H.S., Best, C.L., & Schnurr, P.P., (2000). Risk factors for adolescent substance abuse and dependence: Data from a national sample. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(1), 19–30.
- Kilpatrick, D.G., Ruggiero, K.J, Acierno, R., Saunders, B.E., Resnick, H.S, Best, C.L. (2003). Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: Results from the National Survey of Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(4), 692–700.
- Kmett Danielson, C., Amstadter, A.B., Dangelmaier, R.E., Resnick, H.S, Saunders, B.E, Kilpatrick, D.G. (2009). Trauma-related risk factors for substance abuse among male versus female young adults. *Addictive Behaviors*, 34(4), 395–399.
- Knight, D.K., Wallace, G.L., Joe, G.W., & Logan, S.M. (2001). Change in psychosocial functioning and social relations among women in residential substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse*, 13(4), 533–547.
- Koçhan, K. (2014). *Madde kullanan ve kullanmayan erbaş/erlerin ebeveyne bağlanma, depresyon düzeyleri ve stresle başa çıkma stillerinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Gaziosmanpaşa Üniversitesi, Tokat.
- Korkmaz, T. & Tel, H. (2010). KOAH'lı Hastalarda Anksiyete, Depresyon ve Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi*, 13(2), 79–86.

- Kozaklı, H. (2006). *Üniversite öğrencilerinde yalnızlık ve sosyal destek düzeyi arasındaki ilişkilerin karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Mersin Üniversitesi, Türkiye.
- Kraaij, V., Garnefski, N., De Wilde, E.J., Dijkstra, A., Gebhardt, W., Maes, S., & Ter Doest, L. (2003). Negative Life Events and Depressive Symptoms in Late Adolescence: Bonding and Cognitive Coping as Vulnerability Factors? *Journal of Youth and Adolescence*, 32(3), 185–193.
- Kumar, P.N.S. & George, B. (2013). Life events, social support, coping strategies, and quality of life in attempted suicide: A case-control study. *Indian journal of psychiatry*, 55(1), 46–51.
- Kural, S., Evren, E.C., Can, S., & Çakmak, D. (2004). Alkol ve Madde bağımlılarında travma sonrası stres bozukluğunun sosyodemografik ve klinik özellikler ile ilişkisi. *Klinik Psikofarmakoloji Bülteni*, 14, 1-8.
- Kural, S., Evren, C. & Çakmak, D. (2005). Alkol/Madde bağımlılığında kişilik bozukluğu ek tanısının diğer I. eksen tanıları ve çocukluk çağı kötüye kullanımı ve ihmali ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 6(1), 9–18.
- Lange, A., de Beurs, E., Dolan, C., Lachnit, T., Sjollem, S., & Hanewald, G. (1999). Long-term effects of childhood sexual abuse: objective and subjective characteristics of the abuse and psychopathology in later life. *The Journal of nervous and mental disease*, 187(3), 150–158.
- Lincoln, K.D., Chatters, L.M. & Taylor, R.J. (2005). Social Support, Traumatic Events, and Depressive Symptoms Among African Americans. *Journal of marriage and the family*, 67(3), 754–766.
- Linn, J.G. & McGranahan, D.A. (1980). Personal disruptions, social integration, subjective well-being, and predisposition toward the use of counseling services.

