



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ**



**ADÖLESAN EROİN BAĞIMLILARINDA ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARI, STRESLE BAŞA ÇIKMA
TUTUMLARI VE AİLE İŞLEVLERİNİN
TANIMLANMASI**

Atilla ÇİFCİ

**ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
SOSYAL PEDIATRİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ**

**DANIŞMAN
Prof. Dr. Sevgi BAŞKAN**

**ANKARA
2019**

TÜRKİYE CUMHURİYETİ
ANKARA ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK BİLİMLERİ ENSTİTÜSÜ

ADÖLESAN EROİN BAĞIMLILARINDA ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARI, STRESLE BAŞA ÇIKMA
TUTUMLARI VE AİLE İŞLEVLERİNİN
TANIMLANMASI

Atilla ÇİFCİ

ÇOCUK SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI
SOSYAL PEDIATRİ
YÜKSEK LİSANS TEZİ

DANIŞMAN
Prof. Dr. Sevgi BAŞKAN

ANKARA
2019

Etik Beyan

Ankara Üniversitesi

Sağlık Bilimleri Enstitüsü Müdürlüğü'ne

Yüksek lisans tezi olarak hazırlayıp sunduğum “Adölesan Eroin Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları, Stresle Başa Çıkma Tutumları ve Aile İşlevlerinin Tanımlanması ” başlıklı tez; bilimsel ahlak ve değerlere uygun olarak tarafımdan yazılmıştır. Tezimin hipotezi tümüyle tez danışmanım ve bana aittir. Tezde yer alan çalışma tarafımda yapılmış olup, tüm cümleler ve yorumlar bana aittir.

Yukarıda belirtilen hususların doğruluğunu beyan ederim.

Öğrencinin Adı Soyadı: Atilla ÇİFCİ

Tarih:

İmza:

KABUL VE ONAY

Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı'nda
Atilla ÇİFCİ tarafından hazırlanan ''Adölesan Eroin Bağımlılarında
Çocukluk Çağı Travmaları, Stresle Başa Çıkma Tutumları ve Aile
İşlevlerinin Tanımlanması'' adlı tez çalışması aşağıda isimleri bulunan jüri
tarafından YÜKSEK LİSANS TEZİ olarak OYBİRLİĞİ ile kabul edilmiştir.

Tez savunma tarihi:28.11.2019

İmza
Prof. Dr. Sevgi BAŞKAN
Ankara Üniversitesi
Jüri Başkanı

İmza
Doç. Dr. Demet Soylu Altun
Ufuk Üniversitesi
Üye

İmza
Doç. Dr. Seha TOPÇU
Ankara Üniversitesi
Rapörtör

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

İmza
Prof. Dr. Mehmet Akan
Sağlık Bilimleri Enstitüsü

İÇİNDEKİLER

Etik Beyan	i
Kabul ve Onay	ii
İçindekiler	iii
Önsöz	vi
Simgeler ve Kısaltmalar	vii
Şekiller	ix
Çizelgeler	x
1. GİRİŞ	1
1.1. Genel Bilgiler	3
1.1.1. Uyuşturucu Maddenin Tanımı	3
1.1.2. Bağımlılık Tanımı	4
1.1.2.1. Bağımlılığın DSM Sınıflaması	5
1.1.2.2. Uyuşturucu ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırılması	7
1.1.2.3. DSM-V Madde Sınıflaması	8
1.2. Madde Kullanım Farmakoloji ve Nörobiyolojisi	8
1.3. Sık Kullanılan Uyuşturucu Maddeler Hakkında Bilgiler	9
1.3.1. Opiyatlar	9
1.3.2. İnhalanlar	11
1.3.3. Kannabis/ Kannabinoid (Bonzai)	11
1.3.4. Kokain (Crack)	11
1.3.5. Halüsinojenler	12
1.3.6. Sedatif- Hipnotik ve Anksiyolitikler	12
1.4. Epidemiyoloji ve Kullanım Yaygınlığı	13
1.5. Adölesan / Ergen Tanımı	18
1.6. Madde Kullanımına Yönelik Olası Risk Faktörleri ve Etmenler	19
1.7. Çocukluk Çağı Travmaları	23
1.7.1. İstismar ve İhmal Sınıflaması	25
1.7.1.1. Fiziksel İstismar	25
1.7.1.2. Cinsel İstismar	26
1.7.1.3. Duygusal İstismar	26

1.7.1.4. Duygusal İhmal	27
1.7.1.5. Fiziksel İhmal	28
1.8. Çocukluk Çağı Travmaları İle Alkol/Madde Kullanım İlişkisi	28
1.9. Başa Çıkma Tutumları	31
1.10. Başa Çıkma Tutumları ile Alkol / Madde Kullanımının İlişkisi	33
1.11. Aile ve Kişilik Özellikleri, Ebeveyn Tutumları	34
1.11.1. Aile Tanımı ve Özellikleri	34
1.11.2. Aile Tutum ve Davranışları	35
1.11.3. Kişilik Özellikleri	36
1.12. Çalışmanın Amacı	37
1.13. Çalışmanın Kısıtlılıkları	38
2. GEREÇ VE YÖNTEM	39
2.1. Araştırmanın Türü	39
2.2. Evren ve Örneklem	39
2.3. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri	39
2.4. Verileri Toplama Yöntemi	41
2.4.1. Sosyo-Demografik Özellikler ve Klinik Bilgi Formu	42
2.4.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ, CTQ)	42
2.4.3. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (BÇTÖ, COPE)	43
2.4.4. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)	46
2.4.5. Araştırmanın Amaçları ve Hipotezleri	48
2.5. İstatistiksel Analiz ve Yöntem	49
3. BULGULAR	52
3.1. Gönüllü Adölesanların Ait Demografik Bulgular	52
3.2. Gönüllü Adölesanların Ailelerine Ait Demografik Bulgular	54
3.3. Gönüllü Adölesanların Madde Kullanım Durumu ve Diğer Özellikleri	56
3.4. Eroin Bağımlılığı Olan Grubun Bağımlılıklarına Ait Bilgiler	58
3.5. Çalışmaya Katılan Gönüllülerin Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Süreleri	59
3.6. Ölçek Puanları ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması	60
3.6.1. Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇTÖ, CTQ) Ölçeğinin Karşılaştırılması	60
3.6.2. Başa Çıkma Tutumları Ölçeğinin (BÇTÖ) Karşılaştırılması	60

3.6.3. Aile Değerlendirme Ölçeğinin (ADÖ) Karşılaştırılması	62
3.6.4. Bağımlı Grupta Ölçekler Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi	63
3.6.5. Sağlıklı Grupta Ölçekler Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi	66
3.6.6. Bağımlı Grupta ADÖ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması	69
3.6.7. Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları	74
4. TARTIŞMA	78
4.1. Gönüllülere Ait Demografik Bulguların Yorumlanması	78
4.2. Ailelere Ait Demografik Bulguların Yorumlanması	84
4.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Karşılaştırılması ve Yorumlanması	88
4.4. Başa Çıkma Tutumlarının (BÇT) Karşılaştırılması ve Yorumlanması	90
4.5. Aile Değerlendirme Ölçeğinin (ADÖ) Karşılaştırılması ve Yorumlanması	91
4.6. Bağımlı Grupta ADÖ Alt Boyut Puanlarının Yorumlanması	94
4.7. Lojistik Regresyon Analizinin Yorumlanması	95
5. SONUÇ VE ÖNERİLER	98
ÖZET	103
SUMMARY	105
KAYNAKLAR	107
EKLER	126
Ek-1: SOSYODEMOGRAFİK/ KLİNİK BİLGİ VERİ FORMU	126
Ek-2: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (ÇÇTÖ-CTQ-28)	129
Ek-3: BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI ÖLÇEĞİ (BÇTÖ, COPE)	131
Ek-4: AİLE DEĞERLENDİRME ÖLÇEĞİ (ADÖ)	135
Ek-5: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU	139
Ek-6: KLİNİK ARAŞTIRMALAR KURUL KARAR FORMU ONAYI	141
Ek-7: TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU KARAR ONAYI	143
ÖZGEÇMİŞ	145

ÖNSÖZ

Üniversite Hastanesi'ne bağlı Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinik'lerine gelen gönüllü sağlıklı bireylerden ve Eğitim Araştırma Hastanesi'ne bağlı Alkol ve Madde Bağımlılık Tedavi Merkezi'nde (AMATEM) muayene ve takip edilen, ayrıca majör depresif bozukluğu bulunmayan adölesan eroin bağımlılarından oluşan evrenimizdeki bireyleri içeren tez çalışmamız, vaka kontrollü kesitsel bir çalışmadır. Çalışmada, "Adölesan Eroin Bağımlılarında; Çocukluk Çağı Travmaları, Stresle Başa Çıkma Tutumları ve Aile İşlevlerinin Tanımlanması" konusu araştırılmıştır. Ayrıca, çalışmaya katılan bireylerin sosyo-demografik özellikleri ve klinik bilgi/bulguları incelenmiştir. Bu çalışma ile adölesan döneminde bireyin kendi özelliklerinin saptanması, maruz kaldığı travmaların azaltılması ve aile desteğinin irdelenerek ortaya çıkarılması ile eroin kullanımını azaltmaya yönelik katkıları saptamayı amaçladık.

Yüksek lisans eğitimimde, şahsımı Sosyal Pediatri camiasına kazandıran, bilgi, tecrübe ve emeğini esirgemeyen, aydınlatıcı, yol gösterici ve büyük emekleri olan, Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. Sosyal Pediatri Bilim Dalı'nın Öğretim Üyeleri Saygıdeğer Hocalarım; başta tez danışmanım Prof. Dr. Sevgi BAŞKAN olmak üzere, Prof. Dr. Betül ULUKOL ve Prof. Dr. Filiz ŞİMŞEK ORHON'a teşekkürlerimi ve saygılarımı sunarım. Ayrıca tezimin her aşamasında destek olan Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. Sosyal Pediatri BD. Öğretim Üyesi Doç. Dr. Seda Topçu'ya, AMATEM Sorumlu Hekimi Başasistan Uzm. Dr. Şafak Yalçın ŞAHİNER'e ve Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Biyoistatistik AD. Başkanı Prof. Dr. S.Yavuz SANİSOĞLU'na teşekkür ederim.

Meslek ve aile hayatımda her zaman bana destek olan, motive eden ve fazlaca sorumluluk alan değerli Eşim Sıdika ve Çocuklarıma, özellikle de Kızım Deniz'e, Annem'e saygı ve sevgilerimi sunarım. Tez çalışmamın gerçekleşmesine katkı sunan tüm katılımcılara teşekkür ederim.

SİMGELER VE KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
AMATEM	: Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi
ADÖ	: Aile Değerlendirme Ölçeği
APA	: American Psychiatric Association
BÇT	: Başa Çıkma Tutumları
BÇTÖ	: Başa Çıkma Tutumları Ölçeği
5-HT2	: 5-Hidroksi Triptamin Tip 2
CTQ	: Childhood Trauma Questionnaire (Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği)
ÇEMATEM	: Çocuk Ergen Madde Tedavi Merkezi
ÇÇT	: Çocukluk Çağı Travması
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DRD2	: Dopamin 2 Reseptörü
EMCDDA	: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
EGEBAM	: Ege Üniversitesi Bağımlılık Merkezi
ESPAD	: The European School Survey Protect Alcohol and Other Drugs
EGM	: Emniyet Genel Müdürlüğü
DSÖ	: Dünya Dağlık Örgütü
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
GABA	: Gama Amino Bütirik Asit
LSD	: Liserjik Asit Dietilamid
MB	: Madde Bağımlılığı
MDMA	: 5-Metoksi-3,4-Metilen Dioksi Amfetamin (Ekstazi)
MKB	: Madde Kullanım Bozukluğu
MKK	: Madde Kötüye Kullanımı
(Nac)	: Nukleus Akkumbens
NLAES	: National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey
SAMAY	: Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Yaygınlığı Özellikleri
SSS	: Santral Sinir Sistemi
THC	: 9 -Tetra Hidro Cannabinol

- TUBİM** : Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
- VTA** : Ventral Tegmental Alan
- WHO** : World Health Organization
- UNICEF** : United Nations International Children's Emergency Fund
(Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu)
- UNODC** : United Nations on Drugs and Crime



ŞEKİLLER

Şekil 3.1.	BÇTÖ ve iletişim arasındaki ilişki	64
Şekil 3.2.	CTQ-28 ile iletişim ve arasındaki ilişki	64
Şekil 3.3.	Problem çözme ve roller arasındaki ilişki	64
Şekil 3.4.	Problem çözme ve davranış kontrolü arasındaki ilişki.....	65
Şekil 3.5.	İletişim ve genel işlevler arasındaki ilişki	65
Şekil 3.6.	Roller ve davranış kontrolü arasındaki ilişki.....	65
Şekil 3.7.	Gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler arasındaki ilişki.....	66
Şekil 3.8.	CTQ-28 ve problem çözme arasındaki ilişki.....	67
Şekil 3.9.	İletişim ve CTQ-28 arasındaki ilişki	67
Şekil 3.10.	Problem çözme ve roller arasındaki ilişki	67
Şekil 3.11.	Problem çözme ve davranış kontrolü arasındaki ilişki.....	68
Şekil 3.12.	İletişim ve genel işlevler arasındaki ilişki	68
Şekil 3.13.	Roller ve davranış kontrolü arasındaki ilişki.....	68
Şekil 3.14.	Sağlıklı grupta ölçek toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki dağılımı.....	69

ÇİZELGELER

Çizelge 3.1.	Gönüllü adölesanların ait demografik bulgular	52
Çizelge 3.2.	Gönüllü adölesanların ailelerine ait demografik bulgular	55
Çizelge 3.3.	Gönüllü adölesanların madde kullanım durumu ve diğer özellikleri	57
Çizelge 3.4.	Eroin bağımlılarında maddeye başlama ortamı ve kullanılan madde türleri	58
Çizelge 3.5.	Gönüllülerin sigara, alkol ve madde kullanım süreleri	59
Çizelge 3.6.	Çocukluk Çağı Travmaları alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	60
Çizelge 3.7.	Başa Çıkma Tutumları Ölçek alt puanlarının karşılaştırılması	61
Çizelge 3.8.	Aile Değerlendirme alt ölçek puanlarının karşılaştırılması	62
Çizelge 3.9.	Bağımlı grupta ölçekler arasındaki korelasyonun incelenmesi	63
Çizelge 3.10.	Sağlıklı grupta ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesi	66
Çizelge 3.11.	Aile gelirinin ADÖ alt boyutlarına göre incelenmesi	69
Çizelge 3.12.	Aile tipinin ADÖ alt boyutlarına göre incelenmesi	70
Çizelge 3.13.	Medeni durumun ADÖ alt boyutlarına göre incelenmesi	70
Çizelge 3.14.	Baba'nın hayatta olma durumuna göre ADÖ alt boyutlarının incelenmesi	71
Çizelge 3.15.	Yakınlarında madde kullanım durumuna göre ADÖ alt boyutlarının incelenmesi	71
Çizelge 3.16.	Eğitim durumuna göre ADÖ alt boyutlarının incelenmesi	72
Çizelge 3.17.	Anne eğitim durumuna göre ADÖ alt boyutlarının incelenmesi	73
Çizelge 3.18.	Baba eğitim durumuna göre ADÖ alt boyutlarının incelenmesi	73
Çizelge 3.19.	Bağımlı olma durumunun ölçek puanlarına göre incelenmesi	74
Çizelge 3.20.	Kardeş sayısına göre bağımlı olma durumunun incelenmesi	75
Çizelge 3.21.	Bağımlı olma durumunun yaşadığı yere göre incelenmesi	75
Çizelge 3.22.	Bağımlı olma durumunun çalışma durumuna göre incelenmesi	75
Çizelge 3.23.	Bağımlı olma durumunun ebeveynlerin yaşam durumuna göre incelenmesi	76
Çizelge 3.24.	Bağımlı olma durumunun aile tipine göre incelenmesi	76

Çizelge 3.25. Bağımlı olma durumunun anne baba medeni durumuna göre incelenmesi	76
Çizelge 3.26. Bağımlı olma durumunun aile geliri durumuna göre incelenmesi	77
Çizelge 3.27. Bağımlı olma durumunun yakın çevrede madde kullanımına göre incelenmesi	77



1. GİRİŞ

Adölesanlarda madde kullanım bozukluğu (MKB) etiyojisi aydınlatılmamış, oluşumunda birçok değişkenin rol aldığı, ülkemizi ve Dünya'yı etkileyen ciddi bir sağlık sorundur (United Nations on Drugs and Crime UNODC, 2014). Sosyokültürel, psikodavranışsal, biyolojik, genetik/ kalıtsal etkenler ile ailesel ve kişisel faktörlerin MKB'nun oluşumunda önemli rol oynadığı bildirilmiştir (Swadi, 1999 ve Ögel, 2005).

Ergenlik dönemi, madde kullanım riskinin en fazla olduğu dönem olarak ifade edilir. Bu dönemde davranışlarını kontrol etmekte güçlük, kolaylıkla risk alma, merak, yenilik, heyecan arama, ebeveynlerden bağımsız kimlik oluşturma çabası, arkadaş ve akranların etkisi, problemlerin oluşturduğu olumsuz duygulardan hızla kurtulma gayreti ya da okulda daha iyi performans gösterme isteği öne çıkmaktadır. Adölesanların kendilerine yetişkin rolünü yakıştırma ve yeni sosyal çevreye dahil olma isteği gibi birçok durum madde kullanımını tetikler (Sussman, 2008; Josef ve ark, 2016). Şiddet, fiziksel, cinsel veya duygusal istismar, ihmal, ailede psikiyatrik hastalık öyküsü, yaşadığı ortam ve ailede uyuşturucu kullanan bireyler bulunması ergenin uyuşturucu madde kullanım riskini artırır. Bağımlılık, tüm aile bireylerini etkileyen bir hastalıktır (Panaghi ve ark, 2015). Aileler, genellikle ergenin bağımlı olduğunu öğrendiğinde olayın üzerinden en az iki yıllık bir süre geçmiş olmaktadır.

Madde bağımlılığı; alınan maddenin beyni etkilemesinden kaynaklanan keyif verici etkileri hissetmek veya yokluğundan/yoksunluğundan kaynaklanan huzursuzluktan kaçınmak için devamlı ve düzenli kullanma arzusu içinde olma halidir. Bu tablo bazı davranış bozukluklarını içeren bir hastalıktır (Uzbay ve Yüksel, 2003). Başka bir tanım ise; madde kullanımına bağlı belirgin sorunlara rağmen bireyin madde kullanımını sürdüreceğine işaret eden bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtilerin görülmesi olarak bildirilmiştir (Jaffe ve Anthony, 2005). Bağımlılığın aniden ortaya çıkmadığı, belli bir süreç içinde yavaş yavaş ortaya çıktığı bildirilmiştir.

Ergenlerin sigara, alkol ve uyuşturucu madde kullanımına zemin hazırlayan çok sayıda risk faktörü mevcuttur. Bu risk faktörleri; çocukluk çağı travmaları, ailesel faktörler, arkadaş ortamı, bireyin kişisel özellikleri, diğer riskli davranışların görülmesi, toplumsal ve çevresel etmenler olarak sıralanabilir. Bu risk faktörlerinden bir veya birkaçını taşıyan ergenlerin madde bağımlısı olma ihtimali yüksektir. Sorun çözme becerileri düşük olan bireyler, olaylar karşısında kolayca alkol ve madde kullanımına yönelebilmektedir (İlhan, 2003).

Çalışmalarda, ergenlerin neredeyse tamamına yakını, madde bağımlılığını, gençlerin sağlığını tehdit eden ciddi bir sağlık sorunu olarak gördüklerini belirtmiştir. Bağımlılığın ortaya çıkmasında ve devam etmesinde aile özelliklerinin önemli olduğu gösterilmiştir (Barret & Turner, 2005; Berroburg, 2009; Rivera, 2013). Öte yandan bağımlıdan kaynaklanan sorunlar tüm aile bireylerini etkilemektedir. Çalışmalarda ergenlerin büyük çoğunluğu, sorunlu veya bağımlı olan çocuklara karşı ailelerinin ilgisiz ve yetersiz kalmasının, sorunun en önemli nedenlerinden biri olduğunu ifade etmektedir. Bu nedenle bağımlılığın ailenin tamamını etkilediğini bilmek önemlidir, tedaviye aile üyelerinin özellikle de ebeveynlerin katılmasının tedavi başarısını olumlu yönde etkilediğini unutmamak gereklidir (Orford ve ark, 2009 ve Saunders ve ark, 2016).

Çocuk ve ergenlerde bağımlılık ile kronolojik gelişimin her aşamasında önleme müdahalesi yapılabileceği, risklerle mücadele edilebileceği bildirilmiştir. Güçlü ebeveyn-çocuk ilişkisiyle ebeveynlerin adölesanların davranış değişikliklerini algılayarak uygun davranış tarzları sergilemesi önemli bir yaklaşımdır. Ayrıca çocukların stresle başa çıkma becerilerinin geliştirilmesi, aile ortamının koruyucu özelliklerinin ve iletişimin pekiştirilmesi, toplumsal ve çevresel etmenlerin ebeveyn ve birey tarafından her yönüyle tanınması gibi faktörlerin ergenlerin madde kullanımını önleyebileceği bildirilmiştir (Berksun, 1991; Ellason, 1997; Seedal ve Buttler, 2008).

Ergenlik döneminde madde kullanımı, yaşamın ilerleyen döneminde madde kullanım bozuklukları görülme ihtimalini arttırmaktadır. Madde bağımlılığının sağlık

alanı dışında, kamusal, sosyal, hukuki ve idari birçok yönü bulunduğundan, ergenlerde madde bağımlılığının önlenmesinde multidisipliner çalışma zorunluluğu ortaya çıkmıştır. Önleme programlarının başarılı olması; risk altındaki ergenlerin saptanması, hangi ailesel, bireysel ve çevresel faktörlerin adölesanlarda madde kullanımını olumsuz etkileyeceği ya da koruyucu olduğunun bilinmesine bağlıdır.

Çalışmamız; eroin bağımlısı adölesanların, sosyodemografik ve klinik özelliklerinin belirlenmesi, çocukluk çağı travmaları ve stresle başa çıkma yöntemlerinin saptanması, sağlıklı aile işleyişinin koruyucu özelliklerini ön plana çıkararak madde veya eroin kullanımını azaltmaya, riskini engellemeye yönelik neler yapılabileceği üzerine planlanmıştır.

1.1. Genel Bilgiler

1.1.1. Uyuşturucu Maddenin Tanımı

Bir maddenin uyuşturucu sayılabilmesi için kişide alışkanlık oluşturması gereklidir. Ayrıca o maddenin uyarıcı, haz-keyif verici, hayal ettirici, tahrik ve sarhoş edici olup olmadığına bakılmalı, insan irade ve akli muhakemesini ortadan kaldırmasına göre karar verilmektedir (EGM, 2015).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ); önüne geçilemez gereksinme yahut arzu duyma, kullanılan miktarı arttırma eğilimi ile psikolojik ve fiziksel bağımlılık oluşturan maddeleri uyuşturucu madde kavramı içine almaktadır (WHO, 2008). Bu ölçütlerden başka herhangi bir maddenin uyuşturucu madde olarak değerlendirilmesi için;

1. Uluslararası anlaşma listelerinde böyle bir maddenin tanımlanmış olması,
2. Söz konusu maddenin toksik ve zararlı etkilerinin bulunması,
3. Artan miktarda kullanma eğiliminin duyulması,

4. Kullanılması halinde fiziksel, psikolojik ya da her iki şekilde bağımlılık yapması ya da kesilmesi halinde bazı yoksunluk belirtilerini ortaya çıkarması gereklidir (Seyman, 2000).

Uyuşturucu maddelere karşı kişide iki tür bağımlılık gelişebilir. Bunlardan birincisi; fiziksel bağımlılık, vücudun maddeye karşı yeni bir denge oluşturduğu ve alınmadığı zaman yoksunluk belirtileri görülen fizyolojik durum olarak ifade edilen, beraberinde çoğu zaman davranışsal değişikliklerin olduğu durumdur. İkincisi ise; psikolojik bağımlılık olarak adlandırılan ve maddeyi almaya devam etme arayışıyla beraber karşı konulamayan istek ve arzu ile kendini gösteren tablodur. Tütün, morfin ve kokain güçlü psikolojik bağımlılık yapan maddelerdendir (Uzbay, 2015).

1.1.2. Bağımlılık Tanımı

Bağımlılık, anlam bakımından oldukça geniş kavramdır. Genel olarak; bir nesneye, kişiye ya da varlığa duyulan karşı konulamaz istek ya da onun kontrolüne girmek olarak ifade edilen patolojik bir süreçtir. Bir nesneye bağımlı olmak haz, zevk almak ile ilişkilidir ve biyolojik temele sahiptir. Bağımlılıkta, beynin özelleşmiş bölgelerinin nörokimyasal uyarımı ile ödül sistemin etkileşimi söz konusudur.

Madde bağımlılığı; ilaç niteliğindeki maddenin beyni etkilemesinden kaynaklanan, keyif verici etkileri duyumsamak yahut yokluğunda ortaya çıkan huzursuzluğu gidermek için devamlı veya periyodik olarak maddeyi alma isteğiyle birlikte bazı davranış bozukluklarının olduğu hastalık tablosudur (Uzbay ve Yüksel, 2003; Uzbay, 2017).

Son zamanlarda kabul gören tanım ise Madde Kullanım Bozukluğu (MKB)'dur. Bu tanım; birbiriyle ilişkisiz gibi görünen ancak bir araya geldiklerinde tek bir hastalık olarak kendini gösteren şikâyet ve bulguları ifade etmektedir. MKB sendromal özeliği olan klinik tablodur (Güleç, Köşker, Eşsizoglu, 2015).

1.1.2.1. Bağımlılığın DSM Sınıflaması

Amerikan Psikiyatri Derneği'nin (American Psychiatric Association, APA) sınıflandırma sistemi DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) kabul gören sistemdir. Önceden kullanılan DSM-IV'e göre, madde bağımlılığı tanısı koymak için yedi ölçüt göz önüne alınmaktaydı. Ölçütlerden üçü veya daha fazlası olduğunda bağımlılık tanısı konulmakta idi (Köroğlu, 2001; APA, 2013). Bu ölçütler:

1. Kullanılan madde miktarının zaman içinde artması veya kullanılan miktarın zamanla etki etmemesi
2. Madde kesildiğinde ya da azaltıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması
3. Madde kullanımını denetlemek ya da bırakmak için boşa giden çaba gösterilmesi
4. Maddeyi bulmak, kullanmak ya da bırakmak için büyük zaman harcanması
5. Madde kullanımı nedeniyle; sosyal, mesleki ve kişisel etkinliklerin azalması ya da tamamen bırakılması
6. Maddenin tasarlandığından daha uzun süre ve yüksek miktarda kullanılması
7. Fiziksel, ruhsal sorunlar ortaya çıkmasına veya artmasına rağmen madde kullanımını sürdürmek olarak tanımlanmıştır.

Burada, madde sözcüğünün yerine alkol, esrar, eroin vb konulabilir.

DSM-IV'e göre madde kötüye kullanım (MKK) tanısı için aşağıdakilerden bir veya daha fazlasının olması gereklidir. Bunlar:

1. İşte, okulda ya da evde alınması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile birlikte tekrarlayan madde kullanımı (örneğin; madde kullanımı ile

ilişkili sık olarak işe ya da okula gidememe, okuldan kaçma, atılma, işte ya da okulda başarısız olma gibi durumlar).

2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda madde kullanımı (örneğin; madde etkisinde araç kullanma).
3. Madde ile ilişkili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar (örneğin; sık olarak adli mercilere gitme, tutuklanma vb. gibi).
4. Madde etkisiyle sürekli ya da tekrarlayan toplumsal yahut kişilerarası ilişkilerdeki sorunlar yaşanması olarak sayılabilir.

DSM-IV'te madde bağımlılığı (MB) ve madde kötüye kullanımı (MKK), madde kullanım bozukluğunun alt başlıkları olarak tanımlanmıştır. Madde kullanım bozukluğu (MKB) tanı ölçütlerinin karşılanabilmesi için maddeyi kullanmış olmak gerekli olsa da yeterli değildir (APA, 2005).

DSM-V'te, DSM-IV'ten farklı olarak madde bağımlılığı ve madde kötüye kullanımı tek tanı olarak güncellenmiş ve tek başlıkta madde kullanım bozukluğu (MKB) olarak ifade edilmiştir. MKK tanı ölçütlerinde bulunan madde ile ilişkili yineleyici biçimde ortaya çıkan yasal sorunlar terk edilmiştir. Tanı ölçütlerinde bulunmayan madde kullanmaya yönelik karşı konulamaz dürtü ya da istek (craving) tanısı eklenmiştir. DSM-V'deki diğer değişiklik hastalığın şiddetli ile ilgilidir. MKB tanı ölçütlerinden; iki-üç tanesi varsa hafif, dört-beş tanesi varsa orta, altı ve üzerinin olması ise şiddetli bağımlılık olarak tanımlanır (APA, 2013).

DSM-V Bağımlılık Kriterleri:

1. İstendiğinden daha fazla miktarda veya uzun süreli kullanım
2. Maddeyi bırakmak veya kontrol altında tutmak için istek ya da sonuç vermeyen çabalar
3. Maddeyi elde etmek, kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için çok zaman harcama
4. Madde kullanımı için büyük bir istek duyma veya kendini zorlanmış hissetme

5. Tekrar eden kullanım nedeniyle sorumluluklarını yerine getirememe (iş ortamında, okulda, evde)
6. Olumsuz etkilerine rağmen madde kullanmaya devam etme (toplumsal ve kişiler arası sorunlar)
7. Madde kullanımdan dolayı günlük etkinliklerin bırakılması veya azaltılması (iş, eğlence vb. gibi)
8. Tehlikeli olabilecek durumlarda dahi madde kullanmaya devam etme
9. Olumsuz bedensel veya ruhsal etkilerinin bilinmesine rağmen kullanmayı sürdürme
10. Maddeye tolerans gelişmiş olması
 - İstenen etkinin ortaya çıkması için artan madde gereksinimi
 - Aynı miktarda maddenin sürekli kullanımı sonucu etkisinin azalması durumu
11. Yoksunluk belirtileri (bulantı, uykusuzluk, kusma, sinirlilik, bunaltı, huzursuzluk, saldırganlık, ishal, terleme, titreme, kas ağrıları ateş vb gibi).

Ayrıca her maddenin yoksunluk belirtisi göstermeyebileceği unutulmamalıdır (Charles, 2011).

1.1.2.2. Uyuşturucu ve Bağımlılık Yapıcı Maddelerin Sınıflandırılması

Uyuşturucu maddeler ya da narkotik ajanlar, farmakolojik özelliklerinden dolayı santral sinir sisteminde fonksiyon bozukluğu oluşturan, ağrı kesici özelliği nedeniyle bireyde psikolojik ve fiziksel bağımlılık oluşturan maddelerdir. Bunlardan en önemlileri; afyon, morfin, eroin, esrar, marihuana, kokain, amfetaminler, sedatifler, hipnotikler ile yapıştırıcı ve çözücülerdir. Afyon bilinen en eski uyuşturucudur. Afyon, haşhaş bitkisinin kozasından türetilir. Eroin, afyondan elde edilen morfinin kimyasal değişikliğe uğraması ile sentezlenir. Eroin, önceleri bağımlılık yapmadığı düşünülerek doktor tavsiyesi ile ağrı kesici, yatıştırıcı olarak kullanılmış ancak daha sonra bağımlılık yapması ve yan etkilerinin ortaya çıkması nedeniyle yasaklanmıştır. Ağızdan yutularak, rektal yoldan, sigara veya çubukla

içilebilmektedir. En yaygın kullanımı beyaz toz halindeki şeklidir. Kelime olarak etkisi yüksek ve güçlü anlamına gelen “heroin” sözcüğü, Türkçeye “eroïn” olarak geçmiştir. 1805 yılında eroïnün aktif maddesi morfin bulunmuştur. Eroïn ilk olarak 1898 yılında Alman kimyacı Dreser tarafından sentezlenip elde edilmiştir (Jacobsen, 2001).

Tanımlamada birçok sistem mevcuttur. Bunlardan en sık kabul gören DSM sınıflamasıdır. DSM-IV’te madde kullanımı ile ilişkili bozukluklara neden olan maddeler 11 başlık altında toplanmışken DSM-V’de 10 madde olarak belirlenmiştir. DSM-V’teki sınıflandırma; alkol, kafein, esrar, halüsinojenler, inhalanlar, opiyatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, stimulanlar (amfetamin, kokain ve diğer stimulanlar), nikotin ve diğer ya da bilinmeyen maddeler şeklindedir (Ögel, 2017).

1.1.2.3. DSM-V Madde Sınıflaması

1. Alkol
2. Kafein
3. Esrar
4. Halüsinojenler (Fensiklidin ve diğer halüsinojenler)
5. İnhalanlar
6. Opiyatlar; morfin, eroïn (diasetil morfin), kodein, metadon, meperidin
7. Sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler
8. Stimulanlar (amfetamin, kokain ve diğer stimulanlar)
9. Nikotin
10. Diğer ya da bilinmeyen maddeler

1.2. Madde Kullanım Farmakoloji ve Nörobiyolojisi

Bağımlılık üzerine son yıllarda yapılan araştırmalar, daha çok nöral devreler ve moleküler biyoloji üzerine yoğunlaşmıştır. Nöral devrelerde pekiştirici etkinin

nörobiyolojik alt yapısı yani uyuşturucu maddenin ilk etki yeri olan reseptör düzeyi ve geri alım aşaması ile etkilenen mezokortikolimbik dopamin sistemi ve endojen opioid sisteminin ayrıntılı incelendiği bildirilmiştir. Son zamanlarda bağımlı bireylerde dopaminerjik etkinlikte azalma olduğu tespit edilmiştir (Uzbay, 2017).

Son zamanlarda üç yeni alan olan; frontal korteks işlevlerinde eksiklik, nöral devrelerde yeniden madde kullanımına neden olan ve yatınlığa sebep olan farklılaşmalar ve uzun süreli nöroadaptif değişimlerde rol oynayan nondopaminerjik sistemler araştırılmıştır. Bağımlılığın moleküler biyolojisinde, opiyat ve endojen opiyat sisteminiyle ilgili çalışmalar yapılmaktadır. Madde kullanımında santral sinir sisteminde; amigdala, nükleus akkumbens (Nac) ve prefrontal korteksin ventral tegmental alanının (VTA) etkileşimi söz konusudur. Kokain, amfetamin ve nikotin mezolimbik dopamin sistemi üzerinden; opiyatlar, alkol, esrar, opioid peptidler, GABA ve endokannabinoid reseptör aktivasyonu ile mediyal nöradrenalin yolağıyla amigdalanın santral çekirdeği üzerinden etki göstermektedir (Uluğ, 2010).

Eroin bağımlılarında, dopamin 2 reseptör (DRD2) TaqIA gen polimorfizmine bağılı hipodopaminerjik aktivite oluştuğı, ancak bunun tek başına bağımlılığı açıklamadığı bulunmuştur (Yılbaş, Akkişi ve Dilbaz N, 2016).

1.3. Sık Kullanılan Uyuşturucu Maddeler Hakkında Bilgiler

1.3.1. Opiyatlar

Opiyat grubunda; opium, morfin, kodein gibi doğal maddeler, morfinden elde edilen yarı sentetik maddeler olan; eroin, hidromorfin, oksikodon ve sentetik analjezikler propoksifen, meperidin bulunmaktadır. Bu maddeler karaciğerde metabolize olmakta ve metabolitleri idrar ve safra yoluyla atılmaktadır. Atılımın tamamına yakını ilk 24 saatte olmakta, ancak metabolitleri idrarda 48 saat tespit

edilebilmektedir. Uzun etkili bir madde olan metadonun bu kurala uymadığı bildirilmiştir (WHO, 2008).

Opiyatlar; gastrointestinal sistemden, nazal mukozadan ve akciğerlerden hızla emilirler. Parenteral yoldan kullanıldığında ise kan düzeyi hızla artar, alınan doza bağlı intoksikasyon gelişebilir. Plazma pik düzeyine yarım saatte ulaşır, ardından vücut dokularında yoğunlaşır. Bir bölümü kan-beyin bariyerini aşar. Plazma düzeyi ile intoksikasyon şiddeti doğru orantılıdır.

Opiyatlar, nöronal özgül reseptörlere bağlanır. Bu reseptörler beyinde ve barsaklarda bulunur. Bu opiyat reseptörleri muhtemelen opioid peptidlerin; enkefalinler, dinorfin ve endorfin etkisine aracılık ederler. Bilinen opiyat reseptör tipleri ise; Mu, Kappa, Sigma, Delta'dır. Opiyatların başlıca etkileri; analjezi, duygu durum değişikliği, sedasyon, zihinsel işlevlerde azalma ve yüksek dozlarda santral sinir sistemini (SSS) depresyonudur. Opiyatlar özellikle damar yoluyla alındığında, akut dönemde yüksek düzeyde haz verici etki oluşturur. Ardından vücutta ısınma ve sıcaklık hissi, öfori, halüsinasyon ve benzeri tablolar ortaya çıkarmaktadır. Barsak hareketlerini azaltarak kabızlığa ve pupillerde küçülmeye yol açar. Aşırı doza bağlı ölümler genellikle solunum depresyonuna bağlıdır.

Opiyat yoksunluğu belirtileri; anksiyete, göz yaşarması, burun akıntısı, esneme, terleme, uykusuzluk, kaslarda ağrı, pupilla genişlemesi, piloereksiyon, tremor, bulantı, kusma ve ishaldir. Bu durum gribal enfeksiyon bulgularına benzemektedir. Opiyat yoksunluğunda belirtilerin şiddeti nöradrenerjik aktivite düzeyi ile doğru orantılıdır. Bu bulgular, klonidin gibi bazı alfa 2 adrenerjik reseptör agonistlerinin opiyat yoksunluk belirtilerinin tedavisinde kullanılmasını sağlamıştır. Opiyatlara karşı fiziksel bağımlılık hızla gelişir. En şiddetli bağımlılık yapan opium türevinin eroïn olduğu bildirilmiştir (Jacobsen ve ark, 2001; Uzbay, 2017).

1.3.2. İnhalanlar

En yaygın kullanılan uçucu maddeler; yapıştırıcılar, boya, tiner, temizleme solüsyonları, aseton, çakmak gazı ve aerosollerdir. İnhalasyon yolu ile kullanılan tinerin içinde çok sayıda madde bulunur. İnhale edilen maddenin %40'ı akciğerlerden değişmeden atılır. Asıl metabolizma yeri karaciğerdir. Uçucu maddeler, kullanıldıktan dört-altı saat sonra kanda saptanabilirler. Bu maddelerin SSS depresanlarına benzer etki gösterdikleri, gama amino bütirik asit (GABA) sisteminin fonksiyonlarını arttırdıkları düşünülmektedir. Kullananlar psikolojik ve fiziksel yönden etkilenirler. Gazyağı ve tiner oldukça toksik olup, birçok organa zarar verir. İnhalan intoksikasyonu sonucu; ani kalp durması, asfiksi ve kazaların ortaya çıktığı bildirilmiştir (Schuckit, 1995).

1.3.3. Kannabis/ Kannabinoid (Bonzai)

Dünya'da 200-300 milyon kişi tarafından kullanıldığı tahmin edilmektedir. Kannabis sativa bitkisinden elde edilen altmıştan fazla kannabinoid madde vardır. Psikoaktif etkiyi yapan kannabisteki 9-tetrahidrocannabinoldür (THC). Kannabis, inhale edildikten bir dakika sonra etkisini göstermeye başlar. Çevreden gelen uyarılara duyarlılığı artırır, renklerin parlak ve yoğun görünmesini sağlar, zaman algısını yavaşlatır. Barbiturat benzeri antikonvülsan etkisinin yanı sıra analjezik, hipotermik, konstipasyon yapıcı ve artmış katekolamin üretimi gibi etkileri vardır (Ögel, 2013; Uzbay, 2017).

1.3.4. Kokain (Crack)

Erythroxilon coca bitkisinin yapraklarından elde edilir. Oral, paranteral ve nazal yoldan kullanılabilir. Burun yoluyla kullanıldığında bukkal membranlardan, inhalasyon yoluyla kullanıldığında ise alveollerden absorbe olur. Plazma yarılanma ömrü 30-90 dakika arasındadır. Dopamin transportunu engelleyerek salgılanan

dopamin geri alımını inhibe eder. Sonuçta; uyanıklık, iyi olma duygusu ve öfori oluşturur. Açlık duygusu ve uyku ihtiyacını azaltır. Kokain aynı zamanda şüphecilik, paranoya ve paranoid şizofreniden ayırt edilemeyen psikoz ya da psikotik bulgulara neden olmaktadır. Kardiyovasküler sistem üzerinde; taşikardi, aritmi ve hipertansiyon gibi ciddi bulgular oluşturduğu bildirilmiştir (WHO, 2008).

1.3.5. Halüsinojenler

Liserjik asit dietilamid (LSD), fenil alkil aminler, indoller ve piperidil benzilat bu grupta bulunurlar. Son yıllarda Dünya’da ve ülkemizde kullanımı yaygınlaşan ekstazi bu gruptadır. Etken maddesi 5-metoksi-3,4-metilendioksiamfetamin (MDMA) olarak bilinmektedir. Dopamin ve benzer nörotransmitterleri etkilemesine rağmen ana etki mekanizmasını postsinaptik serotonin, 5-hidroksitriptamin tip 2 (5-HT₂) reseptöründe agonist etki oluşturmasıyla gösterir. Karaciğerde hidroksilasyon ve konjugasyon ile metabolize olur. Ekstazinin stimulan etkileri, 30 dakikada en üst seviyeye ulaşır. Kişide, iyi olma duygusu, öfori ve kendine aşırı güven duygusu, renklere parlaklık, şekil değişiklikleri, zaman kavramının ortadan kalkması, yanıp sönen ışıklar görülmesi, tanıdık objelerin fantastik şekillere dönüşmesi gibi algısal bozukluklara neden olmaktadır. Ekstazi; hipertansiyon, taşikardi ve hipertermiye neden olabilmekte, toksik dozlarda; koma, yaygın damar içi pıhtılaşma bozukluğu ve akut böbrek yetmezliği görülebilmektedir.

1.3.6. Sedatif- Hipnotik ve Anksiyolitikler

Bu grupta; benzodiazepinler ve benzodiazepin reseptör agonistleri, barbituratlar, meprobamat, kloralhidrat, glutetimid ve metakualon gibi sedatif hipnotikler yer almaktadır. Ağız yoluyla alındıktan sonra hepatik oksidasyon ile biyotransformasyona uğrar. Barbituratlar, benzodiazepinler ve agonistleri primer etkilerini gama amino butirik asit (GABA) tip a reseptör kompleksi üzerinden gösterirler. Çoğunun SSS’nde doza bağlı doğrudan depresan etkisi vardır. Epilepsi

eşliğini yükseltirler, beyin dalgalarının frekans ve aktivitelerini arttırmaları. En yüksek plazma düzeyine oral alındıktan bir saat sonra ulaşırlar. Daha sonra koordinasyon bozukluğu, düşünme ve bellek dengesizliği, cinsel ve saldırgan dürtülerde baskılanma ve duygusal dalgalanmalar görülebilir. Yüksek dozda alınan benzodiazepinler, barbitürlere göre daha emniyetlidir. Sedatif-hipnotik ve anksiyolitiklerin toksik dozunda; nistagmus, diplopi, strabismus, ataksik yürüyüş, hipotoni, konfüzyon ve vital bulguların baskılanması görülebilmektedir.

1.4. Epidemiyoloji ve Kullanım Yaygınlığı

Epidemiyolojik çalışmalarda, madde kullanım sıklığının Avrupa Ülkeleri ve Amerika Birleşik Devletleri'ne göre Türkiye'de daha düşük olduğu, ancak madde kullanımında artış olduğu bildirilmiştir (Doğan, 2001, World Drugs Report, 2016). Gelişmiş ülkelerde düzenli yapılan epidemiyolojik çalışmalar ile ergenlerin alkol ve madde kullanımları yakından izlenmektedir. Bu ülkelerde son yıllarda adölesanlarda alkol tüketiminin aynı düzeyde kaldığı bildirilmiştir. Son yıllarda Türkiye, Avrupa ülkelerine göre en az alkol ve madde kullanım sıklığına sahip olmasına rağmen, kişi başına tüketilen alkol miktarının en fazla arttığı ülke olarak bildirilmiştir. Türkiye'de adölesanlar ile yapılan çalışmalarda, madde kullanım sıklığının bölgelere ve maddenin türüne göre değişkenlik gösterdiği bilinmekle birlikte, genel anlamda madde kullanımında artış olduğu bildirilmiştir (Ögel, Tamar, Evren ve ark, 2001; Yumru ve ark, 2005). Ülkemizde madde kullanım sıklığını belirlemeye yönelik kapsamlı epidemiyolojik çalışmaların yetersiz olduğu bildirilmiştir (Ögel, Çorapçioğlu, Sır ve ark, 2004).

ABD'de 1992 yılında genel popülasyonda 42862 erişkin ile yüzyüze görüşülerek yapılan National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) araştırmasının verilerine göre, yaşam boyu alkol kullanımı prevalansı %18,2, madde kullanımı %3,14 ve madde bağımlılığı %2,91 olarak bulunmuştur (NLAES 1992, 1996).

ABD’de 2001 yılında yapılan, Madde Kötüye Kullanımı Üzerine Ulusal Hane Halkı çalışma verileri; 12 yaş ve üzeri 16,6 milyon kişinin (%7,30) alkol bağımlılığı veya alkol kötüye kullanımı tanısının olduğunu, 2,4 milyon (%1,05) kişinin hem alkol hem madde kötüye kullanımı veya bağımlısı olduğuna, 3,2 milyon kişinin (%1,40) ise madde kötüye kullanımı ya da bağımlısı olduğunu göstermiştir. ABD’de gençlerde alkol kullanım bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %8, madde kullanım bozukluklarının yaşam boyu yaygınlığı %2-3 olduğunu gösteren çalışmalar bildirilmiştir (Merinkas ve McClair, 2012).

Dünya Madde Kullanım Raporu 2016 yılı bulgularında; Dünya’da 15-64 yaş aralığında 247 milyon kişinin (yaklaşık her 20 kişiden biri) en az bir tür yasadışı madde kullandığı, bu kişilerin 29 milyonunda madde kullanım bozukluğu olduğu ve ancak %15-20’sinin tedavi için başvurduğu bildirilmiştir. Rapora göre; kannabis %3,8, opiyat (eroin vb gibi) %1,07, kokain %0,38, amfetamin %0,8 ve ekstazinin %0,4 sıklıkta kullanıldığı tahmin edilmektedir. Eroinin, kannabisten sonra en sık kullanılan madde olduğu bildirilmiştir (World Drug Report, 2016).

Yaklaşık 29 ülkede 1995 yılında yürütülen ESPAD (The European School Survey Protect Alcohol and Other Drugs) çalışmasının sonuçlarını incelendiğinde; yaşam boyu en az bir kez esrar kullanım sıklığı %12’dir. Bu sıklık; İngiltere’de %41, İrlanda’da %37, İtalya’da %19, Danimarka’da %17, Ukrayna’da %14, Polonya’da %8, İsveç’te %6, Finlandiya’da %5, Norveç’te %6, Türkiye’de %4, Macaristan’da %4 olarak bildirilmiştir (ESPAD, 2003).

ESPAD’ın, 1999-2015 yıllarını kapsayan raporunda, Avrupa Ülkeleri’nin bağımlılık ile ilgili izlemlere düzenli katıldığı görülmektedir. Ülkemizden Dilbaz ve arkadaşlarının 2003 yılına kadar bu çok merkezli izlem çalışmalarına katıldığı, ancak bu tarihten itibaren başka hiç bir katılımcının bulunmadığı görülmektedir. 2015 ESPAD raporu aşağıdaki çizelgede açıklanmıştır:

Changes in lifetime prevalence (LTP) of different substances due to deletion of bad data^a in students born in 1999^b. Percentages. ESPAD 2015

Country	Cigarettes LTP		Alcohol LTP		Been intoxicated LTP		Cannabis LTP		Inhalants LTP		Ecstasy LTP		Tranquillisers or sedatives (non-medical use) LTP		Relevin LTP	
	Before deletion	Final data	Before deletion	Final data	Before deletion	Final data	Before deletion	Final data	Before deletion	Final data	Before deletion	Final data	Before deletion	Final data	Before deletion	Final data
Albania	37.7	37.3	60.5	60.2	22.4	21.7	7.6	7.1	4.0	3.6	2.9	2.6	8.0	7.6	1.6	1.3
Austria ^c	53.7	53.2	88.6	88.6	49.7	49.2	20.0	19.5	9.8	9.5	2.2	2.0	4.4	4.1	0.5	0.3
Belgium (Flanders)	31.1	31.2	79.5	79.5	29.7	29.7	17.4	17.4	2.8	2.8	3.2	3.2	6.1	6.1	0.4	0.4
Bulgaria	56.0	55.5	86.4	86.4	45.6	44.7	27.9	26.9	4.1	3.0	6.5	5.2	4.8	3.6	3.6	2.6
Croatia	62.5	62.1	92.3	92.3	47.6	46.9	22.4	21.5	25.9	25.3	3.3	2.4	5.1	4.2	1.5	0.8
Cyprus	36.0	35.3	88.6	88.4	33.0	31.9	8.5	7.2	9.3	8.1	3.6	2.5	5.8	4.6	3.3	1.9
Czech Republic	63.7	63.5	96.2	96.1	51.8	51.4	36.9	36.5	5.7	5.5	2.8	2.7	16.0	15.8	0.5	0.3
Denmark	39.3	38.9	92.3	92.4	60.2	60.0	12.7	12.4	3.8	3.6	0.8	0.5	2.6	2.3	0.5	0.2
Estonia	59.9	59.8	86.4	86.4	37.9	37.7	25.8	25.5	13.1	12.9	2.8	2.5	9.1	8.9	0.6	0.4
Faroese	49.3	49.2	80.8	80.8	34.3	34.2	5.9	5.9	2.3	2.3	0.4	0.4	1.8	1.8	0.2	0.2
Finland	47.4	47.2	73.8	73.7	37.2	37.1	8.6	8.5	8.0	7.8	1.3	1.1	5.9	5.8	0.4	0.2
Former Yugoslav Republic of Macedonia	38.8	38.4	57.2	57.0	22.8	22.0	5.6	5.0	2.3	1.9	2.6	2.1	11.4	11.1	1.1	0.8
France ^c	57.0	56.7	87.9	87.9	40.3	39.9	33.8	33.4	6.5	6.3	2.6	2.3	9.6	9.3	0.8	0.6
Georgia	43.2	42.9	84.9	84.7	43.5	43.2	12.1	11.5	12.4	12.1	4.7	4.4	11.9	11.3	2.1	1.7
Greece	38.7	38.5	93.9	93.9	34.4	34.2	8.5	8.3	12.4	12.2	1.5	1.2	4.4	4.1	0.7	0.4
Hungary	55.4	55.2	92.7	92.7	53.6	53.4	13.3	13.0	6.9	6.6	2.3	2.0	7.5	7.2	0.8	0.5
Iceland	16.6	16.3	35.1	34.8	10.3	10.0	7.7	7.4	3.3	3.0	2.1	1.7	5.8	5.5	0.8	0.5
Ireland	32.8	32.1	73.9	73.6	34.3	33.7	19.7	18.9	11.3	10.5	4.5	3.7	4.4	3.4	1.8	1.0
Italy	58.0	57.6	84.4	84.4	34.6	33.9	28.2	27.4	4.3	3.4	3.6	2.6	6.3	5.4	2.3	1.4
Latvia	66.0	65.4	89.6	89.6	46.8	46.3	18.0	16.3	15.5	14.6	3.5	2.3	5.5	4.3	2.5	1.0
Liechtenstein	57.1	57.1	89.2	89.2	41.9	41.9	29.8	29.8	8.3	8.3	1.6	1.6	3.2	3.2	0.0	0.0
Lithuania	64.9	64.8	87.0	87.0	46.4	46.2	17.9	17.7	8.2	8.0	2.1	1.8	9.2	8.9	1.0	0.7
Malta	29.4	29.1	86.2	86.2	38.3	38.1	13.0	12.6	8.6	8.3	2.2	2.0	3.2	2.9	0.7	0.5
Moldova	33.4	33.2	82.2	82.3	25.2	24.8	4.8	4.5	1.7	1.4	1.8	1.5	1.5	1.2	0.6	0.3
Monaco	56.4	55.9	89.0	88.8	42.4	41.7	32.3	31.3	8.2	8.1	2.7	2.0	10.7	10.1	2.0	0.8
Montenegro	34.8	34.1	78.0	77.6	23.0	21.9	9.1	8.0	7.7	7.1	4.3	3.4	11.0	10.3	0.9	0.4
Netherlands	39.8	39.4	73.7	73.5	33.2	32.7	23.1	22.5	5.4	4.9	3.6	3.1	8.8	8.4	0.9	0.4
Norway	29.0	28.7	59.1	58.8	26.5	26.3	6.4	6.1	5.7	5.5	1.1	0.8	6.1	5.8	0.4	0.2
Poland	54.8	54.5	83.8	83.7	35.7	35.3	24.4	23.9	10.7	10.2	3.6	3.1	17.0	16.6	2.0	1.5
Portugal	37.0	36.9	71.4	71.4	26.4	26.2	15.4	15.3	4.5	4.5	2.0	1.9	5.2	5.1	0.6	0.5
Romania	51.7	51.6	77.9	77.9	32.4	32.2	8.3	8.1	3.8	3.6	2.3	2.1	2.1	2.0	0.7	0.5
Slovakia	61.8	61.6	90.7	90.7	44.6	44.4	26.5	26.3	8.4	8.1	3.6	3.3	7.0	6.8	0.7	0.4
Slovenia	47.5	47.3	89.0	89.0	43.2	42.8	25.1	24.8	14.1	14.0	2.3	2.2	3.2	3.1	0.5	0.4
Sweden	33.7	33.4	65.3	65.0	28.1	27.6	7.1	6.6	8.2	7.4	1.7	1.2	7.5	6.9	1.0	0.5
Ukraine	50.0	49.8	82.7	82.6	39.7	39.5	9.1	8.7	4.8	4.5	1.5	1.1	1.8	1.5	0.6	0.4
AVERAGE	46.4	46.1	80.9	80.8	37.1	36.7	16.9	16.5	7.8	7.4	2.7	2.2	6.7	6.3	1.1	0.7

^a Cases are deleted due to missing gender, more than 50 % missing and repeated extreme responses.

^b Results are based on cleaned unweighted data with only students born in 1999.

^c Results refer to all students born in 1999, not only the ESPAD sample since further cases are removed when new weightings are introduced in the final data.

Türkiye nüfusunun %50'si 30 yaş altında olup nüfusun 19 milyonunu 14-29 yaş arası genç nüfus, yaklaşık 13 milyonunu da 10-19 yaş grubu oluşturmuştur (TUİK, 2019).

Ülkemizde dokuz ilde, 2001 yılında yapılan ve 15-17 yaş grubundaki öğrencilere kapsayan araştırmada, yaşam boyu en az bir kez esrar kullanımı %3, yaşam boyu en az bir kez eroin kullanımı %2,1 olarak bulunmuştur. Altı ilde 2003 yılında yapılan bir başka çalışmada yaşam boyu her hangi bir madde kullanımı %6, esrar kullanımı %4, uçucu madde kullanımı %5,2, ekstazi kullanımı %3,2, eroin kullanımı %2,8 olarak bulunmuştur (Ögel, 2004).

Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM) tarafından 2011 yılında okullarda yapılan araştırma, ülkemizde gerçekleştirilmiş en kapsamlı madde kullanım yaygınlığı çalışmasıdır. Otuz iki ilde yapılan bu çalışmada, toplam 129 okuldan 11812 öğrenciye ulaşılmıştır. Öğrencilerin %26,7'si tütün ve tütün ürününü, %19,4'ü alkollü içecekleri denemiş, %2,2'si ise tıbbi amacı dışında ilaç/madde kullanmıştır. Öğrencilerde, herhangi bir yasa dışı bağımlılık yapıcı maddenin en az bir kez deneme sıklığı %1,5 olarak bulunmuştur. Bu sıklık, erkeklerde %2,3, kızlarda %0,7 olarak saptanmıştır. Yapılan birçok araştırmada, madde kötüye kullanım ve bağımlılığının erkeklerde, kadınlardan daha fazla olduğu gösterilmiştir (Eaton, 2008).

Yapılan çalışmalarda madde kullanım yaşının giderek düştüğü bildirilmiştir. Son yıllarda Dünya'da 18 yaş altında ergenlerin maddeye başlama yaşının giderek düştüğü saptanmıştır. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin yayınladığı rapora göre ilk uçucu madde kullanım yaşı yaklaşık 11, esrar ve ekstazi kullanımı ise; sırasıyla 16 ve 17'dir (UNODC, 2014). Ülkemizde madde kullanım sıklığındaki artışa paralel olarak madde kullanmaya başlangıç yaşı giderek düşmekte ve ergenler madde kullanım bozukluğu açısından çok önemli risk grubunu oluşturmaktadır (Siyez, 2010). Türkiye'de uyuşturucu maddeyi ilk kullanma yaşı 14 olarak bildirilmiştir. Ögel ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; ülkemizde adölesanların maddeyi ilk olarak, 13,7-14,2 yaşlarında denedikleri saptanmış, madde kullanım

sorunuyla tedaviye başvuru yaş ortalamasının 16 olduğu bildirilmiştir (Ögel, 2000). Ülkemizde 18 yaş altında, hayatında en az bir kez madde deneme sıklığı farklı araştırmalara göre %1-5 arasındadır (Güler, 2008). Adölesanların %70'inin çoklu madde kullandığı saptanmıştır. Sigara en sık kullanılan madde, alkol ise ikinci sıklıkta kullanılan maddedir. Farklı çalışmalarda farklı oranlar verilmekle birlikte, madde bağımlılığı nedeniyle hastaneye yatan ergen ve genç yaş dönemindeki bireylerin büyük çoğunluğunu (%80) opiyat bağımlıların oluşturduğu bildirilmiştir. Madde bağımlılığı tedavisine ihtiyaç duyan 12 ile 17 yaş arasındaki çocukların sadece %10'u herhangi bir hizmet aldığını bildirilmiştir (Chan, 2009).

Yurdumuzda 15 ilde 1998 yılında 15-17 yaş grubuna yönelik yapılan SAMAY(Sigara, Alkol, Madde Kullanım Yaygınlığı ve Kullanım Özellikleri) isimli araştırmada ise, yaşam boyu madde kullanım sıklığı sırasıyla şöyle bulunmuştur: Esrar %3,5, uçucu maddeler %8,6, sedatif hipnotik %3,2,eroin %1,6'dır (Ögel, Tamar, Evren ve ark, 2001).

UNODC tarafından 2003 yılında Türkiye'de lise ikinci sınıf öğrencileriyle yapılan araştırmada yaşam boyu en az bir kez esrar kullanım yaygınlığı %5,1, ekstazi %3,2, uçucu madde %5,2, sedatif hipnotik ilaçlar %5,4, eroin %2,8 ve flunitrazepam %3,1 olarak bildirilmiştir (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi, 2004).

İstanbul'da 2004 yılında 3483 adölesan ile yapılan çalışmada; yaşam boyu en az bir kez uçucu madde kullanım yaygınlığı %5,9, esrar kullanım yaygınlığı %5,8, flunitrazepam kullanım yaygınlığı %4,4, benzodiazepin kullanım yaygınlığı %3,7, ekstazi %3,1 ve eroin kullanım yaygınlığı ise %1,6 olarak bulunmuştur (Ögel, 2005).