- American Journal of Community Psychology*, 8(1), 87–100.
- Lipschitz-Elhawi, R. & Itzhaky, H. (2005). Social support, mastery, self-esteem and individual adjustment among at-risk youth. *Child and Youth Care Forum*, 34(5), 329–346.
- Luntz, B.K. & Widom, C.S. (1994). Antisocial Personality-Disorder in Abused and Neglected Children Grown Up. *American Journal of Psychiatry*, 151(5), 670–674.
- Magill, M., Apodaca, T.R., Barnett, N.P., & Monti, P.M. (2010). The route to change: Within-session predictors of change plan completion in a motivational interview. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 38(3), 299–305.
- Mathew, A. & Nanoo, S. (2013). Psychosocial stressors and patterns of coping in adolescent suicide attempters. *Indian journal of psychological medicine*, 35(1), 39–46.
- Matsumoto, T., Azekawa, T., Yamaguchi, A., Asami, T., & Iseki, E. (2004). Habitual self-mutilation in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58(2), 191–198.
- McCann, I.L., Sakheim, D.K. & Abrahamson, D.J. (1988). Trauma and Victimization: A Model of Psychological Adaptation. *The Counseling Psychologist*, 16(4), 531–594.
- McKelvey, R.S. & Webb, J.A. (1996). A comparative study of Vietnamese Amerasians, their non-Amerasian siblings, and unrelated, like-aged Vietnamese immigrants. *American Journal of Psychiatry*, 153(4), 561–563.
- McMahon, R.C., Kouzekanani, K. & Malow, R.M. (1999). A comparative study of cocaine-treatment completers and dropouts. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(1), 17–22.
- Meisler, A.W., & Cooney, N.L. (1997): Trauma cues elicit desire for alcohol in PTSD. *Alcoholism Clinical & Experimental Research*, 21(3), 97a.

- Metin, A. (2014). *Gebelerin Algıladıkları Sosyal Destek ile Prenatal Bağlanma Arasındaki İlişki*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Atatürk Üniversitesi.
- Molnar, B.E., Berkman, L.F. & Buka, S.L. (2001). Psychopathology, childhood sexual abuse and other childhood adversities: relative links to subsequent suicidal behaviour in the US. *Psychol Med*, 31(6), 965–977.
- Moos, R.H. & King, M.J. (1997). Participation in community residential treatment and substance abuse patients' outcomes at discharge. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 14(1), 71–80.
- Moradi, B. & Funderburk, J.R. (2006). Roles of perceived sexist events and perceived social support in the mental health of women seeking counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 53(4), 464–473.
- Mullen, P.E., Martin, J.L., Anderson, J.C., Romans, S.E., & Herbison, G.P. (1996). The long-term impact of the physical, emotional, and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse & Neglect*, 20(1), 7–21.
- Murphy, J.M., Jellinek, M., Quinn, D., Smith, G., Poitras, F.G., Goshko, M. (1991). Substance abuse and serious child mistreatment: Prevalence, risk, and outcome in a court sample. *Child Abuse and Neglect*, 15(3), 197–211.
- Nikmanesh, Z., Adrom, M. & Bakhshani, N.M. (2012). Minnesota Multiphasic Personality Inventory Score as a Predictor of Addiction Potential in Youth. *Int J High Risk Behav Addict*, 1(1), 22–26.
- Norman, S.B., Tate, S.R., Anderson, K.G. & Brown, S.A. (2007). Do trauma history and PTSD symptoms influence addiction relapse context? *Drug and Alcohol Dependence*, 90, 89–96.
- Osler, M. (1995). Social network and lifestyle in Danish adults. *British Journal of Preventive & Social Medicine*, 49(3), 327–328.

- Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F., & Tamar Gürol, D. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin(BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23, 1–10.
- Ögel, K., Güneş, R., Koç, C., Görücü, S., & Başabak, S. (2015). Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) Ölçeğinin Kısa Formunun geliştirilmesi, geçerlilik ve güvenilirlik araştırması. *Bağımlılık Dergisi*, 16(4), 175–181.
- Örsel, S., Karadağ, H., Kahiloğulları, A.K., & Aktaş, E.A. (2011). Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 12, 130-136.
- Pearlin, L.I., Menaghan, E.G., Lieberman, M.A., & Mullan, J.T. (1981). The Stress Process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 337–356.
- Piko, B. (1998). Social support and health in adolescence: A factor analytical study. *British Journal of Health Psychology*, 3, 333–344.
- Piko, B. (2000). Perceived social support from parents and peers: Which is the stronger predictor of adolescent substance use? *Substance Use & Misuse*, 35(4), 617–630.
- Polat, Ü. & Bayrak Kahraman, B. (2013). Yaşlı Bireylerin Sağlıklı Yaşam Biçimi Davranışları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişki. *Fırat Tıp Dergisi*, 18(4), 213–218.
- Powell, B.J., Penick, E.C., Nickel, E.J., Liskow, B.I., Riesenmy, K.D., Champion, S.L., & Brown, E.F. (1992). Outcomes of co-morbid alcoholic men: A 1-year follow-up. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 16(1), 131–138.
- Powell, B.J., Penick, E.C., Othmer, E., Bingham, S.F., & Rice, A.S. (1982). Prevalence of additional psychiatric syndromes among male alcoholics. *Journal of Clinical Psychiatry*, 43(10), 404–407.
- Quello, S.B., Brady, K.T. & Sonne, S.C. (2005). Mood disorders and substance use

- disorder: a complex comorbidity. *Science & practice perspectives / a publication of the National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health*, 3(1), 13–21.
- Resnick, M.D., Bearman, P.S., Blum, R.W., Bauman, K.E., Harris, K.M., Jones, J., Tabor, J., Beuhring, T., Sieving, R.E., Shew, M., Ireland, M., Bearinger, L.H., & Udry, J.R. (1997). Protecting adolescents from harm - Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. *JAMA-Journal of the American Medical Association*, 278(10), 823–832.
- Richter, S.S., Brown, S.A. & Molt, M.A. (1991). The Impact of Social Support and Self-Esteem on Adolescent Substance Abuse Treatment Outcome. *Journal of Substance Abuse*, 3(4), 371–385.
- Roesler, T.A. & Dafler, C.E. (1993). Chemical dissociation in adults sexually victimized as children: Alcohol and drug use in adult survivors. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 10(6), 537–543.
- Ross, H.E., Glaser, F.B. & Germanson, T., (1988). The prevalence of psychiatric disorders in patients with alcohol and other drug problems. *Arch Gen Psychiatry*, 45(11), 1023–1031.
- Ross, C.A., Kronson, J., Koensgen, S., & Barkman, K. (1992). Dissociative comorbidity in 100 chemically dependent patients. *Hospital & Community Psychiatry*, 43(8), 840–842.
- Russell, D.W. & Cutrona, C.E. (1991). Social support, stress, and depressive symptoms among the elderly: Test of a process model. *Psychology and Aging*, 6(2), 190–201.
- Ryan, R.M., Plant, R.W. & O'Malley, S. (1995). Initial motivations for alcohol treatment: Relations with patient characteristics, treatment involvement, and dropout. *Addictive Behaviors*, 20(3), 279–297.
- Ryff, C.D. (1989). Happiness is everything, or is it? explorations on the meaning of

- psychological well-being. *Journal of Personality & Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Saçarçelik, G., Türkcan, A., Güveli, H., & Yeşilbaş, D. (2012). Bir Ergen ve Genç Erişkin İkinci Basamak Psikiyatri Polikliniğine Başvuran Hastalarda Kasıtlı Kendine Zarar Verme Davranışı ile Çocukluk Çağı Travma Yaşantılarının Yaygınlığı ve Arasındaki İlişkinin Araştırılması. *Nöro Psikiyatri Arşivi*, 50, 222–229.
- Saleem, M., Tahir, M.A., & Ul Huda, N. (2013). Perceived social support and clinical anger among drug addicts of Southern Punjab, Pakistan. *Pak J Commer Soc Sci*, 7(2), 298–308.
- Salmon, M.M., Joseph, B.M., Saylor, C., & Mann, R.J. (2000). Women's perception of provider, social, and program support in an outpatient drug treatment program. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 19(3), 239–246.
- Schofferman, J., Anderson, D., Hines, R., Smith, G., & White, A. (1992). Childhood psychological trauma correlates with unsuccessful lumbar spine surgery. *Spine*, 17(6 Suppl), S138–44.
- Seeman, T.E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, 6(5), 442–451.
- Selçuk, Y. (2016). Eroin/Morfin Bağımlılığı (11.03.2016).
<http://www.bagimlilikuzmani.com/eroin-morfin-bagimliliği/>
- Sells, C.W. & Blum, R.W. (1996). Morbidity and mortality among US adolescents: An overview of data and trends. *American Journal of Public Health*, 86(4), 513–519.
- Sertbaş, G., Çuhadar, D., & Demirli, F. (2004). Gaziantep Üniversitesi Sağlık Yüksekokulu Hemşirelik Bölümü öğrencilerinde aile ve arkadaşlardan algılanan sosyal destek ile anksiyete düzeyi arasındaki ilişkinin belirlenmesi. *Hemşirelik*