İstanbul Bakırköy Çocuk Ergen Madde Tedavi Merkezi (ÇEMATEM) 2016 yılı verilerine göre, 18 yaş altındaki poliklinik ve yatan hastaların sayısını 633 olarak bildirilmiştir. Madde kullanım sıklığı; eroin (%48,4), esrar (%12,6), uçucular (%8), metamfetamin (%5) ve MDMA (%2) olarak verilmiştir. Dikkat çekici olan ise opiyat grubundan eroinin bir defalık kullanımının dahi bağımlılık yapabileceği ve eroine bağlı yatış oranlarının ise giderek arttığıdır. Ayrıca yatanların çoğunluğunu da eroin

bağımlıları oluşturmaktadır. Son zamanlarda kannabinoid ya da farklı madde kullanımının da giderek arttığı ifade edilmektedir.

TUBİM 2016 Uyuşturucu Raporu'na göre bağımlılık nedeniyle yatarak tedavi görenlerin; %95,08'inin (10.349) erkek, %4,92'sinin (535) kadın olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular, adölesanlar ile benzerlik göstermektedir (EMCDDA 2016 Ulusal Raporu). Ayrıca 15-24 yaş aralığının madde kullanımı açısından en riskli dönem olduğu bildirilmiştir (TUBİM 2012, 2014).

Son yıllarda ülkemizde yapılan çalışmalarda alkol ve madde kullanım sıklığının giderek arttığı görülse de, hala Avrupa ve Amerika Ülkeleri'nin altında kullanım sıklığı görülmektedir (Arıkan, 1996; Türkcan, 1998; Yumru ve ark, 2005).

1.5. Adölesan / Ergen Tanımı

Ergenlik, gelişim dönemleri içinde birey için en önemli evredir. Bu dönem; fiziksel büyüme, cinsel gelişim ve psikososyal olgunlaşmanın gerçekleştiği, çocukluktan erişkinliğe geçiş dönemidir. Puberte ile başlayan ergenlik, yaşam boyu en etkileyici biyolojik ve sosyal adaptasyon dönemidir. Bu dönemde; beyin, nöroendokrin sistem ve hormonal sistem ile birlikte, fiziksel büyüme ve üreme sisteminde farklılaşma gibi vücutta birçok değişiklik meydana gelmektedir (Susman, 2004).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından 10-19 yaş aralığı adölesan yaş grubu, 15-24 yaş aralığı ise genç yaş grubu olarak nitelendirilir (DSÖ, 2012). Adölesan ve gençlik dönemlerine ilişkin yaşların kesişmesi nedeniyle 10-24 yaş grubu genç insanlar olarak adlandırılır. Dünya nüfusu altı milyarı geçmiştir ve beşte birini 10-19 yaş grubu adölesanlar oluşturmaktadır. Adölesan yaş grubunun nüfusu yaklaşık 1,2 milyar olup giderek artmaktadır (DSÖ, 2012a).

Adölesan döneminin diğer tanımı ise; fiziksel ve duygusal süreçlerin yol açtığı, cinsel ve psikososyal değişim ile başlayan, bireyin bağımsızlığını ve toplumsal etkinliğini kazanmaya başladığı evre olarak ifade edilmektedir. Bu dönemin ne kadar süreceğinin belli olmadığı ifade edilmiştir (Çuhadaroğlu, 2005).

1.6. Madde Kullanımına Yönelik Olası Risk Faktörleri ve Etmeler

Adölesan döneminde bireyler; eğlenmek, sosyal ve duygusal gereksinimlerini gidermek, sorunlardan uzaklaşmak, merak, heyecan ve yenilik aramak gibi birçok nedenle madde kullanmaya başlayabilirler. Madde kullanımına sebep olan birçok risk faktörü olmakla birlikte aşağıda ana risk grupları ve etkenler özetlenmiştir (Herken, 2000). Bunlar:

Arkadaş grubuna bağlı etkenler; arkadaşlarının madde kullanması, arkadaş ve akran grubunun madde kullanımını onaylayan tutumları,

Aileye bağlı etkenler; aile bireylerinin karşılıklı sağlıklı iletişim kuramaması, ebeveynlerin madde kullanımı ile ilgili onaylayıcı tutumları, aile içinde örnek alacağı bir bireyin olmaması, ayrıca; ebeveynlerin alkol veya madde kullanması, parçalanmış ve ayrı yaşayan aileler, geniş ve kalabalık aileler, aile içinde istismar ya da ihmalin bulunması, ailede uygun olmayan disiplin yöntemlerinin kullanılması (baskıcı veya ilgisiz aile vb gibi) ve ebeveynlerin ergenin yaşamıyla ilgilenmemesi,

Kişiyeye bağlı etkenler; ergenin çocukluk döneminde problemlili davranışlar sergilemesi (saldırganlık, aşırı tepkisellik, kendisini kontrol etmede güçlük, özgüven eksikliği, ilişki kurmada veya duygularını ifade etmede güçlük vb. gibi) ana etkenlerdir. Aşırı utangaçlık, düşük benlik saygısı, hayır diyememe ya da sorunlarla başa çıkabilme gibi sosyal beceri yoksunluğu, kendini bir yere ait hissetmeme/ hissedememe de diğer önemli nedenlerdir. Ayrıca kontrolsüz davranışlar (şiddet ve suç işlemeye yatkınlık, otoriteye karşı gelme), okulda başarısızlık veya okul ile ergen

arasında bir bağın olmaması, alkol ve madde ile erken yaşta tanışma, madde hakkında olumlu yaklaşım ve düşünceler, fiziksel veya ruhsal hastalıklar,

Çevresel etkenler; düşük sosyoekonomik düzey, kötü fiziksel şartlar, suç işleme ve madde kullanım oranı yüksek olan çevrede yaşamak, maddeye ulaşmanın kolay olması sayılabilir.

Wills ve Yaeger, çalışmalarında adölesanların madde kullanmaya başlamasında en büyük etkenin aile faktörü olduğunu ifade etmiştir. Ayrıca, ev ortamında aileden birinin alkol veya madde kullanıyor olmasının etkili olduğu, aile içinde çocukların problemlerini anlayış ve sempatiyle dinlemenin ve duygusal desteğin de koruyucu faktör olduğu bildirilmiştir (Wills ve Yaeger, 2003). Üniversite öğrencileri ile yapılan bir çalışmada, sigara kullanımına göre alkol tüketiminin ergenlerde madde kullanımını belirgin oranda arttırdığı saptanmıştır (Çavuşoğlu, 2009). Başka bir çalışmada adölesanların; yaşadıkları sosyal çevrede, aile içi ve yakın çevrede bağımlı bulunmasının madde kullanımına zemin hazırladığı bildirilmiştir (Akfert, Çakıcı, Çakıcı, 2009). Yine başka bir çalışmada ise, madde kullanımının arkadaş özelliklerinden fazlaca etkilendiği ve bireyin madde kullanan arkadaşının olmasının çok önemli olduğu saptanmıştır. Ayrıca, madde kullananların %50,2'sinin, madde kullanmayanların ise %15,2'sinin madde kullanan arkadaşının bulunduğu bildirilmiştir (Erdem, Eke, Ögel ve ark, 2009).

MKB olan adölesanların, stresle baş etme becerilerinin yeterince gelişmediği, kişiler arası ilişkilerde uyumsuz oldukları, sosyal becerilerde ise yetersiz oldukları ifade edilmiştir. Shedler çalışmasında; madde bağımlılarının hayatlarında eksik olan insani ve toplumsal ilişkileri telafi etmek ya da kaygılarını hafifletmek için madde kullanmanın rahatlatıcı olduğuna inandıklarını bulmuştur (Shedler, 1990). Kişilerarası ilişkilerde değişken, sürekli sevgi ve ilgi bekleyen, hiperaktif, sinirli, kendini büyük ve güçlü gören kişilikte olanların, alkol/madde kullanımına yatkın olduğu ifade edilmektedir (Swendsen, 2002).

Aile ilişkileri, adölesanlarda madde kullanımını etkileyen en önemli faktörler arasında sayılmaktadır. MKB olan ve olmayan ergenlerin çocukluk dönemi aile yaşantılarına ilişkin yapılan çalışmada; adölesanların anne-babaları ile yaşadıkları anlaşmazlık/çatışma düzeyi, anne-babalarının çocuklara yönelik tutumları ve ebeveynlerin evlilik ilişkisindeki mutluluk ya da mutsuzluk durumuna göre algılarının ve anlayışlarının değiştiği bildirilmektedir (Young, 2009). MKB olan adölesanlar; anne-babalarının evlilik ilişkilerinde mutsuz, çatışma düzeyinin daha fazla olduğu ve çocuklara yönelik tutumlarının daha az kabul edici olduğunu bebildirmiştir (Siyez, 2012). Anne-baba ile çocuk/ergen yakınlığı, madde kullanımını ve bağımlılıktan koruyan en önemli faktörlerden birisidir. Ancak bazı durumlarda bu yakınlığın ve aşırı ilginin ergenin psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyebileceği de bilinmelidir. Yakınlığın ve ilginin üst düzeyde olduğu ailelerde, destek ve güvence sağlanırken aynı zamanda adölesanın gelişimin engellenebileceği de saptanmıştır (Fişek, 2005).

Erken ergenlik ya da çocukluk döneminde olumsuz aile yaşantılarının, ergenlik ve genç yetişkinlikte madde kullanımıyla ilişkili olabileceğine dair çalışmalar bildirilmiştir (Gayman, 2011). Madde deneyen 15-18 yaşlarında adölesanların yaklaşık 1/3'ü; yaşamlarındaki sorunları aileleri ile paylaşmadıklarını, yaşamlarının birçok alanında yapmaları gerekenleri, hayatındaki önemli değerleri, alkol kullanımı konusundaki düşüncelerini, giyim tarzını ve boş zamanlarını değerlendirme gibi birçok konuyu ailelerinden farklı düşündüklerini ifade etmişlerdir.

Çocukluk çağı travma (ÇÇT) öyküsü, tedavi altındaki madde bağımlılarında mevcut klinik tablonun seyrini olumsuz yönde etkilemekte, tedaviden kaçınma ya da tedaviden erken ayrılma gibi olumsuz durumlara neden olmaktadır. Birçok çalışma ÇÇT ile alkol-madde kullanım bozukluğu arasındaki ilişkiyi doğrulamıştır (Langeland, 2004). Yapılan çalışmalarda; madde kullanan bireylerin öyküsünde ÇÇT'sı bulunması, kişilik özellikleri, aile özellikleri ve ebeveyn ilişkileri ile bağımlılık düzeyleri arasında anlamlı ilişki olduğu bildirilmiştir.

Problem çözme; kişinin stresli durumların üstesinden etkili şekilde gelmesini sağlayan, bilinçli, gerçekçi, amaçlı ve çaba gerektiren başa çıkma sürecinin tamamını kapsamaktadır. Bu tanıma göre, başa çıkma tamamıyla problem çözme değildir, ancak problem çözme becerilerini de içermektedir. Problem çözme yeteneği, uyumlu ve aktif problem çözme becerilerinin kullanımı ile ilgilidir. Probleme pozitif yaklaşım ve akılcı problem çözme, stresli durumları değiştirmede veya tehdit ifade eden durumların üstesinden gelmede daha iyi başa çıkma stratejilerini kullanma olarak tanımlanmıştır. Madde bağımlısı olan ergenlerin ailelerinde aile içi problem çözme ve günlük problemlerle başa çıkma becerileri konusunda eksiklikler bulunmaktadır. Madde bağımlılığının tedavi sürecinde kendilik kontrolü, sosyal becerilerin belirlenmesi ve geliştirilmesi, stres yönetimi ve problem çözme gibi aktif başa çıkma stratejileri iyileşme sürecindeki bağımlı için gerekli ve önemli özelliklerdir. Sosyal-bilişsel tedavide kişisel, sosyal ve sağlık problemleriyle başa çıkma yollarının öğretilmesi hedeflenmektedir. Birçok araştırmada, problem çözme becerileri ve madde bağımlılığı arasında ilişki olduğu bildirilmiştir.

Madde bağımlılığının sağlık alanı dışında, toplumsal, kamusal, sosyal, hukuki ve idari birçok yönü olduğundan, gençlerde madde bağımlılığının önlenmesinde birçok birimin birlikte çalışması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Önleme programlarının başarılı olabilmesi için, öncelikle risk altındaki çocuk ve adölesanların saptanması, hangi bireysel ve çevresel faktörlerin adölesan çağında madde kullanımı açısından risk oluşturduğunun ya da koruyucu olduğunun belirlenmesi gereklidir. Çalışmalarda ergenlerin neredeyse tamamına yakını, madde bağımlılığını gençlerin sağlığını tehdit eden önemli bir sağlık sorunu olarak gördüklerini belirtmektedir. Ergenlerin büyük çoğunluğu, sorunlu olan çocuklara karşı ailelerin ilgisizliği ve yetersiz kalmasının, sorunun en önemli nedenlerinden olduğunu ifade etmektedir. Diğer taraftan okul çevresinde yeterli ve gerekli güvenlik tedbirlerinin alınmaması, gençlere yönelik spor, sosyal kulüp ve faaliyetlerin yetersiz olması, medyada özendirici yayınların yapılması gibi önlenemez nedenlerin madde bağımlılığı ile mücadelede yetersiz kaldığı bildirilmiştir (Akvardar, 2014 ve Faggiano, 2012).

Günümüzde ergenlerde madde kullanım bozukluğu tedavisi birçok faktöre bağlı olarak güçlkle yürütölmektedir.

Önleme faaliyetlerini planlamak ve uygulamak için, başta risk etmenlerini belirlemek ve risk altındaki ergenleri tespit etmek çok önemlidir (Alikasıfoğlu, 2005). Bir çocuğun maruz kaldığı riskler arttıkça, çocuğun uyuşturucu madde kullanma olasılığı da aynı oranda artmaktadır. Önlemenin önemli bir amacı da, risk faktörleri ve koruyucu faktörler arasında dengeyi değiştirmektir (Shane, 2015; Nash, 2005 ve Pisarka, 2016).

1.7. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları (ÇÇT), bireylerin 18 yaşından önce maruz kaldığı cinsel, fiziksel, duygusal istismar ile duygusal, fiziksel ihmalin yanı sıra; ebeveyn kaybı, ebeveynden ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğal afetler yaşamak şeklinde tanımlanabilir (Herman, 2011). ÇÇT başlığı altında yer alan çocuk istismarı ve ihmali, ana-baba ya da bakıcı gibi bir yetişkin tarafından çocuğa uygulanan, toplumsal gelenekler ve uzman kişiler tarafından uygunsuz veya zarar verici olarak değerlendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizlikler ve bunların sonucunda çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesi durumudur (Oral ve ark, 2001; Taner ve Gökler, 2004). Yurdakök'e göre çocuğa kötü muamele; ebeveynler, bakım verenler, erişkinler tarafından kaza dışı gerçekleştirilen, çocuklarda fiziksel ya da duygusal hasar bırakma olasılığı yüksek olan, toplumsal normlara aykırı olarak, bilerek ya da bilmeyerek yapılan veya yapılması gerekli olduğu halde yapılmayan davranışların tamamını içermektedir (Yurdakök ve İnce, 2010). ÇÇT; yinelenebilirliği, çocuğa genellikle en yakını olan kişiler tarafından yapılıyor olması ve yaşamın ilerleyen yıllarında olumsuz etkilerinin olması nedeniyle, tanımlanması ve tedavi edilmesi en zor travma türüdür (Yılmaz ve ark, 2003; Bahar ve ark, 2009). ÇÇT; her kültürde, sosyal sınıfta, etnik grupta ve sosyoekonomik düzeyde görülebilir (Bostancı ve ark, 2006). İstismar ve ihmalin

farklı şekilleri yalnız aileleri değil, toplumu, sosyal kuruluşları, yasal sistemleri, eğitim sistemi ve iş alanlarını etkileyen sağlık sorunudur (Taner ve Gökler, 2004a; Akduman ve ark, 2005). DSÖ çocuk istismarını, yetişkin tarafından bilerek veya bilmeyerek gerçekleştirilen ve çocuğun sağlığını, fiziksel ve psikososyal gelişimini olumsuz yönde etkileyen davranışlar bütünü olarak tanımlar. Bu tanımda önemli olan yetişkinin niyetinden daha çok eylemin çocuk üzerindeki bıraktığı olumsuz etkidir (Bahar ve ark, 2009).

ÇÇT; ebeveynin özellikleri, toplumsal sorunlar, aile içi sağlıklı iletişim, etkileşim ve çocuğun gelişimsel sorunlarıyla ilgili olabilmektedir (Kara ve ark, 2004).

Düşük sosyoekonomik düzey, kısıtlı yaşam alanı, geniş aile yapısı, göç, düşük eğitim düzeyi, tek ebeveynli aile, düşük evlilik kalitesi, zayıf ebeveyn-çocuk ilişkisi, ebeveynin madde kullanım öyküsü çocuğa yönelik ihmal ve istismarın ortaya çıkmasına zemin hazırlayıcı etkenler olarak bildirilmiştir (Kara ve ark, 2004; Armağan, 2007). Ayrıca duygusal yönden yetişkinliğe ulaşmamış, erken yaşta ebeveyn olmak çocuk ile duygusal bağ kurmada sorun oluşturmakta, çocuk istismar ve ihmaline neden olabilmektedir. Sürekli ağlayan, yeme problemi olan, hasta, sorumsuz, saldırgan, ebeveynler ile iyi ilişkiler kuramayan, zihinsel veya fiziksel gelişme geriliği olan çocukların daha çok istismar edildiği saptanmıştır. Anne-baba yokluğu ise ayrı bir stres faktörü olarak ele alınmaktadır. Ölüm, boşanma veya ayrı bir yerde çalışma nedeniyle parçalanmış aileler, çocuk istismarında önemli risk grubunu oluşturur. Anne-baba tarafından ihmal ve istismar edilme, anne-baba arasındaki şiddete tanık olma, parçalanmış aileden gelme, aile sorunlarının çocukta ortaya çıkardığı duygular, çocuğun yaşam biçimini ve kişilerarası ilişkilerini önemli ölçüde etkileyerek çocuğun bunları taklit etmesine, dolayısıyla istismarcı kişilik kazanmasına neden olmaktadır (Bulut, 1996).

Ülkemizde çocuk istismarı ve ihmaliyle ilgili araştırmalar son 20 yılda yapılmaya başlamıştır. Çok merkezli yapılan çalışmalarda, toplumda fiziksel istismar

sıklığının %15-75 arasında, cinsel istismar sıklığının ise yaklaşık %20 olduğu bildirilmiştir (Aksel ve ark, 2005; Başbakanlık-UNICEF, 2010).

Literatürde ÇÇT yaygınlığı ile ilgili araştırmalar göz önünde alındığında, duygusal istismar ve ihmalin çocuğa kötü muamele biçimleri arasında en az çalışılan konu olmasına rağmen, en yaygın olabileceği saptanmıştır (Wright et al, 2009). Nitekim duygusal istismar en yaygın ÇÇT'dir. Bunu fiziksel istismar/ ihmal ve cinsel istismar izlemektedir. Duygusal istismar, diğer tüm kronik istismar tiplerine eşlik edebilmekte, fiziksel istismar ve cinsel istismar ile karşılaştırıldığında ise bütün toplumlarda yaygın olarak görülmektedir (Gökler, 2006; Unicef Eapro, 2012).

1.7.1. İstismar ve İhmal Sınıflaması

İstismar beş kategoriye ayrılmaktadır. Bunlar; fiziksel, cinsel duygusal istismar ile fiziksel, duygusal ihmaldir.

1.7.1.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar, çocuğun kaza dışı yaralanmasıdır (Polat, 2004; Hancı, 2002). UNICEF fiziksel istismarı; kaza dışı, çocuğa acı veren ve yasaklanmış şiddet davranışları uygulanmasıyla, çocuğun gelişim ve iş görme yetileri bakımından hasara uğraması olarak tanımlamaktadır. DSÖ ise, çocuğa kasıtlı olarak uygulanan fiziksel güç kullanılmasıyla; çocuğun sağlığı, gelişimi ve onuru açısından zarar görmesi olarak tanımlanmaktadır (Polat, 2004). İstismara yatkınlık; genellikle anne-babanın genç olması, anne-babanın çocukluk döneminde istismar öyküsünün bulunması, ailede alkol veya madde bağımlılığı, ailede ekonomik sıkıntı, ebeveynlerden birinin ölümü, ailede ruhsal ya da fiziksel hastalık olması, çok sayıda çocuk sahibi olma, parçalanmış aile ilişkisi ve sosyal destek yokluğu olarak bildirilmektedir (Hancı, 2002). Fiziksel istismara uğramış çocukların sosyal işlevselliğinde birçok eksiklik bulunmakta, bu çocuklar yakın ilişki kurmakta güçlük çekmekte ve istismar davranışı

içeren ilişkiler kurmaktadır (Kaplan, 1999). Bu çocuklarda bilişsel ve duygusal özelliklerde bozukluk ve akademik başarısızlığa da sık rastlanmaktadır.

1.7.1.2. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun ya da ergenin, bir yetişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanma, tehdit ya da alıkoyma yolu ile kullanılması olarak tanımlanır. İki çocuk arasındaki cinsel aktiviteler, yaş farkının dört ya da üzeri olduğunda, küçük çocuğun zorlama ya da ikna ile cinsel haz amacı içeren aktivitelere maruz bırakılması olarak ta ele alınır (İşeri, 2008). Çocuklukta cinsel istismara maruz kalma sıklığı %10-40 arasında değişmektedir (Avcı ve Tahiroğlu, 2007). Cinsel istismar mağdurlarının %53'ü 14 yaş altındadır. Cinsel istismar, kızlarda erkeklere oranla dört kat daha fazla görülmektedir (Ballı, 2010).

Cinsel istismarın herhangi bir sosyodemografik grupla bağlantısı saptanmamış ve her sosyoekonomik düzeyde görülebileceği bildirilmiştir (Zara & Page, 2004). Çocuklukta cinsel istismar ile annenin eğitim düzeyi arasında belirgin bir ilişki olduğu ifade edilmektedir. İstismar eyleminde bulunanlar genellikle erkektir, %5-15'inde ise suçlu kadındır. Çocukluk dönemi cinsel istismarında alkol veya madde kullanımı yanında suçluluk oranı ve özellikle babada anti-sosyal davranışlar yüksek oranda bulunurken annede depresyon oranı yüksektir (Özen ve Şener, 1997).

1.7.1.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, çocukların ihtiyaç duydukları ilgi, sevgi ve bakımdan mahrum bırakılarak psikolojik hasara uğratılma durumudur. UNICEF duygusal istismar ve ihmali; çocuğun nitelik, kapasite ve arzularının sürekli kötülenmesi, sosyal ilişkilerden yoksun bırakılması, çocuğa insan üstü güçlerle sosyal açıdan ciddi zararlar verme ya da terk etme ile tehdit edilmesi, çocuktan yaşına ve gücüne uygun

olmayan taleplerde bulunulması ve çocuğun topluma aykırı düşen yöntemler ile yetiştirilmesi olarak tanımlamıştır (Güler ve ark, 2002).

Çocuğa bağırma, küfretme, değer vermeme, aşırı baskı ve otorite kurma, lakap takma, çocuğu reddetme, aşağılama, yalnız bırakma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, önemsememe, küçük düşürme, bağımlı kılma ve aşırı koruma, çocuğun duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, çocuktan yaşının üzerinde sorumluluklar bekleme, kardeş ayrımı yapma, çocukla alaylı konuşma en sık görülen duygusal istismar türleridir.

Duygusal istismar ve ihmal sık görülmekle birlikte, fark edilmesi, tanımlanması, anlaşılması ve yasal olarak kanıtlanmasının güç olduğu bildirilmiştir (Lynch ve ark, 2008).

Duygusal istismar çocuğun kişilik ve okul başarısı ile birlikte fiziksel gelişimini de olumsuz yönde etkilemektedir. Beş farklı ülkede yapılan çalışmada, çocuğa bağırma %75-80 oranında en sık görülen duygusal istismar tipi olarak bildirilmiştir. Normal yetişkinler ile yapılan bir çalışmada; duygusal istismar, fiziksel istismar ve fiziksel ihmalin yüksek oranda birlikte görülen çocukluk çağı travma türleri olduğu saptanmıştır (Glaser, 2002).

1.7.1.4. Duygusal İhmal

İhmal, ailenin çocuğun büyümesi için ihtiyacı olan güvenilir sağlıklı ortamı sağlamaması ve çocuğu tehlikelere karşı korumama olarak tanımlanır. Anne ve babanın çocuğu ile konuşmaması veya sorularını yanıtlamaması, çok uzun süre çocuğu yalnız bırakması, yeterince yemek vermemesi ve bakımını sağlamaması gibi davranışları içerir. Düşük ebeveyn eğitimi, sosyal destek yokluğu, toplumdan ya da kişilerden soyutlanma, ev içi şiddet, ebeveynlerde alkol-madde kullanımı ya da depresyon gibi ruhsal hastalıklar duygusal ihmalle birliktelik göstermektedir. İhmal, karışık ve düzensiz ev ortamıyla karakterize ve daha çok çevresel problemlerin

olduğu, daha fazla tehlikeli yaşam koşullarının bulunduğu ortamlarda gerçekleşmektedir (Cornell ve ark, 2006).

Başka bir tanımda duygusal ihmal; çocuğun psikolojik ihtiyaçlarına yanıt vermeme, duygusal olarak ilgilenmeme, yeterli sevgi ve şefkati göstermeme, sosyal gelişimi için yeterli destekten yoksun bırakacak sosyokültürel kuralları ğretmeme olarak ifade edilmiştir (şar, 1998).

1.7.1.5. Fiziksel İhmal

Fiziksel ihmal, 18 yaşından küçük ocuk ya da adölesanın sağlığına gerekli özeni göstermeme, yetersiz beslenme, gerekli eğitimini sağlamama, yaşına ve mevsime uygun giydirmeme, gerekli barınma ihtiyacını sağlamama, hijyen ya da gerekli bakımı vermeme şeklinde çocuğun zarara uğraması olarak tanımlanmıştır (Kaplan ve ark, 1999).

1.8. Çocukluk ağı Travmaları İle Alkol/Madde Kullanım İlişkisi

Travma, canlı üzerinde beden ve ruh sağlığı açısından önemli ve ciddi hasar bırakan olay olarak tanımlanmaktadır. Psikolojik ve fiziksel travma oluşturan bir çok olay kategorisi olmakla birlikte ana başlıklar şöyle sıralanabilir:

1. Resmi görevliler (Okul görevlileri, kreş görevlileri, işveren, emniyet ve kolluk kuvvetleri, stajyerlik dönemi ile ilgili görevliler vb.) tarafından şiddet uygulanması
2. Aile içi veya dışı fiziksel, duygusal ve cinsel istismar, saldırı ve suiistimler
3. Bireylerin, grupların hasımlarına şiddet uygulaması
4. Topluluklara baskı ve şiddet uygulanması
5. Trafik kazaları, iş kazaları, yangın, doğal afetler vb.

Travmatik olayların, ergenlerin biyopsikososyal yaşamı üzerinde ciddi, sarsıcı ve örseleyici etkileri olmaktadır. Bu etkilerin kalıcı olması, bireyin kişisel özellikleri kadar yaşadığı toplumsal çevrenin travmaya verdiği tepki ile de ilişkilidir. Öte yandan örselenmiş bireyin aile, okul, arkadaş ve çalışma ortamı gibi alanlardaki değişimler olaya toplumsal boyut kazandırmaktadır. İnsanların çoğu, çocukluk döneminde stres verici olaylarla karşılaşır ya da hayat beklentilerinin, isteklerinin karşılanmaması gibi gerçeklerle yüz yüze kalırlar. Bu durumlar ise normal koşullarda travmaya dönüşmez. Ancak yaşanan stres verici eylemin şiddeti ve etkilenen bireyin yaşı, kişilik ve benlik özellikleri, olayın gerçekleştiği aile ve çevre koşullarının uygunsuzluğu gibi faktörler tabloyu travmatik bir sürece dönüştürebilir. Sonuçta, yaşam boyu sürebilecek ciddi sonuçlar ortaya çıkar.

Çocukluk çağında, çocuğun bulunduğu sosyal koşullar, bakım veren kişinin yetiştirme tarzı, güven duygusunu zedeleyecek, bağlanmayı ve kişilik gelişimini olumsuz yönde etkileyecek davranışlar gibi dinamik etkenler hayatın ilerleyen dönemlerinde psikolojik travmalara yol açabilmektedir. Genelde travma olarak kabul edilmeyen bu durumlar belirgin travmatik olaylardan daha sıktır, toplum ve kişiler tarafından kolay fark edilemediğinden tespit edilmesi de daha zordur (Young ve ark, 1998).

Çocukluk çağı travma öyküsünün, birçok psikiyatrik hastalıkla ilişkisi olduğu bilinmekte ve hastalık oluşumu için risk etkeni olduğu kabul edilmektedir. Bunlardan bazıları; anksiyete bozukluğu, travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu ve madde kullanım bozukluğudur (Terr, 1983; Ellason, 1997; Brown, 2002; Güz ve ark, 2003).

Çocukluk çağı travmaları, çocukluk çağında ve erişkinlikte birçok patolojiye yol açması nedeniyle doktorların hasta ile ilgili öykü alırken mutlaka sorgulaması gereken konulardan biridir. Hastaların kesitsel değerlendirilmesi ve önemsenmemesi ÇÇT'sinin gözden kaçmasına neden olabilmektedir.

Travmanın psikolojik etkileri; travmanın türü, şiddeti, travmanın olduğu yaş, sosyoekonomik ve sosyokültürel düzey, travmaya akut ya da kronik maruziyet gibi oldukça farklı değişkenler ile ilgilidir. Travmaya uğrayan bireyde, bellekteki olayın tekrar hatırlanması ve canlanması sıklıkla görülmektedir. Bazen, yaşanan travma gözle görülme bile olayın tekrar yaşandığını gösteren durumlar ile ilgili yayınlar bildirilmiştir (Levitan ve ark, 1998). Travmanın sık olumsuz etkilerinden biri de travmaya özel korkulardır. Böyle durumlarda travmayı hatırlatacak ortamlardan mümkün olduğunca kaçınmak ve yaşam stilini düzenlemek faydalı olabilmektedir.

Araştırmalara göre alkol-madde bağımlılığında, çocukluk çağı travmalarına genel popülasyondan daha sık rastlanmakta ve yaygınlığı %30-59 arasında değişmektedir. Çocukluk çağı travmaları, kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu ve alkol/madde bağımlılığına yatkınlığı arttıran etken olarak kabul edilmiştir (Kural, 2005).

Madde kullanım bozukluğu olan 72 kadının 2002 yılında katıldığı ve yeme bozukluğunun araştırıldığı bir çalışmada katılımcıların sekizinde (%11,1), 41 kadından oluşan sağlıklı kontrol grubunun ikisinde (%4,8) çocukluk dönemi cinsel istismar dışında travma öyküsü bildirilmiştir. Başka bir çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan 72 katılımcının 15'inin (%20,8) çocukluk döneminde cinsel travmaya uğradıklarını gösterilmiştir (Hantaş, 2002). Biyolojik aileleriyle birlikte yaşayan ve ebeveynlerden birinde madde kullanımı öyküsü olan, diğerinin ise normal ebeveynlik davranışı gösterdiği durumlarda çocukların sağlıklı ve normal gelişim gösterme olasılığının düşük olduğu bildirilmiştir (Werner, 1989). Uyuşturucu madde kullanan 138 ergen ve ailesinin hayat şartları incelenmiş, %45'inden fazlasının duygusal travma, stres ve olumsuz çocukluk çağı travması yaşadıklarını belirtilmiştir (Velez, 1989). Yapılan başka bir çalışmada, madde kullanan ebeveynlerin çocuklarına istismar edici davranışlarda bulunma riskinin yüksek olduğu bildirilmiştir (Williams-Peterson ve ark, 1994). Başka bir çalışmada; aile bireyleri arasındaki çatışmaların maddeyi bırakma sonrası uyuşturucuya yeniden başlamanın tek bulgusu olduğu belirtilmiştir (Levitan ve ark, 1998).

Kadınlar arasında madde kullanımının birçok nedeni vardır. Erken yaşlarda yaşanan cinsel istismar öyküsü bu nedenlerden biridir. Araştırmalarda madde kullanan kadınlarda %30-75 sıklığında cinsel istismar ve tecavüze uğradığı bildirilmiştir. Kadınlar uyuşturucuyu cinsel istismarın etkisini ve acısını hafifletmek amacıyla kullanmaktadır (Marcenko, 2000). Sosyodemografik özellikleri ayrıntılı şekilde incelenen beş vakanın değerlendirildiği çalışmada, vakaların parçalanmış aile yapısı ve bağımlı ebeveynlere sahip oldukları ve çocuklukta sıklıkla şiddet gördükleri bildirilmiştir (Oral ve ark, 1995). Ülkemizde alkol ve madde bağımlısı bireyler ile yapılan çalışmada, çocukluk çağı travmaları ile dissosiyatif belirtilerin yaygın olduğu, depresyon, anksiyete ve alkol-madde kullanımı arasında da pozitif ilişki olduğu saptanmıştır. Bu çalışmada, ülkemizde çocukluk çağı travmaları arasında, duygusal istismar ve fiziksel ihmalin en fazla sıklıkta olduğu gösterilmiştir (Oral ve ark, 1995). Madde bağımlılığı ve dissosiyatif belirtileri inceleyen başka bir çalışmada madde bağımlılarının %34'ünde çocukluk çağı kötüye kullanımı saptanmıştır (Dunn, 1994).

1.9. Başa Çıkma Tutumları

Bireylerin, stres verici olaylar ya da etkenlerin olumsuz etkilerini en aza indirmek ya da tümüyle ortadan kaldırmak için bazı başa çıkma tutumlarını (BÇT) kullanması evrensel bir yaklaşımdır (Ağargün, 2005). Araştırmalarda, stresin olumsuz etkilerinin, uygun baş etme stratejilerini kullanılarak azaltıldığı ya da yatıştırabildiği saptanmıştır (Clark, 1995). Yurt dışında 2006 yılında yapılan bir çalışmada başa çıkma; stres veren koşullarda duygu, biliş, davranış ve fizyolojiyi irade kullanarak değiştirmek olarak tanımlanmıştır (Smith et al, 2006). İnsanların stresle başa çıkma yollarının ruhsal, fiziksel ve toplumsal sağlığı etkilediğine dair yaklaşımlar giderek artmaktadır (Folkman, 1980). Baş etme yolları, bireyin iradesini zorlayan istekleri kontrol altına alma ve azaltma yönündeki bilişsel ya da davranışsal çabaları olarak bildirilmiştir (Franken ve ark, 2003). Başa çıkma anlaşılması zor olan karmaşık bir süreçtir (Baez, 1999). Farklı problemler ile farklı baş etme yöntemleri kullanılabilir. Ancak problemi çözmeye, sorun oluşturan durumu hafifletmeye

yönelik aktif baş etme yönteminin, pasif baş etme yollarından daha sağlıklı olduğu bildirilmiştir (Franken ve ark, 2003). Başa çıkmanın iki yaygın ana işlevi vardır; stres altındaki duyguları düzenlemek (duygu odaklı başa çıkma) ve sorunlu kişi-çevre ilişkilerini değiştirmektir (problem odaklı başa çıkma) (Honey, 2006 ve Folkman ve ark, 1986). Duygu odaklı başa çıkma, duygusal baskıyı azaltma ya da kontrol etme amacını taşır. Sorun odaklı başa çıkma, problem çözme ve stresin kaynağını değiştirme amacını taşır. Çoğu stres kaynağı her iki başa çıkma türü ile ilgili olsa da, sorun odaklı başa çıkma insanların olumlu bir şeyler yapabileceğini, duygu odaklı başa çıkma ise stres kaynağının bitirilmesi gerektiğini düşündüklerinde kullanıldıkları yöntemlerdir (Carver ve ark, 1989). Bazı araştırmacılar ek olarak iki boyutu daha göz önüne almışlardır. Bunlardan biri yeniden değerlendirme, diğeri ise kaçınmadır (Ingledeu, 1998). Bazı araştırmacılar başa çıkmayı üç temel boyutta ele almışlardır. Bu boyutlar; görev odaklı, duygu odaklı ve kaçınma odaklıdır (Parker, 1992). Başa çıkma, stresli dönem boyunca bireylerin ruhsal uyumlarını sürdürülmesine yardım eden dönem olarak tanımlanmıştır (Baez, 1999).

Araştırmacılar, baş etme ölçeğinin (The Coping Strategy Indicator, The Ways of Coping-Revised) kullanıldığı çalışmalarda, en etkili baş etme yöntemlerini belirlemek amacıyla yöntemlerin ölçülmesi gerektiğini ifade etmişlerdir (Clark, 1995). Bazı araştırmacılar, başa çıkmaya daha küçük açıdan bakmayı tercih ederler. Bir kaç araştırmacının, ruhsal sağlamlık olarak adlandırdıkları strese dirençli ya da esnek (resilience) kişilerin yaşam karşısında bazı tipik tutumları olduğunu bildirmiştir. Bunlar; “değişmeye açıklık”, “yaptıkları iş her ne ise, kendini o işe verebilme”, ‘’ olayların kontrolünü elinde tuttuğuna inanma’’ gibi tutumlardır (Pines, 1981).

Ülkemizde 119 üniversite öğrencisi ile yapılan bir çalışmada, öğrencilerin öz etkililik/ yeterlilik düzeyleri başa çıkma yöntemleriyle karşılaştırılmıştır. Başa Çıkma Ölçeği'nin kullanıldığı bu çalışmada, problem çözümü için gerekli olan yüksek öz etkililik/yeterlilik, uyumla bağlantılı baş etme stratejilerinin kullanımıyla pozitif yönde ilişkili olduğu gösterilmiştir (Keskin, 2006 ve Amirkhan, 1994). Aynı ölçeğin kullanıldığı diğeri bir çalışmada, öğrencilerin çoğu anksiyete ile baş etmede problem

çözme yöntemi ve toplumsal destek arama girişimlerini kullanmaktadır. Gençlik döneminde yeterli ve uygun başa çıkma yöntemlerinin kullanılması; sağlıklı bir kişilik gelişimine ve davranış sorunlarının daha az sıklıkta ortaya çıkmasına, yüksek benlik saygısı kazanılmasına ve madde kullanımı gibi zararlı davranış sıklığının azalmasına yol açmaktadır. Uygun başa çıkma tarzları, gencin ailesel ve toplumsal uyum sorunlarının çözümünde büyük katkılar sağlamaktadır (Kaya ve ark, 2007). Araştırmalarda ergenlerin baş etme yöntemi olarak, yeniden yaşantılama ve kaçınma davranışını kullandığı bulunmuştur. Araştırmacılar, düşük sosyoekonomik düzeydeki kişilerin daha çok umutsuzluk yaşadığını ve stresle başa çıkmak için daha çok duygusal odaklı başa çıkma yöntemlerini kullandığını bildirmiştir (Barker, 1990). Yüksek sosyoekonomik düzeydeki kişiler ise sorunu çözmeye çalışmak gibi belirli davranışsal ve bilişsel başa çıkma tutumlarını sıklıkla kullanmakta, sorunu görmezden gelmeyi ise daha az kullanmaktadır. Düşük sosyoekonomik koşullara sahip olan ergenlerin, ekonomik yönden daha varlıklı ergenlere göre ciddi streslere maruz kaldıkları ve ergenlerin de bunlardan yoğun şekilde etkilendikleri bildirilmiştir (Rosella, 1993).

1.10. Başa Çıkma Tutumları ile Alkol / Madde Kullanımının İlişkisi

Problem çözme yeteneğindeki eksiklik madde kullanımına zemin hazırlamaktadır (Durmaz, 1995). Ergenler, alkol ve madde kullanımını stresle başa çıkmada sorun çözme yolu olarak kullanmaktadır. Yapılan bir çalışmada yüksek oranda olumsuz yaşam olayları yaşamamanın ve stres içindeki ergenlerin, alkol ve madde kullanımının sıklığının fazla olduğu gösterilmiştir (TC Adalet Bakanlığı El Kitabı, 2007).

Ceylan ve Türkcan çalışmalarında, madde bağımlılığını önlemede farklı nitelikte başa çıkma becerilerini şöyle sıralanmaktadır (Ceylan ve Türkcan, 2003):

1. Önceden hazırlanan davranışsal başa çıkma becerileri; tetikleyicilerden uzak durmak (uyaranların kontrolü), devam eden önleme yöntemler

hakkında diğerlerinden yardım talep etmek, alternatif aktivitelerin sürdürülmesi.

2. Önceden hazırlanan bilişsel başa çıkma becerileri; kişisel kayıtlar tutmak, kişisel kışkırtıcılara karşı sürekli uyanık olmak, ileriye yönelik planlar yapmak.
3. Anlık uygulanabilecek bilişsel başa çıkma becerileri; kendini tutmak, sonuçlarını düşünmek, dürtünün uzaklaşmasını ve o duygudan çıkmayı bekleme, ilgiyi başka alana kaydırmak, kendi kendini cezalandırmadan kaçmak.
4. Anlık/hemen uygulanabilecek davranışsal başa çıkma becerileri; tetikleyicilerin yanından ayrılmak (uyaranların kontrolü), reddetme, alternatif aktiviteler veya alternatif kullanım, hemen birinden yardım istemek.

1.11. Aile ve Kişilik Özellikleri, Ebeveyn Tutumları

1.11.1. Aile Tanımı ve Özellikleri

Toplum ve kişiler arasındaki bağ ve iletişimi sağlama görevini yerine getiren aile, genellikle anne-baba ve çocuklardan oluşan çekirdek aileyi ifade etmektedir. Aile kurumu, içinde bulunduğu toplumun özelliklerini yansıtan en küçük birimdir. Çocuğun psikolojik ve davranışsal tutumlarını belirleyen en önemli etken aile yaşamıdır. Ailenin çocuk üzerindeki etkisi arkadaş, okul ve çevre etkisinden daha fazladır, çünkü çocuk zamanının büyük kısmını ailesiyle birlikte geçirmektedir. Çocuğun etkileşimde olduğu ilk kişiler olan anne ve baba, çocuğun karakterinin, ailesel ve toplumsal değerlerinin, davranışlarının gelişmesinde önemli etkiye sahiptir. Çocuk, önünde rol model ya da örnek alacağı ilk kişi olarak anne-babasını görmektedir. Bu nedenle, anne-babanın çocuğa karşı tutumu ve genel davranışları çocuğun kişiliğinin oluşmasında büyük etkiye sahiptir (Yavuzer, 2005). Çocuğun ya da ergenin, hayatının ilerleyen zamanlarında toplumla bütünleşmesini sağlayan, anne-babası ve ailesi ile deneyimlediği yaşantı ve iletişim çok önemlidir. Steinberg

yaptığı araştırmada, anne-baba tutumu ile çocukların davranışları ve psikolojik durumları arasında anlamlı ilişki olduğunu tespit etmiştir (Steinberg, 2001).

1.11.2. Aile Tutum ve Davranışları

Ailenin çocuğa karşı tutumu olumlu ise, çocuğun psikolojik sağlığı iyi olmakta ve olumlu yönde davranışlar sergilemektedir. Aile içinde sağlıklı ilişkileri olan ergenler, arkadaşlarıyla da olumlu yönde ilişkiler geliştirmektedirler (Sezer, 2010). Ergenlik dönemi, hem biyolojik sorunların olduğu hem de okul sorunlarının olduğu karmaşık dönem olduğu için ailenin tutumu ve sosyal çevrenin desteği, bu problemlerin kolay aşılmasını sağlamaktadır (Hamarta, Üre ve Demirbaş, 2010). Aile tutumu birçok araştırmacı tarafından farklı şekillerde kategorize edilmekte ve farklı özelliklerde olabilmektedir. Aşırı baskıcı ve disiplinli, koruyucu ve istekçi, reddedici ve ihmal edici, izin verici, tutarsız ve kararsız, mükemmeliyetçi, demokratik ve güven verici tutumlar olmak üzere yedi farklı aile tutumu bulunduğunu söylemek mümkündür (Sarıtaş ve Gençöz, 2015; Gönen, 2014). Bunlar:

1. Aşırı baskıcı ve disiplinli aile tutumunda; ebeveynler çocuğa karşı otoriter ve baskıcı davranırlar. Korkunun belirgin olduğu ailede, çocuğun olayları sorgulamasına fırsat verilmeden koşulsuz itaat etmesi istenir. Bu tutumla yetiştirilen çocukların ergenlik döneminde birçok patolojik davranış sergilemesi ve sürekli kaygı içinde olması muhtemeldir.
2. Koruyucu ve istekçi aile tutumunda; ebeveynler çocuğa gereksiz şekilde fazla özen gösterirler ve her şeyi kontrol altında tutmak isterler. Bu çocukların kendi başlarına bir şey yapmalarına izin verilmez ve bütün istekleri yerine getirilir. Bu durumdaki çocuk ya da ergenin gelecekte sorumluluk alma problemi, ayrılık kaygısı ve bağımlılık gibi sorunları ortaya çıkabilir.
3. Reddedici ve ihmal edici aile tutumunda; çocuk-aile ilişkisi zayıftır. Ailesi ile yeterince zaman geçiremediğinden duygusal yönden zayıf ve yetersiz olurlar. Ergenlik döneminde akranlarıyla ilişki kurmakta ve sevgilerini

göstermede güçlük çekerler. Bu tutum, çocuğun kaygı ve depresyon seviyesini arttırır.

4. İzin verici aile tutumunda; aile çocuğa karşı aşırı hoşgörölü ve boş vermiş durumdadır. Aile çocuğun neler yaptığıyla ilgilenmez, umursamaz ve çocukta tek başına kalmış durumdadır.
5. Tutarsız ebeveyn tutumunda; anne-baba birbirleriyle çelişebileceği gibi birbirlerinden bağımsız ya da birlikte çelişki içerisinde bulunabilir, tutarsız davranabilirler. Bu durumdaki çocuk doğru ve yanlış ayırt edemez, doğru yargılar geliştiremez.
6. Mükemmeliyetçi ebeveyn tutumunda; ebeveynler çocuktan, her olay ya da ortamda en iyi sonucu beklerler. Çocuk hata ya da yanlış yaptığında cezalandırılır ve bu yüzden hata yapma korkusu yüksektir.
7. Demokratik ve güven verici tutumda; ebeveynler çocuğu desteklerken sınırlarını belirler. Çocuğa karşı dürüst ve objektif şekilde yaklaşırılar. Bu tutum ile yetiştirilen çocukların kaygı ve depresyon seviyeleri düşük, kendilerine güvenleri yüksektir. Çocuğun kişilik bozukluğu sorunları ile karşılaşma olasılığı düşüktür.

Palut'a göre; otoriter, demokratik ve izin verici anne baba tutumu ile yetiştirilen ergenlerde madde bağımlılığı söz konusu olsa bile bu durum zaman içinde azalabilir ya da değişmez. Ancak reddedici ve ihmal edici anne-baba tutumunda madde bağımlılığı sıklığı giderek artış göstermektedir (Palut, 2008).

1.11.3. Kişilik Özellikleri

Kişilik oldukça tartışılan ve karmaşık bir yapıdır. İnsanlar, davranış ve birçok özellik açısından birbirinden farklıdır. Yapısal açıdan kişiliğin mizaç, karakter ve zekâdan oluştuğu konusunda çoğu araştırmacı hem fikirdir. Mizaç, biyolojik faktörlerin kişiliğe katkılarını, karakter ise sosyal ve kültürel etkilerini yansıtmaktadır. Zekâ, hem yapısal, hem sosyal özellikleri etkileyip tüm kişilik fonksiyonlarını düzenlemektedir. Kişiliğin temel fonksiyonları; düşünmek, duymak

ve algılamaktır (Yancar, 2005). Kişilik bireyin kendine özgü tutum, duruş ve davranış biçimini yansıtır. Kendini yönetme; kişinin kendi tercihleri konusunda sorumluluğunu kabul etmesi, anlamlı hedefler belirlemesi, sorun çözmede beceri ve güven geliştirmesiyle birlikte kendini durumunu kabullenmeden oluşur. Kendini yöneten birey otonom bir bireydir, sorumludur, amaçları vardır, beceriklidir, kabul edicidir ve görev duygusu olan bireydir.

Cloninger'e göre mizaç çoğunlukla kalıtımsaldır. Cloninger'in kişilik modelinde, davranışlar ile nörotransmitterler arasında bağlantı kurulmaktadır. Yenilik arayışı dopamin, zarardan kaçınma serotonin, ödül bağımlılığı nörepinefrin ve sebat etme ile glutamaterjik aktivite arasında ilişki olduğu bildirilmiştir. Kişilik özellikleri; kalıcı, alışılmış, yineleyen davranışlar bütünüdür. Kişilik özellikleri, kişiliğin belirginleşmiş yönleri olup, her zaman patolojik duruma işaret etmez (Cloninger, 2000).

1.12. Çalışmanın Amacı

Çocukluk döneminde yaşanan travmalar kişinin bedeninde ve ruhunda onarılması güç zedelenmeler oluşturur. Yaşamın ilerleyen dönemlerinde ve özellikle ergenlik döneminde, bu olumsuz deneyimler, geçirilen travmalar, karşılaşılan zorluklar ve güçlükler ile birlikte sağlıklı ve fonksiyonel olmayan başa çıkma yöntemleri kullanılır ve sorunlar çözüme ulaştırılmaya çalışılır. Bu durumlarla ilişkili olarak iyi iletişim kurabilen, birbirini dinleyen, önemseyen ve destek olan ebeveynler ve aile bireylerinin olması sorunlarla başa çıkmayı ve üstesinden gelmeyi kolaylaştıracaktır. Demokratik, birbirinin fikirlerini önemseyen bir ailedeki bireylerinin sorumluluklarını yerine getirmesi, paylaşımcı ve samimi aile ortamı da birçok sorunun, problemin üstesinden gelmeyi kolaylaştıracaktır. Bütünlüğü korunmuş aile ortamı, ergenlerin arkadaş ortamlarının ebeveyni tarafından bilinmesi, yaşama ait olağan hedeflerin olması, samimi ve bütünleştirici aile ortamında yaşanılması, ergenlerin yasal ya da yasal olmayan madde kullanımı ya da davranışlara yönelmesini ciddi oranda engelleyecek ya da azaltabilecektir.

Çalışmamızda çocukluk çağında geçirilen fiziksel istismar, duygusal istismar ve ihmal gibi travmalar, ergenlerin tercih ettiği ya da başvurduğu başa çıkma tutumları ve sağlıklı aile işlevlerinin eroin bağımlılığı ile ilişkilerini irdelemeyi amaçladık.

1.13. Çalışmanın Kısıtlılıkları

Kullanılan maddeler yasal olmadığı için bağımlılar, mevcut durumun gizli kalması eğilimdedir. Ayrıca sağlıklı düşünce akışı içinde olmadıklarından sorulara yanlış cevaplar verebilirler. Madde bağımlıların toplumdaki sayısı az miktarda olduğundan, çalışmaya katılan az sayıda birey sonuçların yanlış bulunmasına neden olabilir. Bağımlılar belli yerleşim birimi ve alanlara lokalize oldukları için eşit dağılım olmayacağından yanlış bulgular saptanabilir. Anket çalışmalarında bağımlıları tespit etmekteyiz, bağımlılık tanımı ve bağımlılık riski olanların ise daha ayrıntılı irdelenmesi gereklidir.

2. GEREÇ VE YÖNTEM

2.1. Araştırmanın Türü

Araştırmamız vaka kontrollü ve kesitsel çalışma olup, “Adölesan Eroin Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları, Stresle Başa Çıkma Tutumları ve Aile İşlevlerinin Tanımlanması” üzerine planlanmıştır.

2.2. Evren ve Örneklem

Çalışmamızın eroin bağımlısı adölesanlar ile ilgili bölümü, Sağlık Bilimleri Üniversitesi (SBÜ) Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne bağlı Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi’nde (AMATEM) 10 Haziran 2019 ile 10 Temmuz 2019 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş sağlıklı gönüllü adölesanlar ise Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Genel Pediatri polikliniğine gelen bireyler arasından çalışmaya alınmıştır.

Araştırma için 28.05.2019 tarih ve 2019/05-12 sayı ile Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu’ndan onay alınmıştır (Ek 6). Ayrıca SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıpta Uzmanlık ve Eğitim Kurulu’ndan da onay alınmıştır (Ek 7).

2.3. Araştırmaya Kabul Edilme Ölçütleri

Bağımlılarda araştırmaya alınma kriterleri;

- 10-19 yaş aralığında olan,

- DSM-V'e göre eroin kullanım bozukluğu tanısı konulmuş ve beraberinde bağımlılık yapan diğer maddeleri de kullanan,
- Tabloya eşlik eden başka bir bozukluğu veya nörolojik hastalığı olmayan,
- Psikiyatrik hastalık belirtilerinin dağılımını etkileyecek kadar herhangi önemli bedensel patoloji veya ciddi bir hastalığı olmayan,
- Yazılı bilgilendirilmiş olur formunu hem ergen hem de ebeveyni imzalamış olan,
- Çalışmaya kendi isteğiyle katılan bireyler arasından belirlenmiştir.

Sağlıklı kontrol grubu için araştırmaya alınma kriterleri;

- 10-19 yaş arasında olan,
- Herhangi bir madde ya da alkol kullanım bozukluğu tanısı olan
- DSM-V'e göre major depresif bozukluk tanısı olmayan,
- Geçmişte ya da güncel olarak herhangi bir psikiyatrik hastalık tanısı almamış,
- Psikiyatrik yan etkilere neden olabilecek ilaç kullanımı öyküsü olmayan,
- Yazılı bilgilendirilmiş olur formunu hem ergen hem de ebeveyni imzalamış olan,
- Çalışma ölçütlerini karşılayan ve hasta gruplarıyla yaş, cinsiyet açısından eşleştirilmiş adölesanlardan oluşan sağlıklı bireylerden belirlenmiştir.

Bağımlı ve sağlıklı adölesan gönüllülerin araştırma dışında bırakılma kriterleri;

- Bağımlı ve sağlıklı grupta, akut ya da kronik kafa travması geçirmiş olması,
- DSM-V tanı sınıflamasına göre majör depressif hastalık ya da kronik psikotik rahatsızlık olması,
- Ebeveyn ya da ergenin onam formunu imzalamaması,
- Kendi isteğiyle çalışmadan ayrılma isteği çalışma dışında bırakılma nedenleri olarak sıralanmaktadır.

Çalışmaya dâhil olma kriterlerine uyan 10-19 yaş grubundaki bağımlı ve sağlıklı adölesanlar ile ebeveynlerine çalışma hakkında detaylı olarak yazılı ve sözel bilgi verilmiş, araştırmaya katılmayı kabul eden ebeveynlerden ve adölesanlardan yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formu ile onam alınmıştır (Ek. 5).

2.4. Veri Toplama Yöntemi

Bağımlı adölesanlarda çalışmaya dahil olma kriterlerini taşıyan ve çalışmaya katılmayı kabul edenler, SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı Alkol ve Madde Bağımlılık Tedavi Merkezi'nde (AMATEM) izlemleri ayaktan ve yatarak yapılan, DSM V'e göre eroin bağımlılığı tanısı konulmuş hastalardan oluşmaktadır. Bağımlıların çalışmaya katılmaları, konu hakkında bilgilendirilmeleri, ebeveyn onam formunun ve de reşit olmayanların onam formunun doldurulması işlemi, kullanılan ölçeklerin doldurulması ve kontrol edilmesi, AMATEM Sorumlu Hekimi, Ergen ve Ruh Sağlığı Uzmanı, Başasistan Dr. Şafak Yalçın Şahiner tarafından uygulanmıştır. Sağlıklı kontrol grubu ise; Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine gelen hastalardan ve çalışmaya katılmayı kabul eden, yaş ve cinsiyet olarak eşleştirilmiş gönüllülerden oluşmuştur. Sağlıklı katılımcıların ve ebeveynlerinin onam formları, kullanılan ölçekler ve diğer işlemler, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. Dr. Öğr. Üyesi Atilla Çifci gözetiminde gerçekleştirilmiştir. Sağlıklı kontrol grubuna çalışmacı tarafından uyarlanmış klinik bilgileri içermeyen sosyodemografik veri formu doldurulmuştur. Uygulanan form ve ölçekler aşağıda verilmiştir:

1. Sosyodemografik Özellikler ve Klinik Bilgi Formu
2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ, CTQ)
3. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (BÇTÖ, COPE)
4. Aile Değerlendirme Ölçeği(ADÖ)

2.4.1. Sosyo-Demografik Özellikler ve Klinik Bilgi Formu

Araştırmanın başlangıcında eroin bağımlılığı tanısı almış olan gruba ve sağlıklı bireylerden oluşan gruba sosyodemografik özellikleri içeren bilgi formu verilmiştir. Ayrıca bağımlı olanlarda klinik özellikleri de içeren sorular sorulmuştur. Bu form, araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacı ve yardımcı araştırmacı tarafından geliştirilmiş, yarı yapılandırılmış sosyodemografik ve klinik bilgi formudur. Bu formda; yaş, cinsiyet, yaşadığı yerleşim birimi, eğitim, medeni durumu, kardeş sayısı, aylık harcadığı para miktarı, gelir getirici bir işte çalışma durumu, yaşadığı ortam kayıt altına alınmıştır. Ayrıca; anne öğrenim durumu, anne mesleği, annenin hayatta olup olmadığı, baba öğrenim durumu, baba mesleği, babanın hayatta olup olmadığı, aile tipi, anne-babanın medeni durumu, ailenin aylık geliri tespit edilmiştir. Adölesanın; aile ya da yakınlarında madde kullanım öyküsü, adölesanda suça sürüklenme öyküsü, cezaevinde yatış öyküsü, AMATEM’de yatış öyküsü, sigara kullanım öyküsü ve ne zaman başladığı, alkol kullanım öyküsü ve ne zaman başladığı, eroin kullanmaya ne zaman başladığı ve diğer madde kullanım öyküsünü içeren sorular yer almaktadır. Sağlıklı kontrol grubundan, klinik bilgi formuna ait madde kullanımını ile ilgili sorulara cevap vermemeleri istenmiştir (Ek-1).

2.4.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ, CTQ)

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ, CTQ-28), 20 yaş öncesi istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük ve niceliksel olarak değerlendirmede yararlı olan, geçerliliği ve güvenilirliği gösterilmiş, öz bildirime dayalı, uygulanması kolay bir ölçme aracıdır. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ): Bernstein ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir. Bu değerlendirme ölçeğinin, üç tanesi travmanın minimize edilmesini ölçen maddeler olmak üzere toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ve duygusal ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Önceki hali 53 maddeden oluşan, ancak sonradan yazarı tarafından kısaltılan bu ölçek, özgün İngilizce şekline Şar ve arkadaşları tarafından Türkçeye

çevrilmiş, daha sonra ise her iki dile hâkim bir uzman tarafından İngilizce'ye yeniden çevrilmiş ve de iki versiyonu arasında tutarlılık sağlanmıştır (Bernstein, Fink,1998) (Ek-2).

CTQ puanlarının hesaplanmasında, önce olumlu ifadelerden (madde 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28) elde edilen puanlar ters çevrilir (örneğin 1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana dönüştürülür). Beş alt puanın toplamı CTQ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25-125 arasındadır. Olumlu ifade olmasına rağmen minimizasyonla ilgili (madde 10, 16 ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Çünkü bu üç madde sadece travmanın inkârını ölçmekte ve toplam puanı etkilememektedir. minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunları hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı elde edilir. CTQ alt ölçekleri aşağıda belirtilmiştir:

1. Duygusal istismar: 3, 8, 14, 18, 25
2. Fiziksel istismar: 9, 11, 12,15, 17
3. Fiziksel ihmal: 1, 4, 6, 2, 26
4. Duygusal ihmal: 5, 7, 13, 19, 28
5. Cinsel istismar: 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir (Şar ve ark, 2012).

2.4.3. Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (BÇTÖ, COPE)

Son yıllarda başa çıkma tutumlarını değerlendiren ölçekler geliştirilmiştir. Bunlardan, 1980 yılında Folkman ve Lazarus tarafından geliştirilen “Baş Etme Yolları” ve Carver ve arkadaşları tarafından 1989 yılında geliştirilen COPE en yaygın kullanılanlardır (Carver, Scheier ve Weintraub, 1989).