- Forum Dergisi*, (Kasım-Aralık), 42-48.
- Shand, F.L., Degenhardt, L., Slade, T., & Nelson, E.C. (2011). Sex differences amongst dependent heroin users: Histories, clinical characteristics and predictors of other substance dependence. *Addictive Behaviors*, 36(1-2), 27–36.
- Shin, S.H., Edwards, E.M. & Heeren, T. (2009). Addictive Behaviors 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.
- Simpson, T.L. & Miller, W.R. (2002). Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems. A review. *Clin Psychol Rev*, 22(1), 27–77.
- Spann, S.J., Gillespie, C.F., Davis, J.S., Brown, A., Schwartz, A., Wingo, A., Habib, L., & Ressler, Kerry J. (2014). The association between childhood trauma and lipid levels in an adult low-income, minority population. *General Hospital Psychiatry*, 36(2), 150–155.
- Steel, J., Sanna, L., Hammond, B., Whipple, J., & Cross, H. (2004). Psychological sequelae of childhood sexual abuse: Abuse-related characteristics, coping strategies, and attributional style. *Child Abuse and Neglect*, 28(7), 785–801.
- Stein, A.L., Tran, G.Q., Lund, L.M., Haji, U., Dashevsky, B.A., & Baker, D.G. (2005). Correlates for posttraumatic stress disorder in Gulf War veterans: A retrospective study of main and moderating effects. *Journal of Anxiety Disorders*, 19(8), 861–876.
- Stewart, S.H. (1996). Alcohol abuse in individuals exposed to trauma: A critical review. *Psychological bulletin*, 120(1), 83–112.
- Stewart, S.H., Pihl, R.O., Conrod, P.J., & Dongier, M. (1998). Functional associations among trauma, PTSD, and substance-related disorders. *Addictive Behaviors*,

- 23(6), 797–812.
- Swanson, J.W., Holzer, C.E., Ganju, V.K., & Jono, R.T. (1990). Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area surveys. *Hospital & community psychiatry*, 41(7), 761–70.
- Şar, V., Öztürk, E. & İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği. *Turkiye Klinikleri J Med Sci* 2012;32(4), 32(4), 1054–1063.
- Tam C.L. & Lim, S.G. (2009). Perceived social support, coping capability and gender differences among young adults. *Sunway Academic Journal*, 6, 75–88.
- Tam, C.L., Lee, T.H., Har, W.M., & Pook, W.L. (2011). Perceived social support and self-esteem towards gender roles: Contributing factors in adolescents. *Asian Social Science*, 7(8), 49–58.
- Taner, Y. & Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35(2), 82–86.
- Tel, H., Saraç, B., Günaydın, Y., Medik, K., & Doğan, S. (2010). Psikiyatrik Hastalık Tanılı Hastaların Primer Bakım Vericilerinin Sosyal Destek Durumunun Belirlenmesi. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, 1(3), 103–107.
- Teoh, H. & Afiqah, R.N. (2010). Self Esteem Amongst Young Adults: The Effect of Gender, Social Support and Personality. *MJP Online Early*.
- Toker, T., Tiryaki, A., Çürümez, G., & İskender, B. (2011). Madde Kullananlarda Çocukluk Örselenme Yaşantılarının, Madde Kullanma Eğilimi, Benlik Saygısı ve Başa Çıkma Tutumları ile İlişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2), 83–92.
- Trickett, P.K., Mennen, F.E., Kim, K., & Sang, J. (2009). Emotional abuse in a sample of multiply maltreated, urban young adolescents: Issues of definition and identification. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 27–35.