Ağargün ve arkadaşları tarafından 2005 yılında Türkçeye uyarlanan Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği (BÇTÖ) 60 sorudan oluşan öz bildirim

ölçeğidir. Bu ölçeğin iç tutarlılık ve test–tekrar güvenilirliği yapılmış ve test alt boyutlarına ölçek ayrı ayrı uygulanmıştır. Ölçek şöyle başlamaktadır: ”Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıklarında nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz. İnsanların karşılaştıkları sorunlar ile baş etmelerinin çok farklı yolu olabilir. Ancak, Siz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda, genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretler iken tarafsız düşünmeye özen gösterin. 60 farklı durum dört seçenek üzerinden cevaplandırılmalıdır. Bu cevaplar: 1. Asla böyle bir şey yapmam; 2. Çok az böyle yaparım; 3. Orta derecede böyle yaparım; 4.Çoğunlukla böyle yaparım” (Ağargün ve ark, 2005) (Ek-3).

Ölçek, 60 soru ve 15 alt ölçekten oluşmuştur. Her alt ölçek dört sorudan oluşmakta ve alt ölçeklerin her biri ayrı bir başa çıkma tutumu hakkında bilgi vermektedir. Sonuç olarak alt ölçeklerden alınan puanların yüksekliği hangi başa çıkma tutumunun kişi tarafından daha çok kullanıldığını göstermesi açısından yorum yapma olasılığı verir. Pozitif başa çıkma tutumları ya da aktif başa çıkma tutumları olarak ta değerlendirilen; problem odaklı ve duygusal odaklı başa çıkma tutumları, diğeri ise tanımdan anlaşıldığı gibi pasif ya da işlevsel olmayan başa çıkma tutumu olarak ifade edilir. Bu 15 başa çıkma tutumu ve bunlara ait üç ana ölçek şunlardır:

Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları Alt Ölçekleri:

1. Aktif başa çıkma: Stres kaynağından kurtulmak için eylemde bulunmayı, çaba sarf etmeyi tanımlar.5, 25, 47, 58 nolu maddeleri içerir.
2. Plan yapma: Stres kaynağına nasıl karşı koyulacağı ile ilgili düşünmeyi, aktif baş etme çabalarını uygulamayı içerir.19, 32, 39, 56 nolu maddeleri kapsar.
3. Diğ er meşguliyetleri bastırma: Stres kaynağı ile baş etmeye daha fazla yoğunlaşmak için daha önceden yapılan aktivitelerin bastırılmasını tanımlar.15, 33, 42, 55 maddeleri kapsar.

4. Geri durma: Uygun bir konum sağlayana kadar başa çıkma çabalarını durdurmayı ve pasif kalmayı ifade eder.10, 22, 41, 49 nolu maddeleri içerir.
5. Yararlı sosyal destek kullanımı: Ne yapılacağı ile ilgili yardım, bilgi ve tavsiye kullanmak/aramak şeklinde başa çıkmayı amaçlar.4, 14, 30, 45 nolu maddeler bu alt ölçeye girer.

Duygusal Odaklı Başa Çıkma Tutumları Alt Ölçekleri:

6. Duygusal sosyal destek kullanımı: Birilerinden duygusal destek veya anlayış görmeyi kapsar. 11, 23, 34, 52 maddeleri içerir.
7. Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme: Mevcut durumu en uygun şekilde kullanma veya durumu daha pozitif yorumlama/değerlendirme olarak tanımlanır. 1, 29, 38, 59 maddeler bu gruptadır.
8. Kabullenme: Stresli olayın meydana geldiğini ve gerçek olduğunu kabul etmeyi kapsar.13, 21, 44, 54 nolu maddeleri içerir.
9. Şakaya vurma: Stres kaynağı hakkında espriler yapmak şeklinde tanımlanır.8, 20, 36, 50 nolu maddeler bu gruptadır.
10. Dini olarak başa çıkma: Dini aktivitelerde artış görülmektedir.7, 18, 48, 60 nolu maddeleri kapsar.

İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları Alt Ölçekleri:

11. Soruna odaklanma ve duyguları açığa vurma: Artan bir şekilde duygusal stresin farkında olmak ve buna eşlik eden duyguları açığa vurma veya deşarj etme eğiliminde olmayı tanımlar.3, 17, 28, 46 nolu maddeler vardır.
12. İnkâr: Stresli olayın gerçekliğini inkâr etmek ya da kabul etmemeyi tanımlar. 6, 27, 40, 57 nolu maddeleri içerir.
13. Zihinsel boş verme: Stresörle ilişkili düşüncelerden uzaklaşmak için uyumak gibi dikkat dağıtacak yöntemlerin kullanılmasını kapsar. 2, 16, 31, 43 nolu maddeleri içerir.

14. Davranışsal olarak boş verme: Stres kaynağının engel olduğu hedefe ulaşmak için çaba sarf etmekten geri durma veya boş vermeyi ifade eder.9, 24, 37, 51 nolu maddeleri içerir.
15. Madde kullanımı: Stres kaynağından uzaklaşabilmek için alkol ve madde kullanımını arttırmayı planlar.12, 26, 35, 53 maddeler bu gruptadır.

2.4.4. Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

Aile Değerlendirme Ölçeği, ABD’de Brown Üniversitesi ve Buttler Hastanesi tarafından aile araştırma programı çerçevesinde geliştirilmiş olup, ailenin işlevlerini hangi konularda yerine getirebildiğini ya da getiremediğini belirleyen bir ölçektir. Son halini Epstein ve arkadaşları 1983 yılında oluşturmuştur (Epstein ve Bishop, 1983).

ADÖ’nin ülkemizde geçerlilik ve güvenilirliği 1990 yılında Bulut tarafından yapılmış ve uygulamaya konulmuştur (Bulut I,1990).

ADÖ’nde 1’den 4’e kadar puan verilmektedir. Bazı maddeler olumlu bazı maddeler olumsuz olduğundan, bazı sorularda “aynen katılıyorum” cevabı bazılarında ise “hiç katılmıyorum“ cevabı sağlıklı olmayı gösterir. Ölçeğin değerlendirilmesinde kolaylık olması amacıyla sağlıksızlık gösteren sorulara verilen cevaplar 5’ten çıkarılarak değerlendirmede 1 puanın en sağlıklı cevabı, 4 puanın ise en sağlıksız cevabı göstermesi sağlanmaktadır (Ek 4).

Aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Ölçek şu şekilde başlamaktadır: “Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, sizin ailenize ne derecede uygun olduğuna karar veriniz. Önemli olan, Sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için dört seçenek söz konusudur. Bunlar; 1. Aynen Katılıyorum, 2. Büyük Ölçüde Katılıyorum, 3. Biraz Katılıyorum ve 4. Hiç Katılmıyorum”.

ADÖ; ailelere uygulanan soruların cevaplarından elde edilen yedi alt ölçekten oluşmuştur. Ölçekteki alt boyutlardan altı tanesi aile işlevlerinde her bir sorun alanını tek tek ele almakta, bir tanesi de genel aile işlevleri hakkında bilgi vermektedir. Soruların bazıları sağlıklı işlevleri bazıları da sağlıklı olmayan işlevleri tanımlamaktadır. 53 olan soru sayısı, üç alt boyutun; iletişim, problem çözme ve rol ile ilgili maddelerinin geçerliliğini arttırmak amacıyla boyutlar arası bağıntıyı etkilemeyecek şekilde 60 olarak değiştirilmiştir. Bu yedi alt ölçek aşağıda verilmiştir. Bunlar:

1. Problem Çözme: Ailenin etkili şekilde işlevlerini yerine getirebileceği düzeyde maddi ve manevi sorunlarını çözebilme becerisi olarak tanımlanır. Sorunun ortaya çıkışından, çözümlenmesine kadar olan dönemi kapsar. Etkili problem çözme altı basamakta ele alınmaktadır. Bunlar; 2, 12, 24, 38, 50 ve 60. maddelerdir.

2. İletişim: Aile üyeleri arasındaki bilgi alışverişini ifade eder. Burada ailenin etkili bir iletişim içinde olup olmadığı ölçülmek istenmektedir. Bu nedenle üyeler arasında sözlü iletişim içeriğinin açık olup olmadığı, kişilerin söylemek istediklerini direkt olarak ifade edip edemedikleri üzerinde durulmaktadır. Etkili iletişimin açık ve direkt olması vurgulanmaktadır. İletişimin boyutu ile ilgili ifadeler dokuz tane olup bunlar; 3, 14, 18, 22, 29, 35, 43, 52 ve 59. sorularda bulunmaktadır.

3. Roller: Ailenin maddi ve manevi ihtiyaçlarını karşılayan davranış kalıplarını içerir. McMacter Aile İşlevleri Modeli ailenin kaynaklarının kullanımı, bakıp büyütme, destekleme ve kişisel gelişim sağlama, aile sistemini idare etme gibi konulara odaklanmıştır. İlâveten rollerle ilgili boyut, görevlerin belirgin ve eşit olarak aile üyelerine dağılımı ile görevlerin aile üyeleri tarafından sorumlu şekilde yerine getirilip getirilemediğini de içermektedir. Başka bir deyişle, para, konut, giyim, yeme gibi ihtiyaçların karşılanması rollere göre ele alınmaktadır. Fonksiyonlar, para ve sağlık gibi konularda kural koymayı ya da karar vermeyi gerektirir. Alt boyutları 11 tane olup bunlar; 4, 8, 10, 15, 23, 30, 34, 40, 45, 53 ve 58. maddelerdir.

4. Duygusal Tepki Verebilme: Ailenin her türlü uyaran karşısında en uygun tepkiyi gösterebilmesini ifade eder. Burada sevgi, mutluluk, neşe gibi refah ifade eden duyguların yanında, kızgınlık, üzüntü, korku gibi acil durumları da içermektedir. Bu işlevini yerine getirebilen bir ailede, aile üyelerinin her türlü duygularını ağırlıklı bir şekilde sözel ya da eylemle ifade edilir. 9, 19, 29, 39, 49 ve 59. maddeler burada yer almaktadır.

5. Gereken İlgiyi Gösterme: Aile üyelerinin birbirine gösterdiği ilgi, bakım ve sevgiyi içerir. En sağlıklı aileler, birbirleriyle orta derecede ilgilenirler. Az veya çok ilgilenen aileler, bu konuda işlevini yerine getiremiyor demektir. Çok ilgilenme, aile bireylerinin birbirine fazla bağımlı olduğunun, az ilgilenme ise birbirlerine az sevgi ve ilgi gösterdiklerinin belirleyicisidir. Bu modelde yedi alt başlık vardır. Bunlar; 5, 13, 25, 33, 37, 42 ve 54. maddelerdir.

6. Davranış Kontrolü: Aile üyelerinin davranışlarına standart koyma ve disiplin uygulama biçimini tanımlar ve değerlendirir. Bu modelde psikolojik ve sosyal tehlike karşısındaki davranışlar değerlendirilir. Ayrıca kontrolün esnek, katı, serbest ya da düzensiz oluşu da bu ölçekte ele alınır. Bu modelde dokuz alt başlık vardır. Bunlar; 7, 17, 20, 27, 32, 44, 47 ve 55. maddelerdir.

7. Genel Fonksiyonlar: Diğer altı alt boyutu kapsayacak şekilde bilgi toplamayı amaçlayan 12 maddeden oluşur. Bunlar; 1, 56, 11, 16, 21, 26, 31, 36, 41, 46,,51 ve 56. soruları içermektedir.

2.4.5. Araştırmanın Amaçları ve Hipotezleri

Eroin bağımlılığı gelişen adölesanların sosyodemografik ve klinik özellikleri, çocukluk çağı travmaları ile ilişkileri, başa çıkma yöntemleri ve aile işlevlerinin tanımlanması ile eroin bağımlılığına neden olan risk etmenlerinin tespiti ve de bu risk etmenlerine yönelik çocukluk çağı izlemlerinde dikkat edilmesi gereken durumların belirlenmesi amaçlanmıştır. Hipotezler:

Hipotez 1: Eroin bağımlısı adölesanlarda çocukluk çağı travmaları daha fazladır.

Hipotez 2: Madde kullanımı ve aile işlevleri ve fonksiyonları arasında doğrudan ilişki yoktur.

Hipotez 3: Madde kullanımı olan adölesanlar bozulmuş ya da işlevsiz başa çıkma mekanizmaları ve fonksiyonel olmayan baş etme tutumlarını daha az kullanırlar.

Hipotez 4: Çocukluk çağı travmaları ile Aile Değerlendirme Ölçeği alt boyutları arasında ilişki yoktur.

Hipotez 5:Başa çıkma tutumları ile madde kullanımı arasında ilişki yoktur.

2.5. İstatistiksel Analiz ve Yöntem

Araştırmada yer alan 119 gönüllüden elde edilen yaş, sigara kullanım süresi, alkol kullanım süresi, eroin kullanım süresi gibi değişikliklerin normal dağılıma uygunluğu Shapiro Wilk's testi ve grafiksel yöntemlerle değerlendirildi. Değişkenler normal dağılım şartını sağlamadığı için tanımlayıcı olarak medyan (minimum-maksimum) [ortanca (min; maks)] değeri verildi. Değerlendirmede yer alan grup, cinsiyet, yerleşim, eğitim, medeni durum, çalışma durumu, cezaevinde yatış durumu, AMATEM yatış durumu gibi kategorik verilerin özetlenmesinde ise sayı (yüzde) [n(%)] kullanıldı.

Araştırmada yer alan kategorik değişkenlerin grup karşılaştırmalarında Ki-kare Testi (Chi-Square Test- χ^2) kullanılmış ve Fisher Ki-kare, Continuity Correction Ki-kare, Likelihood Ratio Ki-kare, Pearson Ki-kare sonuçlarından uygun olan test istatistiği değeri bulundu.

Çalışmada yer alan, “Başa Çıkma Tutumları Ölçeği (BÇTÖ)”, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (CTQ-28)” ve “Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)” ölçeklerine verilen yanıtların özetlenmesinde sayı (yüzde) [n(%)] kullanıldı.

Ölçek puanlarının gruplardaki değerlendirmesinde Mann Whitney U testi kullanıldı. Ölçek puanları arasında sağlıklı ve bağımlı gruptaki ilişki, Spearman Sıra Korelasyon (Spearman Rank Correlation- ρ) ile incelendi. İlişkinin anlamlı bulunduğu yerlerde scatter-plot grafikleri ile ilişki gösterildi. Anlamlı çıkan korelasyon değerlerinin yorumlanmasında; korelasyon değerlendirme kriterlerinden yararlandı (Alpar R, 2016).

0.000 < ρ < 0.200	Çok zayıf ilişki
0.201 < ρ < 0.400	Zayıf ilişki
0.401 < ρ < 0.600	Orta kuvvetli ilişki
0.601 < ρ < 0.800	Kuvvetli ilişki
0.801 < ρ < 0.999	Çok Kuvvetli İlişki
1.000	Tam İlişki

Bağımlı olma durumunu etkileyen durumları incelemek için lojistik regresyon analizi yapılmış ve Odds oranları %95 güven aralıkları (%95 GA: alt sınır-üst sınır) olarak verildi. Oluşturulan modelin uyum iyiliği -2 log likelihood ve açıklayıcılığı Nagelkerke R² ile belirtildi.

Araştırmada istatistiksel anlamlılık seviyesi $p < 0.05$ olarak kabul edildi. İstatistiksel analizler ve hesaplamalar için IBM SPSS Statistics 22.0 (IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.) ve MS-Excel 2016 programları kullanıldı.

İstatiksel analize göre: $p=0,05$, power değeri= $0,95$ ve benzer çalışmalar göz önüne alınarak standart deviasyonu= $3,1$ olarak tahmin edilmiştir. Örneklem büyüklüğü hesaplandığında, her iki grupta en az 38 hasta bulunmasının gerekli olduğu belirlenmiştir. Çalışma; bağımlı grubunda 58 hasta, kontrol grubunda 61 sağlıklı adölesan olmak üzere toplam 119 katılımcı ile tamamlandı.



3. BULGULAR

3.1. Gönüllü Adölesanların Ait Demografik Bulgular

Araştırmaya katılan toplam 119 adölesan gönüllüden %51,2'si (n=61) sağlıklı grupta yer alırken, %48,8'i (n=58) bağımlı grupta yer almaktaydı. Çalışmaya katılan gönüllülerin yaş ortancaları sağlıklı grupta 16,0 (min; maks=14,0-19,0) iken, bağımlı grupta 18,0 (min; maks=16,0-19,0) yaş idi. Bağımlı grupta bulunan en küçük yaş 16, sağlıklı grupta ise 14 idi (Çizelge 3.1).

Çizelge 3.1. Gönüllü adölesanların ait demografik bulgular

Demografikler	Sağlıklı Grup (n=61) n (%)	Bağımlı Grup (n=58) n (%)	Test χ^2	İstatistiği p
Cinsiyet			5.419	0.020*
<i>Erkek</i>	37 (61,20)	38 (65,50)		
<i>Kadın</i>	24 (38,80)	20 (34,50)		
Yerleşim			10.136	0.017&
<i>İl merkezi</i>	46 (75,40)	32 (55,20)		
<i>İlçe merkezi</i>	12 (19,70)	22 (37,90)		
<i>Kasaba</i>	2 (3,30)	0 (0,00)		
<i>Köy</i>	1 (1,60)	4 (6,90)		
Eğitim			61.685	<0.001&
<i>Eğitim almamış</i>	1 (1,60)	0 (0,00)		
<i>İlköğretim 8'e kadar</i>	2 (3,30)	22 (37,90)		
<i>İlköğretim terk</i>	0 (0,00)	4 (6,90)		
<i>Lise</i>	22 (36,10)	16 (27,60)		
<i>Lise terk</i>	1 (1,60)	10 (17,20)		
<i>Üniversite okuyan</i>	25 (41,00)	2 (3,40)		
<i>Diğer</i>	10 (16,40)	4 (6,90)		
Medeni Durum			5.418	0.067&
<i>Bekâr</i>	58 (95,10)	46 (79,30)		
<i>Evli</i>	3 (4,90)	12 (20,70)		
Kardeş Sayısı			15.880	0.001*
<i>Yok</i>	2 (3,30)	14 (24,10)		
<i>Bir kardeş</i>	23 (37,70)	18 (31,00)		
<i>İki kardeş</i>	12 (19,70)	16 (27,60)		
<i>Üç ve üzeri</i>	24 (39,30)	10 (17,20)		
Aylık Harcadığı Para (tl)			4.558	0.207*
<i><500</i>	24 (39,30)	30 (51,70)		
<i>501-1000</i>	23 (37,70)	12 (20,70)		
<i>1001-2000</i>	7 (11,50)	12 (20,70)		
<i>2001<</i>	7 (11,50)	4 (6,90)		
Çalışma Durumu			2.168	0.338&
<i>Çalışıyor</i>	28 (45,90)	34 (58,60)		
<i>Çalışmıyor</i>	29 (47,50)	20 (34,50)		
<i>Ara-sıra çalışıyor</i>	4 (6,60)	4 (6,90)		

Çizelge 3.1. (Devamı)

Demografikler	Sağlıklı Grup	Bağımlı Grup	Test	İstatistiği
	(n=61) n (%)	(n=58) n (%)		
Yaşadığı Ortam			12.980	0.011^{&}
<i>Ailesi ile</i>	46 (75,40)	32 (55,10)		
<i>Akraba ile</i>	1 (1,60)	12 (20,70)		
<i>Arkadaşları ile</i>	7 (11,50)	6 (10,30)		
<i>Yalnız</i>	4 (6,60)	4 (6,90)		
<i>Yetiştirme yurdu</i>	3 (4,90)	4 (6,90)		

*Pearson Ki-kare test istatistiği ; [&]: Likelihood ratio Ki-kare test istatistiği sonucudur.

Gruplar cinsiyet bakımından incelendiğinde, cinsiyet dağılımında anlamlı farklılık saptandı. Özellikle bağımlı grupta erkek cinsiyette olanların sayısının daha fazla olduğu bulundu ($\chi^2=5.419$; $p=0,020$).

Yerleşim birimine göre karşılaştırıldığında, anlamlı farklılık olduğu, özellikle sağlıklı grupta il merkezinde yaşayanların daha fazla sayıda olduğu bulundu. Bağımlı grupta ise ilçe merkezinde yaşayanlar daha fazla idi ($\chi^2=10.136$; $p=0.017$).

Sağlıklı grupta eğitim almamış, sadece okuryazar bir kişi bulunmakta iken bağımlı grupta eğitim almayan yoktu. Bağımlı grupta ilköğretim 8.sınıfa kadar eğitim alanların sayısı 22 idi ve belirgin olarak grubun çoğunluğunu (%37,9) oluşturuyordu. Ayrıca bağımlı grupta 4 kişi ilköğretimi tamamlamamıştı. Bunları dâhil ettiğimizde bağımlı grubun yaklaşık yarısı (%44,5) ilköğretim düzeyinde eğitim almış olarak bulundu. Dikkat çekici olarak bağımlı grupta 10 kişi lise eğitimini tamamlamamıştı ve üniversitede okuyan iki kişi bulunmaktaydı. Sağlıklı grupta ise 25 kişi üniversitede okumaktaydı. Ayrıca “diğer” ifadesiyle tanımlanan dışarıdan ya da açık öğretim şeklinde eğitim alanlar, bağımlı grupta dört kişi iken sağlıklı grupta 10 kişiydi. Eğitim durumuna bakıldığında, gruplar arasında anlamlı fark olduğu bulundu ($\chi^2=61.685$; $p<0.001$).

Medeni duruma göre adölesan gönüllülerin dağılımı benzer idi ($\chi^2=5.418$; $p=0.67$). Ancak bağımlı grupta 10 kişinin resmi ya da gayri resmi evli olduğunu belirtmeleri dikkat çekiciydi ve iki bağımlı da boşanmıştı (Çizelge 3.1).

Kardeş sayısı açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulundu ($\chi^2=15.880$; $p=0.001$). Bağımlı grupta kardeşi olmayan 14 ergen vardı Yine dikkat çekici olarak üç ve üzeri kardeş sayısına sahip olan adölesanlar, sağlıklı grupta daha fazla bulundu.

Bağımlı ve sağlıklı grubun aylık harcadığı para miktarı anlamlı olarak farklı bulundu ($\chi^2=4.558$; $p=0.207$). Bağımlı grupta bulunanların yarıdan fazlası (%51,2) aylık 500 tl'den daha az harcama olanağına sahipti. Yine bağımlı grupta bulunanlardan 4 kişi (%6) aylık 2.000 tl ve üzeri harcama bütçesine sahipti. Her iki grupta da 500-2.000 tl arası aylık harcama olanağına sahip olanların dağılımı benzer olarak bulundu.

Sağlıklı ve bağımlı grubun gelir getirici işte çalışma durumlarına bakıldığında, bağımlı gruptakilerin 34'ünün (%56,9), sağlıklı grubun 28'inin (%45,9) gelir getirici işte çalıştığı bulundu. Grupların dağılımı benzer olarak bulundu ($\chi^2=21.68$; $p=0.338$).

Sağlıklı grubun 46'sı (%75,4) ailesiyle birlikte yaşamakta iken, bağımlı gruptakilerin 34'ü (%55,1) ailesiyle birlikte yaşıyordu. Bağımlı grupta bulunan ergenlerin 12'si akrabaları ile yaşamakta iken, sağlıklı gruptakilerin biri akrabaları ile yaşıyordu. Ayrıca bağımlı grupta dört kişi yetiştirme yurdunda kalmaktaydı ($\chi^2=12.980$; $p=0.011$). Gruplar arasında yaşadığı ortam açısından karşılaştırma yapıldığında anlamlı farklılık bulundu.

3.2. Gönüllü Adölesanların Ailelerine Ait Demografik Bulgular

Araştırmaya katılan gönüllülerin ailelerine ait demografik bilgiler incelendiğinde anne eğitimi açısından gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu, sağlıklı grupta anne eğitim durumunun bağımlı gruba göre daha yüksek olduğu bulundu ($\chi^2=49.625$; $p<0.001$). Bağımlı grupta annelerin yaklaşık yarısı eğitim almamıştı. Yine bağımlı grupta üniversite mezunu anne bulunmaz iken sağlıklı grupta 19 anne lise mezunu, 16'sı üniversite mezunu idi (Çizelge 3.2).

Çizelge 3.2. Gönüllü adölesanların ailelerine ait demografik bulgular

Demografikler	Sağlıklı Grup	Bağımlı Grup	Test	İstatistiği
	(n=61) n (%)	(n=58) n (%)		
Anne Eğitim Durumu			49.625	<0.001*
<i>Eğitim almamış</i>	2 (3,30)	28 (48,30)		
<i>İlköğretim 8'e kadar</i>	12 (19,70)	14 (24,10)		
<i>İlköğretim terk</i>	8 (13,10)	10 (17,20)		
<i>Lise</i>	19 (31,10)	6 (10,30)		
<i>Lise terk</i>	4 (6,60)	0 (0,00)		
<i>Üniversite mezunu</i>	16 (26,20)	0 (0,00)		
Anne Mesleği			–	–
<i>Ev hanımı</i>	38 (62,30)	40 (69,00)		
<i>Memur</i>	14 (22,90)	8 (13,70)		
<i>Emekli</i>	2 (3,30)	4 (6,90)		
<i>Serbest meslek</i>	7 (11,50)	6 (10,40)		
Anne Hayatta mı?				0.131#
<i>Evet</i>	58 (95,10)	58 (100,0)		
<i>Hayır</i>	3 (4,90)	0 (0,00)		
Baba Eğitim Durumu			30.379	<0.001&
<i>Eğitim almamış</i>	2 (3,30)	10 (17,20)		
<i>İlköğretim 8.sınıfa kadar</i>	7 (11,50)	10 (17,20)		
<i>İlköğretim terk</i>	6 (9,80)	18 (31,00)		
<i>Lise</i>	15 (24,60)	10 (17,20)		
<i>Lise terk</i>	3 (4,90)	4 (6,90)		
<i>Üniversite mezunu</i>	28 (45,90)	6 (10,30)		
Baba Mesleği			7.088	0.214*
<i>Memur</i>	29 (47,50)	30 (51,70)		
<i>Emekli</i>	9 (14,80)	12 (20,70)		
<i>Serbest meslek</i>	23 (37,70)	16 (27,60)		
Baba Hayatta mı?			9.217	0.002+
<i>Evet</i>	60 (98,40)	46 (79,30)		
<i>Hayır</i>	1 (1,60)	12 (20,70)		
Aile Tipi			10.140	0.006*
<i>Çekirdek aile</i>	48 (78,70)	30 (51,70)		
<i>Geniş aile</i>	10 (16,40)	18 (31,00)		
<i>Parçalanmış aile</i>	3 (4,90)	10 (17,20)		
Anne-Baba Medeni Durum			23.511	<0.001*
<i>Bekar</i>	10 (16,40)	18 (31,00)		
<i>Evli</i>	51 (83,60)	22 (37,90)		
Aile Geliri(tl)			34.453	<0.001*
<i><2000</i>	2 (3,30)	14 (24,10)		
<i>2001-3000</i>	13 (21,30)	30 (51,70)		
<i>3001-5000</i>	22 (36,10)	10 (17,20)		
<i>5001<</i>	24 (39,30)	4 (6,90)		

*: Pearson Ki-kare, &: Likelihood ratio Ki-kare, #: Fisher Exact test, +: Continuity Correction Ki-Kare test istatistiği sonucudur.

“Anne hayatta mı” sorusuna verilen cevaplar incelendiğinde sağlıklı grupta %95,10 (n=58), bağımlı grupta ise %100,0 (n=58) katılımcının annesinin hayatta olduğu ve gruplar arası dağılımının benzer olduğu bulundu (p=0.131). Anne mesleği açısından gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı.

Bağımlı grupta 10 baba eğitim almamış, 10 baba ilköğretim sekizinci sınıfa kadar eğitim almış, 18 baba ise ilköğretimi tamamlamamıştı. Sağlıklı grupta 28 baba üniversite mezunu iken bağımlı grupta 6 baba üniversite mezunu idi. Baba eğitim durumuna bakıldığında, sağlıklı grubun anlamlı olarak farklı olduğu, eğitim düzeyinin yüksek olduğu bulundu ($\chi^2=30.379$; $p<0.001$). Baba mesleği açısından gruplar benzer dağılım özelliğinde idi.

“Baba hayatta mı” sorusunun cevaplarına bakıldığında bağımlı grup ile sağlıklı grup arasında anlamlı farklılık saptandı ($\chi^2=92.17$; $p=0.02$). Bağımlı grupta bulunan ergenlerin 12’sinin babasının (%20,7) hayatta olmadığı, sağlıklı grupta ise bir kişinin babasının hayatta olmadığı bulundu.

Aile tipine bakıldığında gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu bulundu ($\chi^2=10.140$; $p=0.006$). Sağlıklı grupta çekirdek aile yapısı, bağımlı grupta ise geniş aile yapısı daha fazlaydı. Yine bağımlı grupta parçalanmış 10 aile (%17,2) bulunmakta idi ve bu oran sağlıklı gruptan anlamlı olarak fazla bulundu.

Ebeveynlerin medeni durumu değerlendirildiğinde, sağlıklı grupta evli olanlar, bağımlı gruptan anlamlı olarak fazla bulundu ($\chi^2=23.511$; $p<0.001$). Sağlıklı gruptaki adölesanlardan 51’inin (%83,60) ebeveyni evli idi. Bağımlı gruptaki adölesanların 22’sinin (%37,9) ebeveyni evli idi

Ailelerin gelir durumuna bakıldığında, bağımlı grubun belirgin ve anlamlı oranda düşük gelir seviyesine sahip olduğu bulundu ($\chi^2=34.453$; $p <0.001$).

3.3. Gönüllü Adölesanların Madde Kullanım Durumu ve Diğer Özellikleri

Gönüllülerin yakınlarında madde kullanım durumu incelendiğinde, bağımlı grup ile sağlıklı grup arasında anlamlı farklılık bulundu ($\chi^2=31.383$; $p<0.001$). Bağımlı grupta aile içi 14, yakın akraba 22, komşu 4 ve yakın çevrede 18 kişi madde

kullanmaktaydı. Sağlıklı grupta dikkat çekici olarak yakın çevrede 47 kişi (%77) madde kullanmaktaydı.

Çizelge 3.3. Gönüllü adölesanların madde kullanım durumu ve diğer özellikleri

Madde Kullanımı	Sağlıklı Grup (n=61) n (%)	Bağımlı Grup (n=58) n (%)	Test χ^2	İstatistiği p
Yakınlarında Madde Kullanım Durumu			31.383	<0.001*
<i>Aile içi</i>	0 (0,00)	14 (24,10)		
<i>Yakın akraba</i>	10 (16,40)	22 (37,90)		
<i>Komşu</i>	4 (6,60)	4 (6,90)		
<i>Yakın çevre</i>	47 (77,00)	18 (31,00)		
Suç İşleme Durumu			22.841	<0.001 ⁺
<i>Var</i>	1 (1,60)	22 (37,90)		
<i>Yok</i>	60 (98,40)	36 (62,10)		
Cezaevinde Yatış Durumu			9.217	<0.001 ⁺
<i>Var</i>	1 (1,60)	12 (20,70)		
<i>Yok</i>	60 (98,40)	46 (79,30)		
AMATEM Yatış Durumu			11.847	0.001 ⁺
<i>Var</i>	0 (0,00)	12 (20,70)		
<i>Yok</i>	61 (100,0)	46 (79,30)		
Sigara Kullanımı Durumu			16.312	<0.001 ⁺
<i>Var</i>	24 (39,30)	45 (77,60)		
<i>Yok</i>	37 (60,70)	13 (22,40)		
Alkol Kullanımı Durumu			3.080	0.079 ⁺
<i>Var</i>	15 (24,60)	24 (41,40)		
<i>Yok</i>	46 (75,40)	34 (58,60)		
Diğer Madde Kullanımı Durumu			21.401	<0.001 ⁺
<i>Var</i>	0 (0,00)	19 (32,80)		
<i>Yok</i>	61 (100,0)	39 (67,20)		

*: Pearson Ki-kare, ⁺: Continuity Correction Ki-Kare test istatistiği sonucudur.

Suç işleme açısından gruplar karşılaştırıldığında bağımlı grupta 22 ergen (%37,90) suça karışmıştı. Sağlıklı grupta bir ergen suça karışmıştı (1,60). İki grup arasındaki anlamlı farklılık bulundu ($\chi^2=22.841$; $p<0.001$).

Ceza evinde yatış öyküsüne bakıldığında, bağımlı grupta 12 ergen (%20,7) sağlıklı grupta bir ergen cezaevinde yatmıştı ve bağımlı grup ile sağlıklı grup arasında anlamlı farklılık olduğu bulundu ($\chi^2=92.17$; $p<0.001$).

AMATEM’de yatarak tedavi gören 12 adölesan (%20,7) bir haftadan uzun süreyle bağımlılık tedavisi görmüştü (Çizelge 3.3). Sağlıklı grupta alkol kullanım

sıklığı yadsınamayacak kadar yüksek olmasına rağmen herhangi bir nedenle AMATEM’de yatış öyküsü bulunmadı.

Bağımlı grupta sigara içenlerin sıklığının, sağlıklı gruptakine göre daha fazla olduğu, aradaki farklılığın anlamlı olduğu, bağımlıların daha fazla sigara içtiği bulundu ($\chi^2=16.312$; $p<0.001$). Araştırmaya katılan her iki grubun alkol kullanım durumu incelendiğinde, ilginç olarak gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($\chi^2=3.080$; $p=0.079$).

Eroin bağımlısı olan grupta 19 kişi (%32,89) aynı zamanda diğer bağımlılık yapıcı madde türlerini kullanmaktaydı.

3.4. Eroin Bağımlılığı Olan Grubun Bağımlılıklarına Ait Bilgiler

Eroine bağımlılığı olan grubun eroine başladığı ortam ve kullandığı diğer maddeler Çizelge 3.4’te özetlendi.

Çizelge 3.4. Eroin bağımlılarında maddeye başlama ortamı ve kullanılan madde türleri

Eroine başladığı ortam	(n=58)	n (%)
<i>Arkadaş</i>	29	(50,00)
<i>Kendi isteğiyle</i>	12	(20,70)
<i>Çalışma Ortamı</i>	5	(8,60)
<i>Aile</i>	4	(6,90)
<i>Toplantı-Parti</i>	4	(6,90)
<i>Tatil-seyahat</i>	3	(5,20)
<i>Okul ortamı</i>	1	(1,70)
Kullanılan madde adı	(n=19)	n(%)
<i>Kokain(Crack)</i>	6	(31,60)
<i>Esrar</i>	4	(21,10)
<i>Ekstazi</i>	3	(15,70)
<i>Esrar+Ekstazi</i>	2	(10,50)
<i>Kannobinoid (Bonzai)</i>	2	(10,50)
<i>Kokain+Metamfetamin+Esrar</i>	1	(5,30)
<i>Metamfetamin</i>	1	(5,30)

Adölesanların eroine hangi ortamda başladığı incelendiğinde, yarısının (%50) dikkat çekici şekilde arkadaş ortamında başladığı bulundu. Kendi isteği ya da merak nedeniyle başlayanlar (%20,7) ikinci sıklıktaydı. Bağımlılardan madde kullanmaya başladığın yerlerin; çalışma ortamı (%8,6), toplantı ve parti gibi toplu eğlence ortamı (%6,9), ailesinde madde kullananların tavsiyesi ya da özendirmesiyle (%6,9), tatil ve seyahat gibi kontrolsüz ortam (%5,2) ve okul ortamı (% 1,7) olduğu bulundu.

Eroin kullanan bağımlıların 19 farklı maddeyi kullandıkları bulundu. Eroin ile birlikte en sık (%31,6; n=6) kokain (crack) kullanıyordu. Bunu ikinci sıklıkta (%21,1; n=4) esrar izlemekteydi. Diğer maddeler sırasıyla; ekstazi (%15,7; n=3), esrar + ekstazi (%10,5; n=2), kannabinoid (bonzai) (%10,5; n=2), metamfetamin (%5,3; n=1) ve kokain+metamfetamin+esrar (%5,3; n=1) idi. Toplam üç kişi çoklu madde kullanıyordu (%15,8).

3.5. Çalışmaya Katılan Gönüllülerin Sigara, Alkol ve Madde Kullanım Süreleri

Bağımlılığı bulunan kişilerin maddeleri kullanım süreleri Çizelge 3.5'te özetlendi.

Çizelge 3.5. Gönüllülerin sigara, alkol ve madde kullanım süreleri

Madde Kullanım (yıl)	Süreleri	Sağlıklı Grup Ortanca (min; maks)	Bağımlı Grup Ortanca (min; maks)
Sigara Kullanımı		4 (2; 7)	5 1; 11)
Alkol Kullanımı		2 (1; 3)	4 (3; 7)
Eroin Kullanımı		-	2(1; 3)

Gönüllü adölesanlardan sağlıklı grubun ortalama 4 yıldır sigara kullandığı, buna karşın bağımlı grupta bu sürenin ortalama 5 yıl olduğu bulundu. Dikkat çekici olarak sağlıklı grupta 7 yıldır, bağımlı grupta ise 11 yıldır sigara kullananlar bulunuyordu.

Sağlıklı grupta ortalama alkol kullanım süresi 2 yıl iken bağımlı grupta ortalama alkol kullanım süresi 4 yıl idi. Yine dikkat çekici olarak bağımlı grupta 7 yıldır alkol kullanan adölesanların olduğu görüldü.

Bağımlı grubun ortalama eroin kullanım süresi 2 yıl iken en uzun kullanım süresi olarak 3 yıl olarak bulundu.

3.6. Ölçek Puanları ve Alt Boyutlarının Karşılaştırılması

3.6.1. Çocukluk Çağı Travmaları (ÇÇTÖ, CTQ) Ölçeğinin Karşılaştırılması

Gruplar arasında CTQ-28 alt puan toplamları incelendiğinde, bütün alt boyutlar arasında anlamlı farklılık olduğu bulundu ($p<0.05$). Ayrıca toplam puanlar incelendiğinde bağımlı grup ortancalarının sağlıklı gruba göre daha yüksek olduğu bulundu (Çizelge 3.6). Fiziksel istismar açısından gruplar arasında benzer dağılım olduğu bulundu. Karşılaştırma sonuçları Çizelge 3.6’da özetlendi.

Çizelge 3.6. Çocukluk Çağı Travmaları alt ölçek puanlarının karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Sağlıklı Grup	Bağımlı Grup	Test	İstatistiği
	Ortanca (min; maks)	Ortanca (min; maks)	Z	p
Duygusal (emosyonel) istismar	6 (5; 20)	9 (5; 17)	4.499	<0.001
Fiziksel istismar	5 (5; 14)	6 (5; 18)	2.787	0.005
Fiziksel ihmal	8 (5; 15)	12 (6; 23)	6.127	<0.001
Duygusal (emosyonel) ihmal	9 (5; 22)	15 (5; 25)	5.282	<0.001
Cinsel istismar	5 (5; 12)	9 (5; 21)	5.413	<0.001
Toplam	32.5 (25; 65)	55 (29; 73)	6.449	<0.001

3.6.2. Başa Çıkma Tutumları Ölçeğinin (BÇTÖ) Karşılaştırılması

Sağlıklı ve eroin bağımlısı olan grupta “Başa Çıkma Tutumları Ölçeği” değerlendirme sonuçları karşılaştırıldığında aktif baş etme alt boyutu için puan

ortancalarının gruplarda farklı olduğu ($Z=2.092$; $p=0.036$); sağlıklı grubun ortanca değerinin eroin bağımlısı gruptan daha yüksek değere sahip olduğu bulundu. Benzer şekilde madde kullanım alt boyutu için karşılaştırıldığında, sağlıklı grupta toplam puan ortancası 6, bağımlı grupta 8 olarak bulundu ve gruplar arasında anlamlı farklılık olduğu saptandı ($Z=3.575$; $p<0.001$) (Çizelge 3.7). Ölçek alt boyutları ve toplam puanları Çizelge 3.7’de özetlendi.

Çizelge 3.7. Başa Çıkma Tutumları Ölçek alt puanlarının karşılaştırılması

Alt Boyutlar	Sağlıklı Grup Ortanca (min; maks)	Bağımlı Grup Ortanca (min; maks)	Test Z	İstatistiği p
Problem Odaklı Başa Çıkma Tutumları				
Pozitif yeniden yorumlama ve gelişme	13 (7; 16)	12 (7; 16)	0.425	0.671
Zihinsel boş verme	11 (6; 16)	11 (5; 16)	0.429	0.668
Soruna odaklanma-duyguları açığa vurma	12 (5; 16)	10 (6; 16)	1.438	0.151
Sosyal destek kullanımı	11 (4; 16)	11 (6; 16)	1.060	0.289
Aktif baş etme	11 (5; 15)	10 (6; 16)	2.092	0.036
Duygusal Odaklı Başa Çıkma Tutumları				
İnkâr etme	8 (4; 15)	8 (4; 15)	1.373	0.170
Dini olarak baş etme	13 (4; 16)	12 (5; 16)	0.182	0.855
Şakaya vurma	10 (4; 16)	9 (5; 16)	2.028	0.043
Davranışsal olarak boş verme	7 (4; 13)	7 (4; 12)	0.257	0.797
Geri durma	10 (4; 13)	10 (5; 14)	0.721	0.471
İşlevsel Olmayan Başa Çıkma Tutumları				
Duygusal sosyal destek kullanımı	11 (5; 14)	10 (7; 15)	0.676	0.499
Madde kullanımı	6 (4; 16)	8 (4; 16)	3.575	<0.001
Kabullenme	10 (4; 16)	10 (4; 13)	0.988	0.323
Diğer meşguliyetleri bastırma	11 (4; 15)	10 (5; 15)	1.481	0.139
Plan yapma	12 (5; 16)	10 (5; 16)	2.600	0.009
Toplam	154(95; 190)	153(95;184)	0.181	0.856

Baş çıkma tutumlarının sağlıklı grupta alt boyutları incelendiğinde;

Problem odaklı baş çıkma tutumlarından; soruna odaklanma-duyguları açığa vurma ($Z=1.438$; $p=0.151$), sosyal destek kullanımı ($Z=1.060$; $p=0.289$) ve aktif baş etmenin ($Z=2.092$; $p=0.036$) bağımlı gruba göre anlamlı olarak farklı olduğu bulundu.

Duygusal odaklı başa çıkma tutumları sağlıklı grupta; inkâr etme ($Z=1.373$; $p=0.170$), şakaya vurma ($Z=2.028$; $p=0.043$) ve geri durmada ($Z=0.721$; $p=0.471$) anlamlı olarak farklılık saptandı. Yine duygusal odaklı başa çıkma tutumlarından, dini olarak baş etme ve davranışsal boş vermeyi her iki grupta eşit olarak kullanmaktaydı ve aralarında anlamlı farklılık bulunmadı.

İşlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını, her iki grubun da kullandığı, dağılımın ise benzer olduğu ve aralarında anlamlı farklılık olmadığı bulundu.

Grupların toplam ölçek puanları karşılaştırıldığında, her iki grupta anlamlı farklılık bulunmadı ($Z=0.181$; $p=0.856$). Grupların ölçek puanları toplam puan ortancalarının dağılımı da benzer özellikte idi.

3.6.3. Aile Değerlendirme Ölçeğinin (ADÖ) Karşılaştırılması

Grupların aile değerlendirme ölçeği puanları karşılaştırıldığında, 7 alt boyutun tamamında gruplar arasında anlamlı farklılık saptandı ($p<0.05$). Gruplar arasındaki ortanca değerler karşılaştırıldığında bağımlı gruptaki kişilerin ölçek puanlarının sağlıklı gruba göre daha yüksek olduğu bulundu (Çizelge 3.8).

Çizelge 3.8. Aile Değerlendirme alt ölçek puanlarının karşılaştırması

Alt Boyutlar	Sağlıklı Grup	Bağımlı Grup	Test Z	İstatistiği p
	Ort ± SS Ortanca (min; maks)	Ort ± SS Ortanca (min; maks)		
Problem çözme	2,17 (1,00; 3,83)	2,33 (1,17; 3,67)	2.423	0.015
İletişim	2,22 (1,00; 3,44)	2,44 (1,78; 3,11)	3.280	0.001
Roller	2,18 (1,27; 3,18)	2,64 (2,00; 3,36)	4.906	<0.001
Duygusal tepki verme	2,25 (1,00; 4,00)	2,66 (1,33; 3,33)	3.733	<0.001
Gereken ilgiyi gösterme	2,28 (1,29; 3,29)	2,71 (1,78; 3,22)	4.040	<0.001
Davranış kontrolü	2,08 (1,00; 3,42)	2,92 (2,00; 3,75)	4.544	<0.001
Genel işlevler	2,08 (1,00; 3,42)	2,91 (2,00; 3,75)	7.511	<0.001

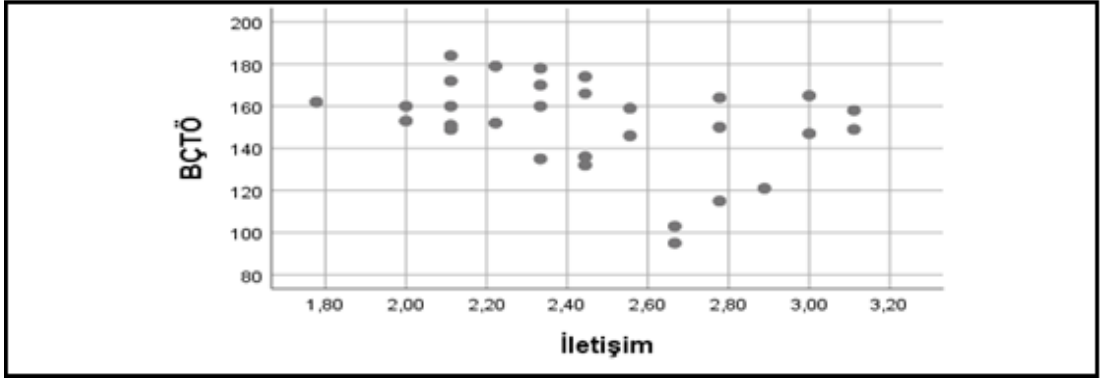
Çalışmamızda bağımlı grupta; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt ölçek puanları ilginç olarak sağlıklı gruptan yüksek olarak bulundu.

3.6.4. Bağımlı Grupta Ölçekler Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi

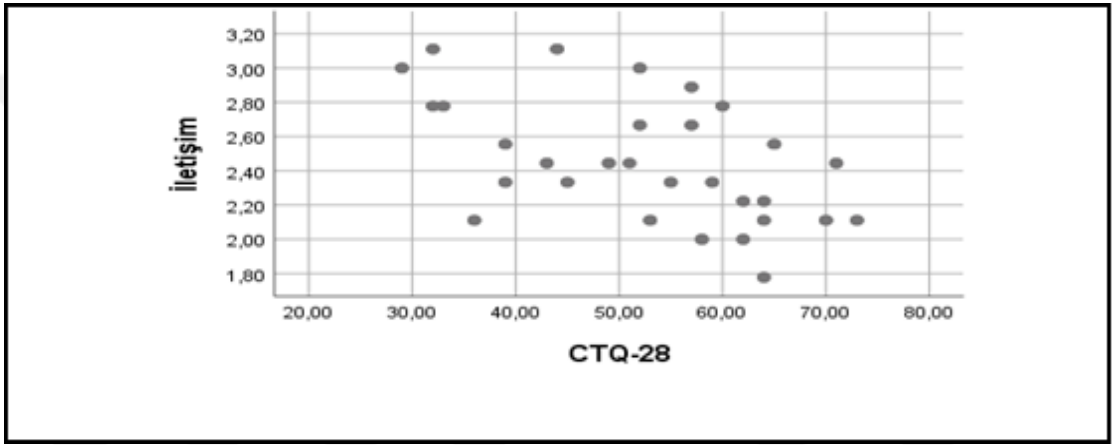
Bağımlı grupta ölçekler arasındaki ilişki incelendiğinde BÇTÖ ve iletişim arasında negatif yönde, az şiddetli anlamlı bir ilişki belirlenirken ($\rho = -0.397$; $p = 0.002$), BÇTÖ ve CTQ-28 arasında anlamlı bir ilişki olmadığı bulundu ($\rho = 0.209$; $p = 0.113$) (Çizelge 3.9). İlgi gösterme ve genel işlevler arasında pozitif yönde, zayıf ve anlamlı bir ilişki olduğu bulundu ($\rho = 0.312$; $p = 0.016$, Şekil 3.1-3.7).

Çizelge 3.9. Bağımlı grupta ölçekler arasındaki korelasyonun incelenmesi

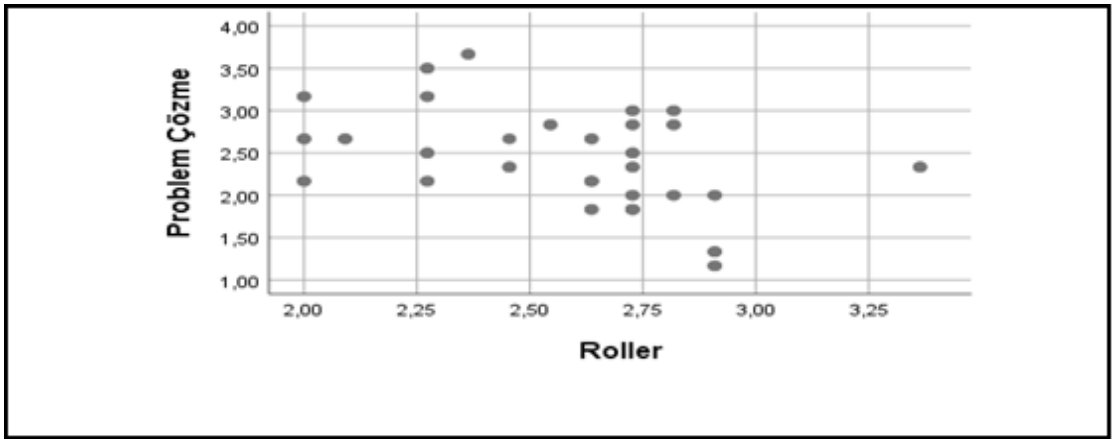
	BÇTÖ Toplam	CTQ-28 Toplam	Problem Çözme	İletişim	Roller	Duygusal Tepki	İlgi Gösterme	Davranış Kontrolü
CTQ-28 Toplam	$\rho = 0.209$ $p = 0.013$							
Problem Çözme	$\rho = -0.146$ $p = 0.269$	$\rho = -0.036$ $p = 0.786$						
İletişim	$\rho = -0.397$ $p = 0.002$	$\rho = -0.537$ $p < 0.001$	$\rho = 0.086$ $p = 0.517$					
Roller	$\rho = -0.124$ $p = 0.351$	$\rho = -0.079$ $p = 0.554$	$\rho = 0.433$ $p = 0.001$	$\rho = 0.123$ $p = 0.352$				
Duygusal Tepki	$\rho = -0.193$ $p = 0.143$	$\rho = 0.080$ $p = 0.545$	$\rho = 0.177$ $p = 0.180$	$\rho = 0.242$ $p = 0.065$	$\rho = 0.002$ $p = 0.990$			
İlgi Gösterme	$\rho = 0.025$ $p = 0.852$	$\rho = -0.020$ $p = 0.878$	$\rho = -0.012$ $p = 0.929$	$\rho = 0.072$ $p = 0.585$	$\rho = 0.105$ $p = 0.429$	$\rho = -0.013$ $p = 0.921$		
Davranış Kontrolü	$\rho = -0.038$ $p = 0.778$	$\rho = -0.172$ $p = 0.193$	$\rho = 0.488$ $p < 0.001$	$\rho = 0.040$ $p = 0.766$	$\rho = 0.295$ $p = 0.023$	$\rho = 0.163$ $p = 0.213$	$\rho = 0.031$ $p = 0.817$	
Genel İşlevler	$\rho = -0.011$ $p = 0.937$	$\rho = -0.299$ $p = 0.002$	$\rho = 0.196$ $p = 0.136$	$\rho = 0.411$ $p = 0.001$	$\rho = 0.183$ $p = 0.164$	$\rho = -0.213$ $p = 0.105$	$\rho = 0.312$ $p = 0.016$	$\rho = 0.011$ $p = 0.932$



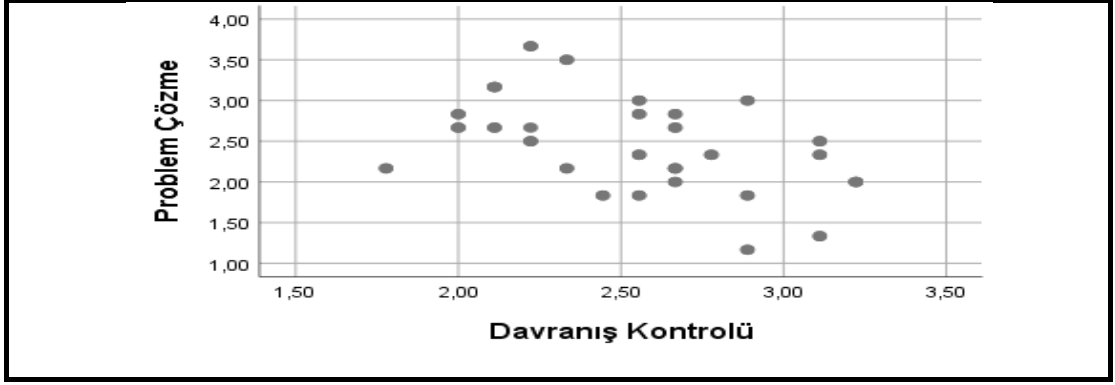
Şekil 3.1. BÇTÖ ve iletişim arasındaki ilişki



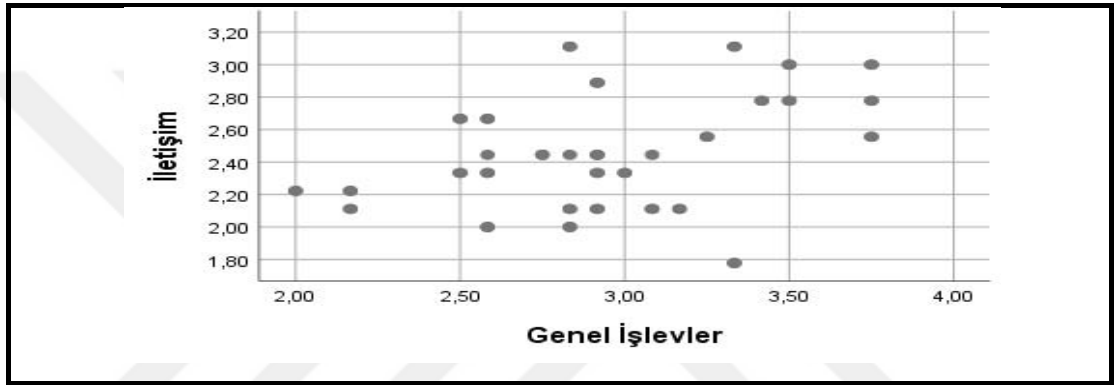
Şekil 3.2. CTQ-28 ile iletişim arasındaki ilişki



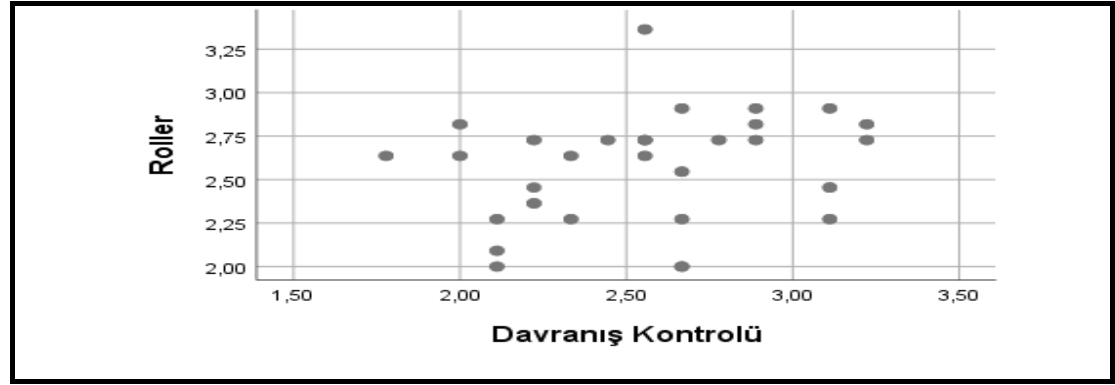
Şekil 3.3. Problem çözme ve roller arasındaki ilişki



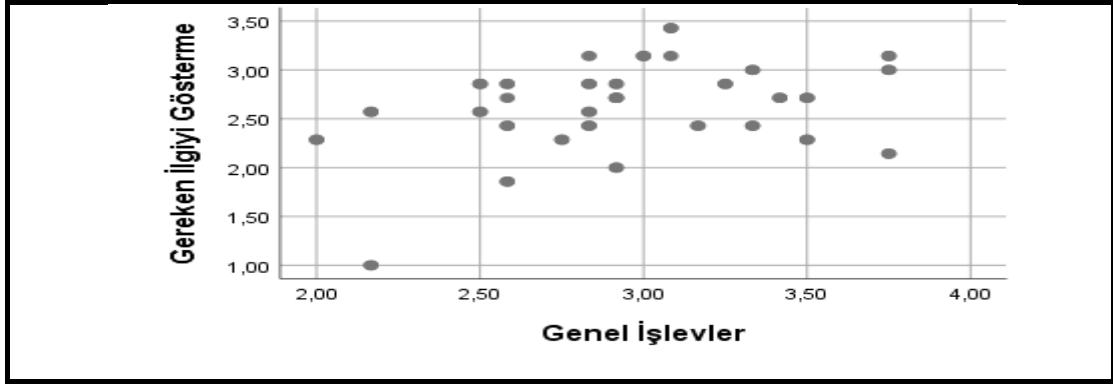
Şekil 3.4. Problem çözme ve davranış kontrolü arasındaki ilişki



Şekil 3.5. İletişim ve genel işlevler arasındaki ilişki



Şekil 3.6. Roller ve davranış kontrolü arasındaki ilişki



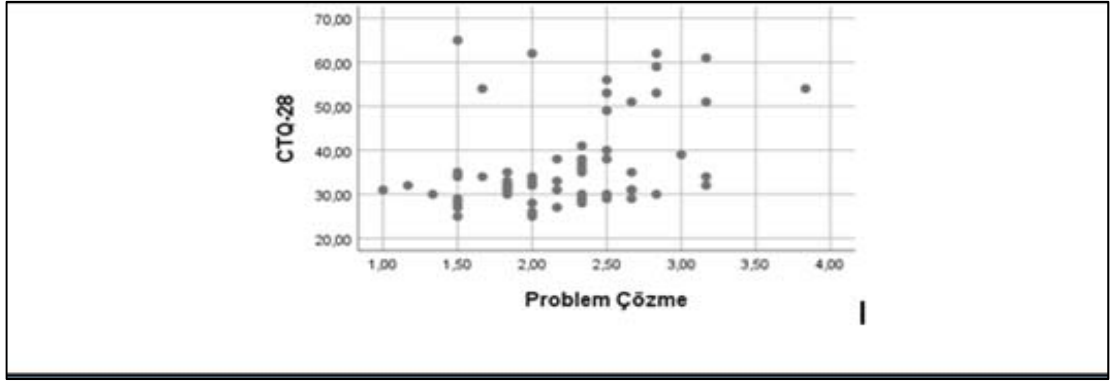
Şekil 3.7. Gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler arasındaki ilişki

3.6.5. Sağlıklı Grupta Ölçekler Arasındaki Korelasyonun İncelenmesi

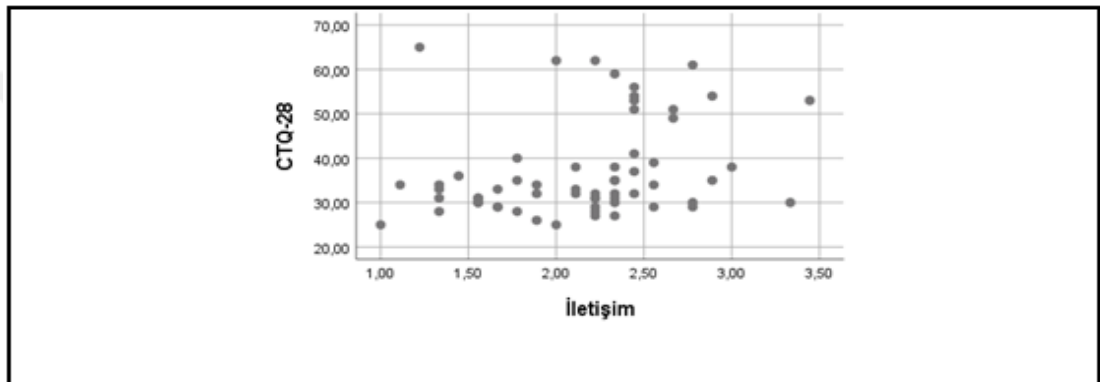
Sağlıklı grupta ölçek alt toplam puanlarının arasındaki ilişki incelendiğinde BÇTÖ ölçeğinin hiçbiri ile anlamlı bir ilişki yok iken ($p>0.05$, Çizelge 3.10), CTQ-28 ve problem çözme arasında doğrusal yönde anlamlı ve zayıf şiddette bir ilişki olduğu bulundu ($\rho=0.337$, $p=0.008$) (Şekil 3.8-3.14).