- Turhan, E., İnandı, T., Özer, C., & Akoğlu, S. (2011). Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1), 33–44.
- Uchino, B.N. (2009). Understanding the Links Between Social Support and Physical Health of Perceived and Received Support. *APS - Journal of The Association for Psychological Science*, 4(3), 236–255.
- van der Kolk, B.A., Perry, J.C. & Herman, J.L. (1991). Childhood origins of self-destructive behavior. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1665–1671.
- Vanyukova, M.M., Kiriscib, L., Tarterb, R.E., Simkevitzc, H.F., Kirillovac, G.P., Maherd, B.S., Clark, D.B. (2003). Liability to substance use disorders: 2. A measurement approach. *Neuroscience Biobehavior Review*, 27, 517–526.
- Von Dras, D.D. & Siegler, I.C. (1997). Stability in extraversion and aspects of social support at midlife. *Journal of personality and social psychology*, 72(1), 233–241.
- Walsh, C., Macmillan, H.L. & Jamieson, E. (2003). The relationship between parental substance abuse and child maltreatment: Findings from the Ontario Health Supplement. *Child Abuse & Neglect*, 27, 1409–1425.
- Wenzel, K., Bernstein, D.P., Handelsman, L., Rinaldi, P., Ruggiero, J., & Higgins, B. (1996). Levels of dissociation in detoxified substance abusers and their relationship to chronicity of alcohol and drug use. *The Journal of nervous and mental disease*, 184(4), 220–227.
- Westermeyer, J., Wahmanholm, K. & Thuras, P. (2001). Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. *The American journal on addictions / American Academy of Psychiatrists in Alcoholism and Addictions*, 10(2), 101–110.
- Wethington, E. & Kessler, R.C. (1986). Perceived support, received support, and

- adjustment to stressful life events. *Journal of health and social behavior*, 27(1), 78–89.
- Wheaton, B. (1985). Models for the stress-buffering functions of coping resources. *Journal of Health and Social Behavior*, 26(4), 352–364.
- Whitlock, J., Eckenrode, J., & Silverman, D. (2006). Self-injurious Behaviors in a College Population. *PEDIATRICS*, 117(6), 1939–1948.
- Williams, C.T. & Latkin, C.A. (2007). Neighborhood Socioeconomic Status, Personal Network Attributes, and Use of Heroin and Cocaine. *American Journal of Preventive Medicine*, 32(6S), S203–S210.
- Windle, M. (1992). A longitudinal study of stress buffering for adolescent problem behaviors. *Developmental Psychology*, 28(3), 522–530.
- Wright, M.O.D., Crawford, E. & Del Castillo, D. (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse and Neglect*, 33(1), 59–68.
- Yalçın, M., Telliöğlu, E., Uluhan, Y.D., Savrun, B.M., Özmen, M., & Aydemir, E.H. (2015). Nörotik eksskoryasyon hastalarında psikiyatrik özellikler: Çocukluk çağı travmalarının rolü. *Noropsikiyatri Arsivi*, 52(4), 336–341.
- Yancar, C. (2005). *Madde bağımlılarında ikinci eksen komorbidite ve kişilik özelliklerinin bağımlılık şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Türkiye.
- Yıldırım, A., Hacıhasanoğlu, R. & Karakurt, P. (2011). Postpartum depresyon ile sosyal destek arasındaki ilişki social support and affecting factors. *Uluslararası İnsan Bilimleri Dergisi*, 8(1), 31–46.
- Yılmaz, E., Yılmaz, E. & Karaca, F. (2008). Üniversite öğrencilerinin sosyal destek ve