Çizelge 3.10. Sağlıklı grupta ölçekler arasındaki ilişkinin incelenmesi

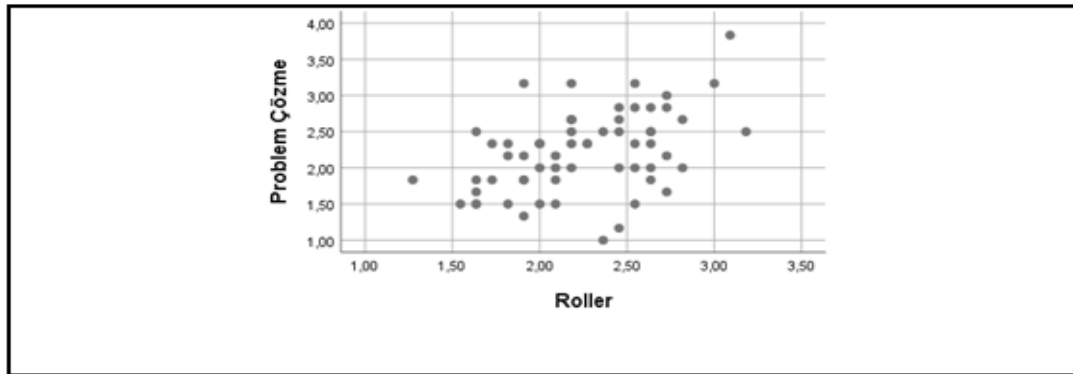
	BÇTÖ Toplam	CTQ-28 Toplam	Problem Çözme	İletişim	Roller	Duygusal Tepki	İlgi Gösterme	Davranış Kontrolü
CTQ-28 Toplam	$\rho=$ 0.09 $p=0.829$							
Problem Çözme	$\rho=$ 0.00 $pp=0.494$	$\rho=$ 0.337 $p=0.008$						
İletişim	$\rho=$ 0.06 $p=0.622$	$\rho=$ 0.342 $p=0.008$	$\rho=$ 0.597 $p<0.001$					
Roller	$\rho=$ 0.17 $p=0.153$	$\rho=$ 0.306 $p=0.018$	$\rho=$ 0.402 $p=0.001$	$\rho=$ 0.674 $p<0.001$				
Duygsl Tepki	$\rho=$ 0.11 $p=0.192$	$\rho=$ 0.295 $p=0.022$	$\rho=$ 0.566 $p<0.001$	$\rho=$ 0.657 $p<0.001$	$\rho=$ 0.650 $p<0.001$			
İlgi Gösterme	$\rho=$ 0.00 $p=0.941$	$\rho=$ 0.194 $p=0.137$	$\rho=$ 0.196 $p=0.134$	$\rho=$ 0.501 $p<0.001$	$\rho=$ 0.657 $p<0.001$	$\rho=$ 0.375 $p=0.003$		
Davranış Kont rolü	$\rho=$ 0.09 $p=0.498$	$\rho=$ 0.175 $p=0.181$	$\rho=$ 0.360 $p=0.005$	$\rho=$ 0.442 $p<0.001$	$\rho=$ 0.624 $p<0.001$	$\rho=$ 0.487 $p<0.001$	$\rho=$ 0.576 $p<0.001$	
Genel İşlevler	$\rho=$ 0.08 $p=0.892$	$\rho=$ 0.432 $p=0.001$	$\rho=$ 0.607 $p<0.001$	$\rho=$ 0.766 $p<0.001$	$\rho=$ 0.680 $p<0.001$	$\rho=$ 0.679 $p<0.001$	$\rho=$ 0.498 $p<0.001$	$\rho=$ 0.568 $p<0.001$



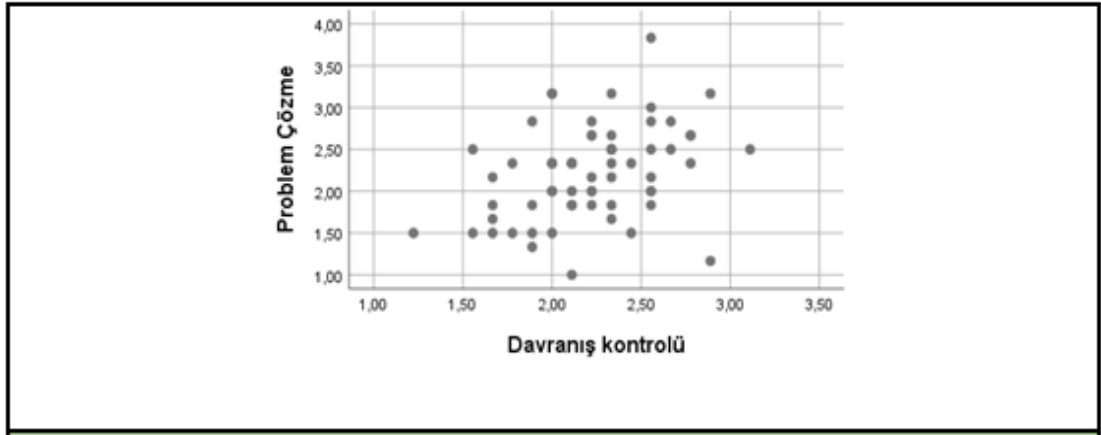
Şekil 3.8. CTQ ve problem çözme arasındaki ilişki



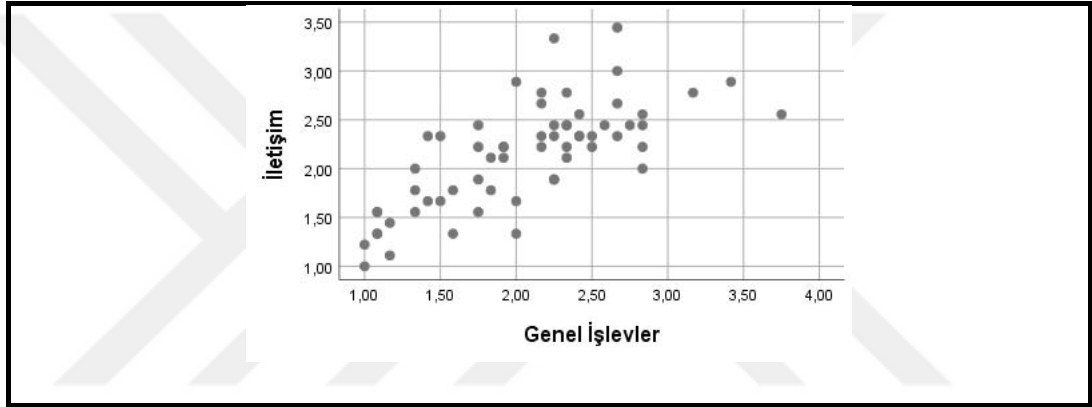
Şekil 3.9. İletişim ve CTQ-28 arasındaki ilişki



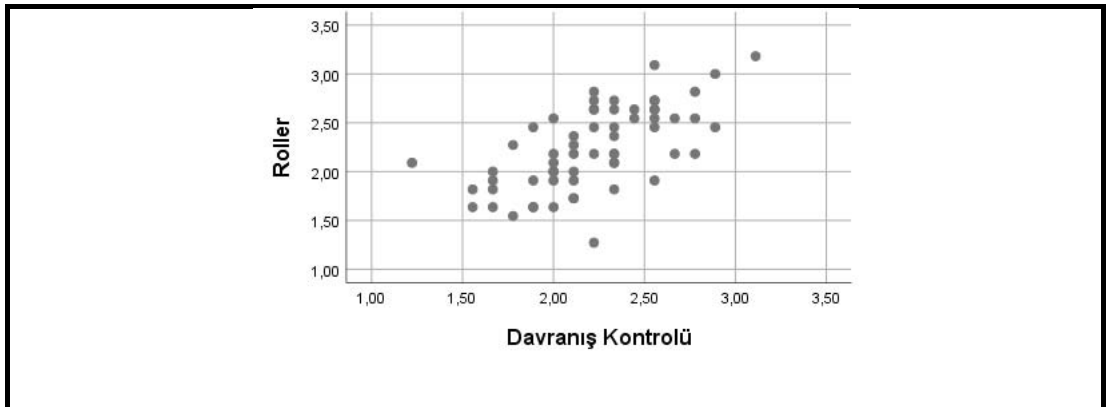
Şekil 3.10. Problem çözme ve roller arasındaki ilişki



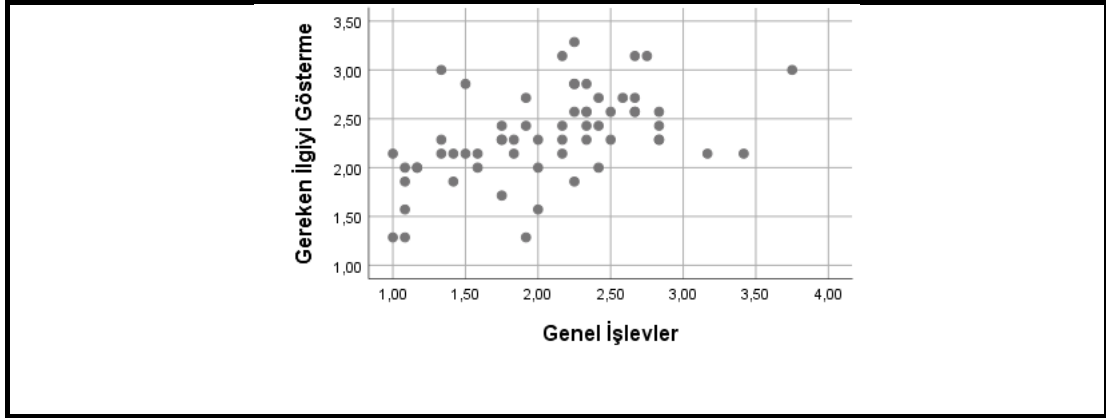
Şekil 3.11. Problem çözme ve davranış kontrolü arasındaki ilişki



Şekil 3.12. İletişim ve genel işlevler arasındaki ilişki



Şekil 3.13. Roller ve davranış kontrolü arasındaki ilişki



Şekil 3.14. Sağlıklı grupta ölçek toplam ve alt boyutları arasındaki ilişki dağılımı

3.6.6. Bağımlı Grupta ADÖ Alt Boyut Puanlarının Karşılaştırılması

Aile gelir durumu ADÖ alt boyut puanları ile karşılaştırıldığında, iletişim ve gereken ilgiyi göstermenin gruplarda anlamlı farklılık gösterdiği bulundu (sırasıyla, $\chi^2=12.008;p=0.007$ ve $\chi^2=8.791;p=0.032$), diğer alt boyutlarda anlamlı ilişki olmadığı bulundu ($p>0.05$, Çizelge 3.11). Farklılığın nereden kaynaklandığını belirlemek için yapılan post-hoc testi sonucunda ise, her iki alt boyutta farklı grup bulunmadı.

Çizelge 3.11. Aile gelirinin ADÖ alt boyutlarına göre incelenmesi

Aile Geliri (tl)	<2000	2001-3000	3001-5000	5001<	Test	İstatistiği
	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)		
<i>Problem çözme</i>	2,2 (1,2-2,8)	2,7 (1,3-3,7)	2,0 (1,8-3,2)	2,5 (2,3-2,7)	5.964	0.113
<i>İletişim</i>	2,2 (2,0-2,8)	2,6 (2,1-3,1)	2,2 (1,8-2,8)	2,7 (2,4-3,0)	12.008	0.007
<i>Roller</i>	2,6 (2,0-2,9)	2,7 (2,0-3,4)	2,6 (2,3-2,8)	2,7 (2,6-2,7)	0.384	0.944
<i>Duygusal tepki verme</i>	3,0 (2,0-3,3)	2,7 (1,3-3,0)	2,8 (2,0-3,0)	2,3 (2,3-2,3)	4.223	0.238
<i>Gereken ilgiyi gösterme</i>	2,7 (1,0-3,4)	2,7 (2,0-3,1)	2,4 (1,9-3,0)	2,2 (2,1-2,3)	8.791	0.032
<i>Davranış kontrolü</i>	2,7 (1,8-3,2)	2,6 (2,1-3,1)	2,7 (2,1-3,2)	2,4 (2,0-2,8)	2.199	0.532
<i>Genel işlevler</i>	2,9 (2,2-3,8)	2,9 (2,5-3,8)	2,8 (2,0-3,4)	3,3 (2,8-3,8)	2.359	0.501

Aile tipine göre davranış kontrolünde gruplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı ($\chi^2=89.394; p=0.009$). Farklılığın nereden kaynaklandığını belirlemek için

yapılan post-hoc testi sonucunda ise çekirdek ve geniş ailenin verdiği cevaplar arasında anlamlı farklılık bulunmadı. Çekirdek ailede davranış kontrolü anlamlı olarak yüksek bulundu (Çizelge 3.12).

Çizelge 3.12. Aile tipinin ADÖ alt boyutlarına göre incelenmesi

Aile Tipi	Çekirdek Aile	Geniş Aile	Parçalanmış Aile	Test	İstatistiği
	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	χ^2	p
<i>Problem çözme</i>	2,3 (1,2-3,5)	2,5 (1,3-3,7)	2,3 (1,8-3,0)	0.091	0.955
<i>İletişim</i>	2,3 (1,8-3,1)	2,6 (2,1-3,0)	2,4 (2,0-2,6)	1.078	0.583
<i>Roller</i>	2,7 (2,0-3,4)	2,6 (2,1-2,9)	2,6 (2,0-2,7)	1.537	0.464
<i>Duygusal tepki verme</i>	2,8 (1,3-3,0)	2,7 (1,8-3,3)	2,5 (2,3-3,2)	0.767	0.682
<i>Gereken ilgiyi gösterme</i>	2,7 (1,9-3,4)	2,6 (1,0-2,9)	2,4 (2,3-3,0)	3.183	0.204
<i>Davranış kontrolü</i>	2,7 (2,1-3,2) ^a	2,2 (1,8-3,1) ^b	2,7 (2,6-2,8) ^{a,b}	9.394	0.009
<i>Genel işlevler</i>	3,0 (2,5-3,8)	2,8 (2,2-3,8)	2,8 (2,0-3,8)	5.170	0.075

Bireylerin medeni durumuna göre alt boyutlar incelendiğinde; problem çözme alt boyutunun evli olan grupta anlamlı olarak farklı olduğu ($\chi^2=6.126$; $p=0.047$), diğer alt boyutlarda ise anlamlı farklılık olmadığı bulundu ($p>0.05$). Problem çözme durumunda yapılan post-hoc testi sonucunda, evli ve boşanmış gruplar arasında anlamlı farklılık bulundu ($p=0.041$, Çizelge 3.13).

Çizelge 3.13. Medeni durumun ADÖ alt boyutlarına göre incelenmesi

Medeni Durum	Bekâr	Evli	Boşanmış	Test	İstatistiği
	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	χ^2	p
<i>Problem çözme</i>	2,3(1,2-3,5) ^{a,b}	2,7 (1,8-3,7) ^b	1,3 (1,3-1,3) ^a	6.126	0.047
<i>İletişim</i>	2,3 (1,8-3,1)	2,6 (2,1-2,9)	2,1 (2,1-2,1)	3.080	0.214
<i>Roller</i>	2,6 (2,0-3,4)	2,7 (2,1-2,7)	2,9 (2,9-2,9)	4.350	0.114
<i>Duygusal tepki verme</i>	2,7 (1,3-3,3)	2,5 (1,8-3,0)	3,0 (3,0-3,0)	2.537	0.281
<i>Gereken ilgiyi gösterme</i>	2,7 (1,0-3,4)	2,4 (2,0-3,0)	2,9 (2,9-2,9)	1.800	0.407
<i>Davranış kontrolü</i>	2,7 (1,8-3,2)	2,4 (2,1-2,8)	3,1 (3,1-3,1)	5.000	0.082
<i>Genel işlevler</i>	2,9 (2,0-3,8)	2,9 (2,6-3,8)	2,8 (2,8-2,8)	0.474	0.789

Babası hayatta olanlar ile babası hayatta olmayanlar karşılaştırıldığında, babası hayatta olmayanlarda duygusal tepki vermenin, anlamlı farklı olduğu bulundu ($\chi^2=2.514$; $p=0.012$). Grupların diğer alt boyut puanları benzer özellikteydi ($Z=2.5140$; $p=0.012$) (Çizelge 3.14).

Çizelge 3.14. Baba'nın hayatta olma durumuna göre ADÖ alt boyutlarının incelenmesi

Baba Hayatta mı?	Evete	Hayır	Test	İstatistiği
	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	Z	P
<i>Problem çözme</i>	2,5 (1,2-3,7)	2,3 (1,8-2,8)	1.305	0.192
<i>İletişim</i>	2,3 (1,8-3,1)	2,4 (2,0-2,7)	0.530	0.596
<i>Roller</i>	2,7 (2,0-3,4)	2,5 (2,0-2,8)	1.123	0.261
<i>Duygusal tepki verme</i>	2,5 (1,3-3,3)	2,9 (2,3-3,3)	2.514	0.012
<i>Gereken ilgiyi gösterme</i>	2,6 (1,0-3,4)	2,9 (2,3-3,1)	1.214	0.225
<i>Davranış kontrolü</i>	2,6 (1,8-3,2)	2,6 (2,0-3,1)	0.000	1.000
<i>Genel işlevler</i>	2,9 (2,2-3,8)	2,7 (2,0-3,3)	1.777	0.075

ADÖ alt boyutlarından; roller, gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler alt boyutlarının aile, komşu, yakın akraba ve yakınlardaki madde kullanımı ile arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı farklılık bulunmadı ($p<0.05$). Farklılığı belirlemek için yapılan post-hoc ikili karşılaştırma test sonucunda roller alt boyutunda yakın akraba ve yakın çevre diyenler arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$, Çizelge 3.15).

Çizelge 3.15. Yakınlarında madde kullanım durumuna göre ADÖ alt boyutlarının incelenmesi

Yakınlarında Madde Kullanım Durumu	Aile içi	Yakın Akraba	Komşu	Yakın Çevre	Test	İstatistiği
	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	χ^2	p
<i>Problem çözme</i>	2,3 (1,8-3,5)	2,5 (1,8-3,7)	2,7 (1,2-2,8)	2,2 (1,3-3,2)	1.827	0.609
<i>İletişim</i>	2,3 (2,0-3,1)	2,6 (2,1-3,0)	2,3 (2,1-2,4)	2,6 (1,8-3,1)	3.991	0.262
<i>Roller</i>	2,6 (2,0-2,7) ^{a,b}	2,5 (2,0-2,9) ^a	2,7 (2,5-2,9) ^{a,b}	2,8 (2,3-3,4) ^b	11.495	0.009
<i>Duygusal tepki verme</i>	2,3 (2,0-2,8)	2,5 (1,3-3,3)	2,2 (2,0-3,0)	3,0 (1,8-3,3)	7.230	0.065
<i>Gereken ilgiyi gösterme</i>	2,4 (1,9-2,9) ^a	2,7 (1,0-3,1) ^{a,b}	22,7 (2,6-3,4) ^{a,b}	2,7 (2,4-3,1) ^b	9.174	0.027
<i>Davranış kontrolü</i>	2,7 (1,8-2,9)	2,4 (2,0-3,1)	2,6 (2,2-2,9)	2,7 (2,0-3,2)	2.896	0.408
<i>Genel işlevler</i>	2,8 (2,0-2,9) ^a	3,0 (2,2-3,8) ^b	2,6 (2,5-3,1) ^{a,b}	3,3 (2,6-3,8) ^b	16.415	0.001

Bireylerin aldıkları eğitime bakıldığında problem çözme ve duygusal tepki verme alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Yapılan post-hoc testi sonucunda duygusal tepki verme alt boyutundaki farklılığın, ilköğretim 8. sınıfa kadar olan grup ile diğer seçeneğini işaretleyen gruptan kaynaklandığı belirlendi. Problem çözme alt boyutunda anlamlı farklılığa neden olan grup bulunamadı ($p<0.05$, Çizelge 3.16).

Çizelge 3.16. Eğitim durumuna göre ADÖ alt boyutlarının incelenmesi

Eğitim Durumu	İlköğretim 8.sınıfa kadar	İlköğretim Terk	Lise	Lise Terk	Üniversite	Test χ^2	İstatistiği p
	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)		
<i>Problem çözme</i>	2,3 (1,3-3,7)	1,9 (1,8-2,0)	2,3 (1,8 -3,2)	2,7 (1,2-3,5)	2,5 (2,5-2,5)	11.686	0.039
<i>İletişim</i>	2,4 (2,0-3,0)	2,6 (2,3-2,8)	2,3 (1,8-3,0)	2,4 (2,1-3,1)	2,7 (2,7-2,7)	6.208	0.286
<i>Roller</i>	2,7 (2,1-3,4)	2,8 (2,7-2,9)	2,5 (2,0-2,7)	2,7 (2,0-2,9)	2,7 (2,7-2,7)	9.969	0.076
<i>Duygusal tepki verme</i>	2,8 (1,8-3,3) b	2,4 (2,0-2,8) ^{a,b}	2,5 (2,0-3,2) ^b	2,7 (2,2-3,0) a,b	2,3 (2,3-2,3) a,b	13.627	0.018
<i>Gereken ilgiyi gösterme</i>	2,7 (1,0-3,1)	2,1 (1,9-2,3)	2,7 (2,1-3,1)	2,7 (2,6-3,4)	2,9 (2,9-2,9)	10.842	0.055
<i>Davranış kontrolü</i>	2,6 (2,0-3,2)	2,8 (2,7-2,9)	2,6(1,8 3,1)	2,7 (2,3-3, 2,2(2,2-2,2)		7.547	0.183
<i>Genel işlevler</i>	2,9 (2,2-3,8)	3,0 (2,6-3,5)	2,9(2,0-3,8)	2,9 (2,5-3, 2,5(2,5-2,5)		4.847	0.435

Anne eğitim durumuna göre; problem çözme, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmadı ($p<0.05$). Roller, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarında anlamlı farklılık saptandı ($p>0.05$, Çizelge 3.17).

Çizelge 3.17. Anne eğitim durumuna göre ADÖ alt boyutlarının incelenmesi

Anne Eğitim Durumu	Eğitim Almamış	İlköğretim 8'e kadar	İlköğretim Terk	Ortaöğretim	Test	İstatistiği
	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	χ^2	p
<i>Problem çözme</i>	2,4 (1,2-3,7)	2,7 (2,2-3,5)	2,2 (1,3-3,0)	2,3 (1,8-2,8)	5.369	0.147
<i>İletişim</i>	2,4 (1,8-3,0)	2,4 (2,0-3,1)	2,3 (2,1-3,1)	2,4 (2,3-2,7)	0.385	0.943
<i>Roller</i>	2,6(2,3-2,9) ^{a,b}	2,3 (2,0-2,8) ^a	2,9 (2,0-3,4) ^b	2,7 (2,7-2,7) ^b	15.592	0.001
<i>Duygusal tepki verme</i>	2,6 (1,8-3,3)	2,7 (1,3-3,3)	3,0 (1,8-3,0)	3,0 (2,3-3,0)	1.424	0.700
<i>Gereken ilgiyi gösterme</i>	2,7 (1,0-3,4)	2,6 (2,0-3,1)	2,7 (2,3-2,9)	2,6 (2,3-2,9)	0.523	0.914
<i>Davranış kontrolü</i>	2,6 (2,0-3,2) ^b	2,1 (1,8-2,7) ^a	2,7 (2,2-3,1) ^b	2,6(2,4-2,8) ^{a,b}	11.731	0.008
<i>Genel işlevler</i>	3,1 (2,0-3,8)	2,9 (2,2-3,3)	2,9 (2,6-3,5)	2,6 (2,5-2,8)	8.482	0.037

İletişim ve genel işlevler alt boyutunda baba eğitim durumuna göre anlamlı farklılık bulundu. Genel işlevler alt boyutundaki sınırdaki anlamlı sonuçta, farklı grubu belirlemek için yapılan post-hoc testi sonucunda anlamlı farklılığa sebebiyet veren grup bulunamazken, iletişim alt boyutunda ilköğretim 8. sınıfa kadar eğitim alan bireyler arasında anlamlı farklılık bulundu ($p < 0.05$, Çizelge 3.18).

Çizelge 3.18. Baba eğitim durumuna göre ADÖ alt boyutlarının incelenmesi

Baba Eğitim Durumu	Eğitim Almamış	İlköğretim 8'e kadar	İlköğretim Terk	Ortaöğretim	Üniversite Mezunu	Test	İstatistiği
	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	Medyan (min;maks)	χ^2	p
<i>Problem çözme</i>	2,2 (1,8-2,7)	2,3 (1,3-3,2)	2,3 (1,8-3,0)	2,3 (1,8-3,5)	3,0 (2,8-3,7)	10.972	0.052
<i>İletişim</i>	2,4 (2,1-2,9) _{a,b}	2,3 (2,1-2,4) _a	2,8 (2,2-3,1) _b	2,1 (2,0-3,1) _{a,b}	2,3 (2,1-2,6) _{a,b}	21.927	0.001
<i>Roller</i>	2,6 (2,0-2,8)	2,3 (2,0-2,9)	2,7 (2,5-2,9)	2,5 (2,3-3,4)	2,7 (2,4-2,7)	5.326	0.377
<i>Duygusal tepki verme</i>	2,7 (2,0-3,0)	3,0 (1,3-3,3)	2,3 (1,8-3,3)	3,0 (2,3-3,2)	2,5 (1,8-3,0)	7.296	0.200
<i>Gereken ilgiyigöste</i>	2,6 (1,9-2,9)	2,7 (1,0-3,1)	2,7 (2,1-3,1)	2,6 (2,4-2,9)	2,6 (2,4-3,0)	10.459	0.063
<i>Davranış kontrolü</i>	2,7 (1,8-3,2)	2,8 (2,1-3,1)	2,6 (2,0-3,2)	2,6 (2,3-2,7)	2,6 (2,2-2,6)	3.778	0.582
<i>Genel işlevler</i>	2,9 (2,2-3,4)	2,8 (2,2-3,0)	3,3 (2,0-3,8)	2,8 (2,6-2,9)	3,2 (2,5-3,8)	11.083	0.050

3.6.7. Lojistik Regresyon Analizi Sonuçları

Bağımlılığa etkisi olduğu düşünülen durumların etkileri incelendiğinde ADÖ alt boyutunda CTQ-28 toplam puanı, problem çözme ve genel işlevler alt puanlarının denklemde bulunmasının anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Genel işlevler alt boyutundaki bir birim değişiklik bağımlı olma durumunu ciddi oranda (%95 GA: 6.082-202.121) azalttığı, CTQ-28 toplam puanındaki bir birim artışın ise ciddi oranda (%95 GA: 1.040-1.142) bağımlılığı arttırdığı bulundu (Çizelge 3.19). Sonuçta genel işlevlerden sağlıklı olmanın bağımlılığı azalttığı, problem çözme alt boyutunun da bağımlılığı azaltıcı yönde etki sağladığı bulundu [Odds:3.846 (%95 GA:1.063-13.889)] ($2 \log \text{likelihood: } 88.602$; $Nagelkerke R^2=0.631$).

Çizelge 3.19. Bağımlı olma durumunun ölçek puanlarına göre incelenmesi

Değişkenler	B ± Std Hata	p	Odds Oranı	%95 G.A.	
				Alt Limit	Üst Limit
BÇTÖ	0.003 ± 0.015	0.867	1.003	0.977	1.031
CTQ-28	0.086 ± 0.024	<0.001	1.090	1.040	1.142
Problem çözme	1.347 ± 0.656	0.040	3.846	1.063	13.889
İletişim	0.194 ± 0.868	0.823	1.214	0.222	6.651
Roller	0.501 ± 0.952	0.599	1.650	0.256	10.639
Duygusal tepki verme	0.778 ± 0.669	0.245	2.178	0.587	8.065
Gereken ilgiyi gösterme	1.222 ± 0.759	0.108	3.389	0.766	14.925
Davranış kontrolü	0.711 ± 0.853	0.405	2.036	0.383	10.534
Genel işlevler	3.557 ± 0.894	<0.001	35.061	6.082	202.121
Sabit	6.282 ± 3.658	0.086			

Kardeş sayısına göre bağımlı olma durumu incelendiğinde bir kardeşi olan bireylerin bağımlı olma olasılıklarının üçten fazla kardeşi olanlara göre daha fazla olduğu bulundu (%95 GA: 24.876; 66.667). Üç ve üzeri kardeş varlığının bağımlı olma durumunu azaltıcı etkisi olduğu bulundu ($p<0.05$, Çizelge 3.20).