- yalnızlık düzeylerinin incelenmesi. *Genel Tıp Derg.*, 18(2), 71–79.
- Yılmaz Irmak, T. (2008). *Çocuk İstismarı ve İhmalinin Yaygınlığı ve Dayanıklılıkla İlişkili Faktörler*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Yürüten, M., 2008. Dünyada ve ülkemizde madde kullanımı. *doktorsitesi.com*.
- Yüzer, S., Yiğit, R. & Taşdelen, B. (2006). Çocuğu hastanede yatan annelerin aldığı sosyal destek ile depresyon düzeyleri arasındaki ilişki. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 9(4), 54–62.
- Zimet, G.D., Dahlem, N.W, Zimet, S.G., & Farley, G.K. (1988). The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30–41.
- Zimmerman, E. & Woolf, S.H. (2014). Understanding the Relationship Between Education and Health. *Institute of Medicine of the National Academies, National Academy of Sciences*.
- Zoroglu, S.S., Tuzun, U., Sar, V., Tutkun, H., Savaş, H.A., Ozturk, M., Alyanak, B., & Erocal Kora, M. 2003. Suicide attempt and self-mutilation among Turkish high school students in relation with abuse, neglect and dissociation. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57(1), 119–126.

EKLER**Ek – 1: Bilgilendirilmiş Onam Formu (BOF)**

Madde Kullanımı, Çocukluk Örselenme Yaşantıları ve Algılanan Sosyal Destek Arasındaki İlişkiler

Katılmanızı istediğimiz bu araştırma İstanbul Üniversitesi Adli Tıp Enstitüsü Sosyal Bilimler Anabilim Dalı yüksek lisans öğrencisi Psikolog Deniz İnhanlı tarafından Yrd. Doç. Dr. Belma Gölge tez danışmanlığında yürütülen yüksek lisans tez araştırmasıdır. Araştırmanın amacı madde kullanımı, çocukluk travmatik yaşantıları ve algılanan sosyal destek arasındaki ilişkilerin incelenmesidir. Araştırmada sizden tahminen 5-10 dakika ayırmanız istenmektedir. Araştırmaya en az 500 kişi katılacaktır. Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır. Çalışmanın amacına ulaşması için sizden beklenen, bütün soruları eksiksiz, kimsenin baskısı veya telkini altında olmadan, size en uygun gelen cevapları içtenlikle verecek şekilde cevaplamanızdır. Bu formu okuyup onaylamanız, araştırmaya katılmayı kabul ettiğiniz anlamına gelecektir. Ancak, çalışmaya katılmama veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmayı bırakma hakkına da sahipsiniz. Bu çalışmadan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacak olup tüm katılımcıların bilgileri gizli tutulacaktır.

İletişim: Deniz İnhanlı 05555940448 denizzinhanli@hotmail.com

- Bilgilendirilmiş Onam Formu'nu okudum, çalışmaya katılmayı kabul ediyorum.
- Çalışmaya katılmayı kabul etmiyorum.

Ek – 2: Demografik Bilgi Formu (DBF)

Yaşınız

Cinsiyetiniz?

- Kadın
- Erkek
- Diğer:

Mesleğiniz?

- Öğrenci
- Psikolog
- Diğer:

Eğitim Düzeyiniz?

- İlkokul
- Ortaokul
- Lise
- Üniversite
- Yüksek Lisans
- Doktora
- Diğer:

Aylık geliriniz?

- 0-1000TL
- 1000-2000TL
- 2001-3000TL
- 3000TL ve üzeri

Kimle Yaşıyorsunuz?

- Yalnız
- Kardeşimle
- Ailemle
- Eşimle
- Sevgilimle
- Ev arkadaşı
- Diğer:

Sosyal aktivitelere katılıyor musunuz?

- Evet
- Hayır

Ameliyat ya da hastalık geçmişiniz var mı?

- Evet
- Hayır

Psikiyatrik öykünüz ya da psikolojik başvurunuz var mı?

- Evet
- Hayır



Ek – 3: Bağımlılık Profil İndeksi Kısa Formu (BAPİ-Kısa)

Madde Kullanımı (1/2)

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.

Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz tek bir şıkkı işaretleyin.

1. Ne sıklıkla alkol kullanıyorsunuz? *

- Hiç ve ayda 3 kezden az
 Haftada 1-5 kez
 Hemen hemen her gün

Son BİR yıl içinde madde kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz.

	Hiçbir zaman	En az bir kez kullandım	Üç kezden fazla
2. Esrar (marihuana, joint, kubar vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b. Bonzai, jamaikan (sentetik kannabinoid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ecstasy (ekstazi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Eroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Taş (krak kokain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Akineton, tantum, zanax vb gibi çeşitli haplar*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. LSD, GHB gibi maddeler	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* 9. sorudaki ilaçları doktor bilgisinde ve önerisiyle kullandıysanız "Hiçbir zaman" işaretleyiniz.

Madde Kullanımı (2/2)

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.

Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz tek bir şıkkı işaretleyin.

Dikkat!

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu, [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

“[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” yerine alkol içiyorsanız “Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” veya esrar içiyorsanız “Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” biçiminde okuyun.

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Neredeyse her zaman
12. Kullandığınız [maddenin] miktarı giderek arttı mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Planladığınızdan daha fazla [madde] kullandığınız oldu mu? Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içtiğiniz veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullandığınız oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. [madde] kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. [madde] kullanmanız beden veya ruh sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Yani sağlık sorunları yaşadınız mı?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. [madde] kullanmanız ailenizle veya arkadaşlarınızla ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. [madde] kullanmanız eğitim/iş hayatınızı veya ekonomik durumunuzu olumsuz yönde etkiledi mi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız zamanlar oldu mu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor muydu?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz.

	Hiçbir zaman	Bazen	Neredeyse her zaman
21. [Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor muydunuz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ek – 4: Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇCRTÖ)

Çocukluk Örselenme Yaşantıları

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan seçeneği tıklayarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.

Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ailedekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sevildiğimi hissediyordum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Çocukluğum mükemmeldi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Bana o kadar kötü vuruluyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farketmediğini biliyordum.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Hiçbir zaman	Nadiren	Kimi zaman	Sık olarak	Çok sık
18. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 19. Ailemdelikler kendilerini birbirlerine yakın hissedilerdi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 20. Birisi bana cinsel amala dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 21. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 22. Benim ailem dünyanın en iyisiydi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 23. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 24. Birisi bana cinsel tacizde bulundu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 25. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 26. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecekti birisi vardı. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 27. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 28. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

	1	2	3	4	5	6	7	
Kesinlikle <u>HAYIR</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle <u>EVET</u>

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

	1	2	3	4	5	6	7	
Kesinlikle <u>HAYIR</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle <u>EVET</u>

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

	1	2	3	4	5	6	7	
Kesinlikle <u>HAYIR</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle <u>EVET</u>

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklarımla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

	1	2	3	4	5	6	7	
Kesinlikle <u>HAYIR</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle <u>EVET</u>

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

	1	2	3	4	5	6	7	
Kesinlikle <u>HAYIR</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle <u>EVET</u>

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

	1	2	3	4	5	6	7	
Kesinlikle <u>HAYIR</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle <u>EVET</u>

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

	1	2	3	4	5	6	7	
Kesinlikle <u>HAYIR</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle <u>EVET</u>

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

	1	2	3	4	5	6	7	
Kesinlikle <u>HAYIR</u>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kesinlikle <u>EVET</u>

Çalışmaya katıldığınız için teşekkür ederiz.

Ek – 6: Ölçekler ve Alt Ölçekler Arasındaki İlişkiler (Özet Tablo)

Ölçekler ve Alt Ölçekler	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1-Madde Kullanım Sıklığı	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↓↓	↓↓	↓↓	↓↓
2-Tanı	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↓↓	↓↓	↓↓	↓↓
3-Yaşam Üstüne Etkileri	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↓↓	↓↓	↓↓	↓↓
4-Şiddetli İstek	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↓↓	↓↓	↓↓	↓↓
5-Motivasyon	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↓↓	↓↓	↓↓	↓↓
6- TOPLAM BAPI ÖLÇEĞİ	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↑↑	↓↓	↓↓	↓↓	↓↓
7-Duygusal İstismar							↓↓	↓↓	↓↓	↓↓
8-Fiziksel İstismar							↓↓	↓↓	↓↓	↓↓
9-Fiziksel İhmal							↓↓	↓↓	↓↓	↓↓
10-Duygusal İhmal							↓↓	↓↓	↓↓	↓↓
11-Cinsel İstismar							↓↓	↓↓	↓↓	↓↓
12-TOPLAM ÇÇRTÖ							↓↓	↓↓	↓↓	↓↓
13-Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek										
14-Aileden Algılanan Sosyal Destek										
15-Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek										
16-ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ										

↓: Negatif yönde ilişki (p<0,05)

↑: Pozitif yönde ilişki (p<0,05)

↓↓: Negatif yönde güçlü ilişki (p<0,01)

↑↑: Pozitif yönde güçlü ilişki (p<0,01)

Ek – 7: Ölçekler ve Alt Ölçekler ile Temel Değişkenler (Demografik, Ekonomik, Aile, Sağlık Durumları) Arasındaki İlişkiler (Özet Tablo)

Ölçek ve Alt Ölçekler	Yaş	Cinsiyet	Meslek	Eğitim Düzeyi	Aylık Gelir	Birlikte Yaşanılan Kişi	Sosyal Aktivitelere Katılım Durumu	Ameliyat veya Kronik Hastalık Öyküsü	Psikiyatrik Öykü
1-Madde Kullanım Sıklığı A.Ö.	**	***	***	***	***	***	***	Yok	**
2-Tanı A.Ö.	**	***	***	***	***	***	***	*	**
3-Yaşam Üstüne Etkileri A.Ö.	**	***	***	***	***	***	***	***	**
4-Şiddetli İstek A.Ö.	**	***	***	***	***	***	***	*	**
5-Motivasyon A.Ö.	**	*	***	***	***	***	***	Yok	**
6- TOPLAM BAPI ÖLÇEĞİ	**	***	***	***	***	***	***	*	**
7-Duygusal İstismar A.Ö.	**	Yok	***	***	***	***	***	*	**
8-Fiziksel İstismar A.Ö.	Yok	***	***	***	***	***	***	Yok	*
9-Fiziksel İhmal A.Ö.	Yok	***	***	***	***	***	***	***	**
10-Duygusal İhmal A.Ö.	Yok	***	***	***	***	***	***	***	**
11-Cinsel İstismar A.Ö.	*	Yok	***	***	***	***	Yok	Yok	*
12-TOPLAM ÇÇRTÖ	**	***	***	***	***	***	***	*	**
13-Diğer Önemli Kişiden Algılanan Sosyal Destek A.Ö.	Yok	***	***	***	***	***	***	***	**
14-Aileden Algılanan Sosyal Destek A.Ö.	Yok	***	***	***	***	***	***	***	**
15-Arkadaşlardan Algılanan Sosyal Destek A.Ö.	Yok	***	***	***	***	***	***	***	**
16-ALGILANAN SOSYAL DESTEK ÖLÇEĞİ	Yok	***	***	***	***	***	***	***	**

*p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Yok: p>0,05 (Anlamlı düzeyde ilişki yok)