Çizelge 3.20. Kardeş sayısına göre bağımlı olma durumunun incelenmesi

Değişkenler	B ± Std Hata	p	Odds Oranı	%95 G.A.	
				Alt Limit	Üst Limit
Bir kardeş	2.552 ± 0.837	0.002	12.821	24.876	66.667
İki kardeş	0.261 ± 0.479	0.585	1.299	0.508	3.226
Üç kardeş	0.749 ± 0.522	0.151	2.114	0.760	5.882
Sabit	-0.285 ± 0.243	0.242	0.752		

-2 log likelihood:150.516; Nagelkerke R²=0.152

Yaşanılan yere göre bağımlı olma durumu incelendiğinde, akrabası ile yaşamının yetiştirme yurdunda yaşamaya göre bağımlı olma olasılığını azaltıcı etkisi olduğu bulundu (p<0.037) [%95 GA: 1.193-250.000]. Ailesiyle, arkadaşları ile ya da yalnız yaşamının bağımlılık durumuna etkisinin olmadığı bulundu.

Çizelge 3.21. Bağımlı olma durumunun yaşadığı yere göre incelenmesi

Değişkenler	B ± Std Hata	p	Odds Oranı	%95 G.A.	
				Alt Limit	Üst Limit
Ailesi ile	0.154 ± 0.94	0.870	1.167	0.185	7.353
Akraba ile	2.89 ± 1.384	0.037	17.857	1.193	250.000
Arkadaşları ile	0.065 ± 1.076	0.952	1.067	0.129	8.793
Yalnız	0.405 ± 1.155	0.725	1.499	0.156	14.493
Sabit	-0.272 ± 0.334	0.416	0.762		

-2 log likelihood:151.845; Nagelkerke R²=0.139

Çalışma durumuna göre bağımlı olma durumu arasında anlamlı ilişki bulunmadı (p>005, Çizelge 3.22).

Çizelge 3.22. Bağımlı olma durumunun çalışma durumuna göre incelenmesi

Değişkenler	B ± Std Hata	p	Odds Oranı	%95 G.A.	
				Alt Limit	Üst Limit
Çalışmıyor	0.501 ± 0.386	0.195	1.650	0.774	3.518
Ara-sıra çalışıyor	0.382 ± 0.773	0.622	1.464	0.322	6.667
Sabit	-0.089 ± 0.275	0.745	0.914		

-2 log likelihood:162.543; Nagelkerke R²=0.026

Anne-babanın hayatta olmasına göre, adölesanların bağımlı olma olasılıkları incelendiğinde, babası hayatta olmayanların bağımlı olma olasılıklarının çok daha fazla olduğu bulundu [%95 GA: 1.864-118.625] (p=0.011).

Çizelge 3.23. Bağımlı olma durumunun ebeveynlerin yaşam durumuna göre incelenmesi

Değişkenler	B ± Std Hata	p	Odds Oranı	%95 G.A.	
				Alt Limit	Üst Limit
Anne hayatta mı?	20.988 ± 23205.412	0.999	0.000	0.000	0.000
Baba hayatta mı?	2.699 ± 1.06	0.011	14.870	1.864	118.625
Sabit	9.359 ± 11602.706	0.999	11602.714		

-2 log likelihood:148.662; Nagelkerke R²=0.17

Parçalanmış ailelere göre bağımlı olma olasılıkları incelendiğinde çekirdek aile ya da geniş aileye sahip olmanın bağımlılık üzerinde etkisi olmadığı bulundu (p>0.05, Çizelge 3.24).

Çizelge 3.24. Bağımlı olma durumunun aile tipine göre incelenmesi

Değişkenler	B ± Std Hata	p	Odds Oranı	%95 G.A.	
				Alt Limit	Üst Limit
Çekirdek Aile	1.227 ± 0.644	0.057	3.411	0.966	12.051
Geniş Aile	0.223 ± 0.719	0.756	1.250	0.306	5.114
Sabit	-0.328 ± 0.252	0.193	0.721		

-2 log likelihood:157.372; Nagelkerke R²=0.082

Anne-babasının medeni durumunun, bağımlı olma durumuna etkisinin olmadığı bulundu (p>0.05, Çizelge 3.25).

Çizelge 3.25. Bağımlı olma durumunun anne baba medeni durumuna göre incelenmesi

Değişkenler	B ± Std Hata	p	Odds Oranı	%95 G.A.	
				Alt Limit	Üst Limit
Bekâr	1.674 ± 0.892	0.061	5.319	0.929	30.303
Evli	0.14 ± 0.772	0.856	1.150	0.253	5.227
Boşanmış	1.609 ± 0.894	0.072	5.000	0.867	28.571
Sabit	-0.275 ± 0.265	0.300	0.760		

-2 log likelihood:146.139; Nagelkerke R²=0.194

Aile gelirinin 3.000 tl üzerinde olmasının, aile gelirinin 0-2.000 aralığında olmasına göre, bağımlı olmayı arttırıcı yönde etkisi olduğu bulundu ($p<0.05$). Gelirin 3000 üzerinde olmasının bağımlılığın belirgin olarak arttırdığı bulundu (Çizelge 3.26).

Çizelge 3.26. Bağımlı olma durumunun aile geliri durumuna göre incelenmesi

Değişkenler	B ± Std Hata	p	Odds Oranı	%95 G.A.	
				Alt Limit	Üst Limit
2001-3000	1.322 ± 0.821	0.107	3.750	0.750	18.739
3001-5000	2.884 ± 0.852	0.001	17.889	3.367	95.031
5000+	3.045 ± 0.873	<0.001	21.000	3.795	116.201
Sabit	-0.133 ± 0.252	0.597	0.875		

-2 log likelihood:137.190; Nagelkerke $R^2=0.277$

Yakınlarından komşusunda madde kullanımının varlığı değerlendirildiğinde; bağımlılığın yaklaşık 22 kat (%95 GA:1.802-260.574), yakın çevresinde madde kullanımının varlığı ise 28 kat (%95 GA:3.338; 222.282) bağımlılığın arttırdığı saptandı (Çizelge 3.27).

Çizelge 3.27. Bağımlı olma durumunun yakın çevrede madde kullanımına göre incelenmesi

Değişkenler	B ± Std Hata	p	Odds Oranı	%95 G.A.	
				Alt Limit	Üst Limit
Yakın akraba	1.918 ± 1.102	0.082	6.810	0.785	59.094
Komşu	3.076 ± 1.269	0.015	21.667	1.802	260.574
Yakın çevre	3.305 ± 1.071	0.002	27.238	3.338	222.282
Sabit	-0.49 ± 0.337	0.146	0.612		

-2 log likelihood:140.765; Nagelkerke $R^2=0.245$

4. TARTIŞMA

Madde bağımlılığı, hangi mekanizmalar ile ortaya çıktığı aydınlatılmamış, oluşumunda birçok faktörün rol aldığı, genetik yatkınlığı olduğu düşünülen ciddi bir hastalıktır. Son yıllarda özellikle eroin bağımlılığı adölesan döneminde giderek artış göstermekte ve de kullanım yaşı giderek düşmektedir (Evren C, Çakmak D, 2001; Saatçioğlu Ö, Evren C ve Çakmak D, 2003). Konuyla ilgili birçok nörokimyasal ve genetik çalışma yapılmasına rağmen etiolojisi bulunamamıştır (Uzbay, 2017). Adölesanların ilk bağımlısı olduğu madde sigara olup, bunu alkol ve daha sonra uyuşturucu maddeler izlemektedir.

Adölesan döneminde eroin kullanımını etkileyen bazı faktörler; çocukluk çağında geçirilmiş travmalar, aile ilişkilerinin zayıf ve yetersiz olması, bireyin sorunları çözemediği etkisiz başa çıkma yöntemlerini kullanması olarak sayılabilir. Konuyla ilişkili literatüre bakıldığında fazla çalışma bulunmadığını gözlemlendi.

Adölesan döneminde ortaya çıkan eroin bağımlılığının tedavisi ve kontrolü oldukça güçtür. Bu nedenle, eroin bağımlılığına zemin hazırlayan durumları tespit etmek için; risk altında olan, eroin kullanma eğilimindeki adölesanların hangi başa çıkma yöntemlerini kullandıkları ve ailenin koruyucu özelliklerinin bağımlılığı önlemedeki etkisinin neler olabileceğini saptamak amacıyla çalışmamız gerçekleştirilmiştir.

4.1. Gönüllülere Ait Demografik Bulguların Yorumlanması

Sigarayı erken yaşlarda denemenin, erişkin döneminde sigara bağımlılığının belirleyicisi olduğu bildirilmiştir (WHO,1995; Jackson,1997). Alkol kullanımı tüm yaş gruplarında görülmesine rağmen 18-25 yaş aralığında daha sıklıkla gözlenir. Amerika Birleşik Devletleri'nde 12-17 yaş grubundaki ergenlerin %39,3'ünün, 18-25 yaş grubundaki genç yetişkinlerin %77,7'sinin alkol kullandığı bildirilmiştir

(Humara ve Sherman, 1999). Alkol kullanmaya başlama yaşı alkol bağımlılığı açısından gösterge olarak kabul edilmektedir. Alkole başlama yaşı küçüldükçe yaşamın ilerleyen dönemlerinde bireyin alkol içme sıklığı ve içilen alkolün miktarının arttırdığı bildirilmiştir. Gelişmiş ülkelerde alkole başlama yaşının düşük olduğu, gelişmekte olan ülkelerde de yaşın giderek düştüğü bildirilmiştir. İngiltere’de üniversitede okuyan erkek öğrencilerin %74’ünün, kızların %77’sinin 12 yaşından önce alkole başladığı bildirilmiştir (Budd ve ark, 1999; Newbury-Birch, 2000). Young ve arkadaşları alkole başlama yaş ortalamasının 12 olduğunu bildirmiştir (Young, Longstaffe ve Tenenbein, 2000).

ABD’de 2007 yılında yapılan, Madde Kullanımı ve Sağlık Ulusal Anketi’nin (NSDUH) bulgularında; ABD’de 2007 yılında 12 yaş ve üzeri nüfusta son bir ayda 19,9 milyon kişinin yasadışı madde kullanıldığı ve bu sayının 12 yaş üzeri nüfusun %8’ini oluşturduğu bildirilmiştir. Bu yaş grubundaki bireylerin 14,4 milyonu (%6) esrar, 2,1 milyonunu (%0,8) kokain kullanmaktadır. Aynı raporda 126,8 milyon insanın alkol kullandığı, bu sayının 12 yaş ve üzeri nüfusun %51’ini oluşturduğu bildirilmiştir (NSDUH, 2007). Dünya Madde Kullanım Raporu 2016 yılı verilerine göre Dünya’da 15-64 yaş aralığında 247 milyon bireyin uyuşturucu madde kullandığı, maddelerden; kannabis %3,8, opiyat (eroïn vb) %1,07, kokain %0,38, amfetamin %0,8 ve ekstazinin %0,4 sıklıkta kullanıldığı bildirilmiştir. Rapora göre, opiyat türevi olan eroïnin, kannabisten sonra en sık kullanılan madde olduğu bildirilmiştir (World Drug Report, 2016).

Türkiye’de adölesanların %50,9’u sigarayı ilk kez 11 ya da daha erken yaşlarda, %13,6’sı ise 12 yaşında kullanmaya başlamaktadır. EGEBAAM’da (Ege Üniversitesi Bağımlılık Araştırma Merkezi) 2005 yılında 323 adölesanla yapılan çalışmada, bağımlılarda madde kullanım yaş ortalaması 16,2, en erken madde kullanım yaşının 14 olduğu bildirilmiştir (Yüncü ve ark, 2006). Samsun ilinde ortaöğretim öğrencileri ile yapılan çalışmada, madde kullanım sıklığının cinsiyeti erkekler olanlarda kızlardan 1,5 kat daha fazla olduğu bildirilmiştir (Aslan ve ark, 2012). Sakarya’da 2015 yılında 470 ortaöğrenim öğrencisi ile yapılan çalışmada, madde kullanan erkek katılımcıların sayısının kızlardan iki kat fazla olduğu ve

madde kullanmaya başlama yaşının 15 olduğu bildirilmiştir (Genç, Taylan, Yahya ve ark, 2017). Literatürde yaşın küçülmesi ile madde kullanım, yaşın artması ile alkol kullanım sıklığının arttığı bildirilmiştir (Evren ve Ögel, 2003; Bulut ve ark, 2006). Yurt içinde yapılan çalışmalarda alkol ve madde kullanım yaşının giderek düştüğü ve ortalama 12-20 yaş arasında olduğu bildirilmiştir (Mırsal, Kalyoncu, Pektaş ve ark, 2000; Bulut, Savaş, Cansel ve ark, 2006). Ülkemizde yapılan çalışmalarda; Aktürk ve arkadaşları (Aktürk ve ark, 2000) alkole başlama yaşını 13,3, Evcı ve arkadaşları 15,1 yaş olarak bildirmişlerdir (Evcı, Aycan ve ark, 1998). Madde kullanımı ve yaş arasında sıralama yapıldığında yaşın artmasıyla kullanılan maddelerin; uçucu, esrar ve eroin olduğu bulunmuştur (Yüncü ve ark, 2008). Adölesanların sıklıkla tercih ettiği maddelerin; esrar ve eroin olduğu bildirilmiştir (Şimşek ve ark, 2007; Tanrikulu ve Carman, 2009; Yalçın ve ark, 2009).

Bizim çalışmamızda, bağımlı grupta sigaraya en erken başlangıç yaşı 8, alkol kullanmaya başlama yaşı 12 olarak bulundu. Sağlıklı gönüllülerde sigaraya en erken başlangıç yaşı 12, alkole başlama yaşı 16 olarak bulundu. Bağımlı grubun ortalama yaşı 18 olarak bulundu. En küçük eroin kullanma yaşı 16 idi. Çalışma bulgularımızda, madde kullanım yaşının giderek düştüğü, en erken madde kullanım yaşının 16 olduğu bulundu. Çalışmamızda, eroin dışında en sık kullanılan maddelerin sırasıyla kokain ve esrar olduğu bulundu. Bulgularımız literatür ile benzer özellik gösterdi. Çalışmamızda eroin bağımlılarında tedavi için ilk başvuru yaşının 16 olması, daha küçük yaştaki eroin bağımlısı adölesanların, çocuk ve ergen ruh sağlığı kliniklerinde yatarak tedavi edilmesi ve klinik izlemlerinin bu birimlerde takip edilmesi ile ilişkili olabileceği düşünülmüştür.

Yurtdışında yapılan birçok çalışmada, madde kullanım sıklığının cinsiyete göre değiştiği bildirilmiştir (Williams, Cox, Hedberg ve ark, 2000). Wilsnacki ve arkadaşları, 10 ülkeden katılımcılar ile yaptıkları çalışmada erkeklerin kadınlara göre daha fazla alkol tükettiğini bildirmiştir (Wilsnacki, Vogeltanz ve Harris, 2004). Dawson, erkeklerin kadınlardan iki kat daha fazla alkol tükettiğini bildirmiştir (Dawson ve Archer, 2006). Ergenler ile yapılan çalışmada cinsiyetin alkol kullanımında önemli bir değişken olduğu bildirilmiştir (Huselid ve Cooper, 1992).

Güler ve arkadaşlarının üniversite öğrencileri ile yaptıkları çalışmada, erkek cinsiyette olanların kızlardan daha fazla sigara kullandığı bildirilmiştir (Güler, 2009). Lise öğrencileriyle yapılan başka bir çalışmada, sigara kullanım oranının erkeklerde daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Uz-Baş ve Siyez, 2010). Kırklareli Üniversitesi'nde 2013 yılında 902 öğrenci ile yapılan araştırmada, erkek cinsiyette olmanın sigara içme alışkanlığını 1,5 kat, madde deneme alışkanlığını 4,7 kat arttırdığı bildirilmiştir (Ulukoca ve ark, 2013). Diyarbakır'da 2040 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada, erkek cinsiyete sahip olmanın yaşam boyu en az bir kez madde kullanımını açısından risk oluşturduğu bildirilmiştir. Literatürde erkek cinsiyette olanların kızlara göre iki kat fazla madde kullandığı, kullanım yaşının bölgelere ve toplumlara göre değiştiği bildirilmiştir (Yalçın ve ark, 2009). Bizim çalışmamızda, eroin bağımlısı grupta cinsiyeti erkek olanların sayısının kızlardan iki kat fazla olduğu bulundu. Toplumda erkek cinsiyete kadınlardan farklı roller yüklenmesi, cinsiyette göre özgürlük alanlarının değişkenlik göstermesi nedeniyle erkeklerin daha fazla madde kullanım sıklığına sahip olduğu düşünülmüştür.

Eğitimin risk faktörleri arasında önemi fazladır. Yapılan çalışmaların çoğunda eğitim seviyesinin düşük olması ile madde bağımlılığı arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir. Madde bağımlılığında yalnız adölesanların değil, ebeveynlerin eğitim seviyesi de önemlidir. Yurtdışında Lemstra ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada; madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin düşük sosyoekonomik düzeye sahip olduğu bildirilmiştir (Lemstra ve ark, 2008). Yapılan başka bir çalışmada, madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin, kontrol grubuna göre okula devam süresinin ve eğitim durumunun daha düşük olduğu, bağımlı adölesanların gelir getiren bir işte çalışma oranlarının daha yüksek olduğu bildirilmiştir (Sutherland ve Shepherd, 2001; Townsend, Flisher, King, 2007). İstanbul'da yapılan bir çalışmada, özellikle baba eğitim seviyesinin düşük olması ile madde kullanım sıklığının arttığı yönünde bulgular bildirilmiştir (Ögel ve Erol, 2005). Anne eğitim düzeyinin düşük olmasının babaya göre daha az etkili olduğu bildirilmiştir. İstanbul'da adölesanlar ile yapılan çalışmada, okul başarısının düşük olmasıyla alkol/madde kullanımını arasında pozitif ilişki saptanmıştır (Önal ve ark, 2011). Eroin bağımlılığı tanısı konulmuş 84 hasta ile yapılan çalışmada, katılımcıların %73,8'inin eğitim seviyesinin dokuz yılın altında

olduğu, %60,7'sinin okul eğitimini tamamlamadığı bildirilmiştir (Nebioğlu ve ark, 2013). Gaziantep'te alkol ve madde kullanım bozukluğu nedeniyle yapılan genç yaş grubundaki (17-25 yaş) araştırmada, katılımcıların %40,5'inin eğitimsiz veya ilkokul mezunu olduğu, %27'sinin ortaokul mezunu, %22,2'sinin lise mezunu ve %10,3'ünün yüksekokul mezunu olduğu saptanmıştır (Bulut ve ark, 2006). EGEBAM'da 206 ergenin yatarak madde bağımlılığı tedavisi gördüğü çalışmada, ortalama eğitim seviyesi 7,8 yıl olduğu bildirilmiştir (Yüncü ve ark, 2008). Madde bağımlısı ergenlerin okul başarısının düşük, okula devam sürelerinin az ve eğitimi yarıda bırakanın daha fazla olduğu bildirilmiştir. Bizim alışmamızda, bağımlı grupta bulunanların eğitim seviyesinin anlamlı olarak sağlıklı gruptan düşük, eğitimi devam ettirmemenin daha fazla olduğu bulundu. Bulgularımız literatür ile benzerlik gösterdi. İlköğretim döneminin 12 yıl olmasından yola çıkıldığında, madde bağımlılarında ciddi eğitim eksikliği olduğu, bağımlıların okul ortamı dışında eğitim hayatlarını sürdürmelerinin gerekli olduğu düşünülmüştür.

Adölesan eroin bağımlıların medeni durumu ile ilgili çalışmalar daha çok yetişkin yaş grubunda yapılmıştır. Madde kullanan 84 kişi ile yapılan bir çalışmada; %85,7'sinin bekr, %33,0'ünün boşanmış olduğu bulunmuştur (Nebioğlu ve ark, 2013a). Çalışmamızda bağımlarının medeni durumuna bakıldığında, 10 kişinin (%17,2) evli olduğu, iki kişinin (%3,4) boşanmış olduğu bulundu. Evli adölesanlardan nn resmi olarak evlendiği, yedisinin de dini kurallara göre evlendiği görüldü. Bulgularımız literatür ile benzer zelikler gösterdiği bulundu.

Zamanından önce evlilik yapılmasının, bireylerin erken dönemde sorumluluk almasına, beraberinde birçok sorunun ortaya çıkmasına ve madde kullanımına yatkınlığın artmasına neden olduğu düşünülmüştür.

Aile içindeki kardeş ya da ocuk sayısı ile madde kullanım sıklığı arasındaki ilişki incelendiğinde, kardeş sayısının artmasıyla madde kullanım sıklığı arasında pozitif ilişki olduğuna gösteren çalışmalar bildirilmiştir. Bu durum, ebeveynin çocuğuna yeterli zaman ayıramaması, ilgi, şekvat gösterememesi ve olumlu yaklaşımlarda bulunamaması ile açıklanmıştır. Yapılan çalışmalarda ailede dört ve

üzerinde kardeş bulunması durumunda, madde kullanım riskinin artacağı bildirilmiştir (Kunt, 2003; Akbaba, 2011). Son zamanlarda yapılan çalışmalarda, ailede tek çocuk sahibi olmanın alkol ve madde kullanımını arttırdığına yönelik yayınlar bildirilmiştir. Atlam ve arkadaşlarının 2017 yılında yaptığı çalışmada, ailedeki çocuk sayısının kişinin alkol kullanımı ile ilişkili olduğu, kardeş sayısı azaldıkça alkol kullanımının anlamlı oranda arttığı bulunmuştur (Atlam ve Yüncü, 2017). Eroin bağımlısı grupta, ailede tek kardeş olan adölesanların sayısı (n=14, %24,10) fazla bulundu. Çalışmamızın bulguları, literatür ile benzer özellik göstermektedir. Ebeveynlerin çocuklarına aşırı ilgi göstermesinin, kontrolsüz ebeveyn-ergen ilişkisi, sınırların belli olmadığı adölesan yaklaşımının madde kullanımını arttırdığı düşünülmüştür.

Townsend ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada eroin bağımlısı adölesanların yarı zamanlı ve tam zamanlı işlerde sıklıkla çalıştığı bildirilmiştir (Townsend, Flisher, King, 2007). Zorlu ve arkadaşlarının 2011 yılında 215 bağımlı ile yaptıkları bir çalışmada, bağımlıların %40'ının düzenli işinin olmadığı bildirilmiştir (Zorlu ve ark, 2011). Eroin bağımlılığı tanısı alan 84 kişi ile yapılan çalışmada %51,2'sinin işsiz olduğu (Nebioğlu ve ark, 2013b), başka bir çalışmada madde bağımlılığı tanısı konulanların %70'inin çalışmadığı bildirilmiştir (Evren ve Ögel, 2003). Çalışmamızda bağımlı grupta gelir getirici işte çalışanların sıklığının (%56,9) sağlıklı gruba göre anlamlı olarak fazla olduğu bulundu. Bu farklılığın, maddeye ulaşmayı kolaylaştırdığı ya da madde bağımlısı olup tedaviye gelemeyenlerin fazla sayıda olması ile açıklanabileceği düşünülmüştür.

Yaşanılan ortama bakıldığında, ailesiyle birlikte yaşamının madde bağımlılığından koruyucu olduğuna dair çok sayıda çalışma bildirilmiştir. Mohammadpoorasl ve arkadaşlarının 2014 yılında yaptığı çalışmada yalnız yaşayan adölesanların madde kullanım sıklığının daha fazla olduğu bildirilmiştir (Mohammadpoorasl ve ark, 2014). Eğitim hayatında devlet yurdunda kalmanın, bağımlılıktan koruduğu bildirilmiştir. Bu bulgu; yurt ortamının öğrenci evine göre daha güvenli olması ve yurttaki kalanlar arasında madde kullanım oranının daha düşük olması ile açıklanmıştır. Evde yalnız yaşamının, madde kullanım riskini arttırdığı,

yurtta kalmanın ise koruyucu özellikte olduğu bildirilmiştir (İlhan ve ark, 2009). Yalnız yaşamının, arkadaşları ile yaşamının, yetiştirme yurdunda kalmanın ve sokakta yaşamının madde bağımlılığını arttırdığı bildirilmiştir. İzmir’de 1522 üniversite öğrencisi ile yapılan çalışmada, eğitim hayatında arkadaşlarıyla ya da yalnız yaşayanların; sigara, alkol ve madde kullanım oranının fazla olduğu bildirilmiştir (Atlam ve Yüncü, 2017). Çalışmamızda akrabası ile yaşayan, yalnız yaşayan ve yetiştirme yurdunda kalan bağımlı adölesan sayısının anlamlı olarak fazla olduğu bulundu. Çalışmamızın bulguları literatür ile benzer özellikte göstermekte idi. Aile ortamının ve devlet yurdunda kalmanın, bağımlılıktan korunmada önemli bir faktör olduğu düşünülmüştür.

4.2. Ailelere Ait Demografik Bulguların Yorumlanması

Eğitim seviyesi düşük olan ebeveynlerin çocuklarında, eroin kullanımının daha yaygın olduğu bildirilmiştir (Goodman ve Huang, 2002). Yurtdışında Lemstra ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada gelir seviyesinin artışı ile madde kullanımı arasında pozitif ilişki olduğu bildirilmiştir (Lemstra ve ark, 2008). Literatürde ebeveyn eğitim düzeyi arttıkça madde kullanımının azalmakta olduğu bildirilmiştir (Erbay ve ark, 2016; Atlam ve Yüncü, 2016). Bizim çalışmamızda bağımlı adölesanların ailelerinin gelir seviyesi düşük bulundu. Özellikle gelir seviyesi 2.000 tl altında olanların bağımlı grupta daha sık oranda olduğu bulundu. Gruplar arasında, aile geliri 2000-5.000 tl aralığında belirgin fark bulunmadı. Bu durumun, maddeyi elde etmenin kolaylaşması, madde fiyatlarının düşük olması ile ilgili olabileceği düşünülmüştür. Bağımlı grupta, üniversite mezunu anne bulunmaz iken, lise mezunu anne sayısı da 4 kişi idi. Baba eğitim durumuna baktığımızda 4 lise mezunu ve 6 üniversite mezunu baba bulundu. Çalışmamızda eroin bağımlısı adölesanların ebeveynlerin eğitim seviyelerinin, sağlıklı gruba göre düşük oranda olduğu bulundu. Toplumun eğitim seviyesinin ve bağımlılıkla ilgili farkındalığının artması ile ergenlerin madde kullanımının azaltılabileceği ya da önlenebileceği düşünülmüştür.

Yapılan çalışmalarda; ebeveynlerin aileyi terk etmesi, ebeveyn birlikteliğinin düşük düzeyde olması, ölüm, boşanma gibi çeşitli nedenlerle parçalanmış aileye sahip olmanın ergenlerde madde kullanım riskini arttırdığı bildirilmiştir (Denton ve Kampfe, 1994). Literatür çalışmalarında, anne ya da babanın boşanmış olması ya da ayrı yaşamasının madde kullanımını 3,1 kat arttırdığı bildirilmiştir (Yalçın ve ark, 2009). Madde kullanımı nedeniyle tedavi gören ergenlerin aile yapısının incelendiği çalışmada, bu kişilerin %29,5'inin parçalanmış aileden geldiği ve boşanma, ayrı yaşama, ebeveynlerden birinin ölümü vb. gibi durumların sıklıkla bulunduğu (Şimşek ve ark, 2014), bu durumun madde kullanımı için ciddi risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Akfert, 2009). Çalışmamızda bağımlıların ebeveynlerinde boşanma, parçalanmış aile öyküsü ve geniş aile yapısı sağlıklı gruba göre anlamlı olarak fazla bulundu. Sağlıklı adölesanlarda çekirdek aile yapısı daha fazla bulundu. Bağımlılığın; aile içi sorunları, geçimsizliği ve ayrılma oranını arttırdığı bildirilmiştir. Çalışmamızın bulguları tüm Dünya ülkeleri ve ülkemizde yapılan çalışmalar ile uyumlu bulundu. Aile birlikteliğinin, ergenleri madde kullanımından koruyan önemli faktör olduğu düşünülmüştür.

Arkadaş ortamının, maddeye başlama ve kullanımı üzerine önemli etkisinin olduğu birçok çalışmada bildirilmiştir. İngiltere'de ergenler ile yapılan çalışmada; tütün, alkol ve madde (kannabis, bonzai) kullanımında, arkadaş etkisinin oldukça önemli olduğu bildirilmiştir. Özellikle sınıf arkadaşı, komşu, en yakın arkadaşın madde kullanımında öncü olduğu bildirilmiştir (McVicar ve Polanski, 2014). Yapılan araştırmalarda arkadaş ortamında madde kullanan bireyler bulunmasının, ergenlerin madde kullanımını etkilediği, onlar gibi davranmak ve ortama uyum sağlamanın bağımlılığa başlangıç olduğu bildirilmiştir (Santor, Messervey ve Kusumakar, 2000). Literatürde alkol/madde kullanımı ve bağımlılığın gelişmesinde arkadaş çevresinin çok önemli olduğu bildirilmiştir. Çünkü rol model eksikliğinin, merakın, akran ve arkadaş etkisinin alkol ve madde bağımlılığında önemli olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bildirilmiştir (Başkurt, 2003; Ulukoca ve ark, 2013). Kız meslek lisesinden 102 adölesan ile yapılan çalışmada; adölesanların %15,7'sinin madde kullandığı, madde kullananların %31,2'sinin arkadaşları tarafından madde kullanmaya başlatıldığı ve %25,0'inin merak, özenti ve ilgi duyma nedeni ile madde

kullanmaya başladıkları bildirilmiştir. Bu adölesanların %47,1'inin arkadaşlarının, %14,7'sinin duygusal arkadaşının madde kullanmakta olduğu bildirilmiştir (Taşçı ve ark, 2005). Erzurum'da 93 ergen ile yapılan araştırmada, sigaraya başlama nedeninin en çok arkadaş etkisiyle (%33,33) ve arkadaş çevresinden etkilenmeyle olduğu bulunmuştur (Gümüş ve ark, 2011). Elazığ'da lise okul yöneticileri, rehber öğretmenler ile öğrencilerin madde kullanımına ilişkin tutumlarını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada, eğitimciler madde kullanmaya başlamada arkadaş etkisinin en önemli faktör olduğunu bildirmiştir (Özmen ve Kubanç, 2013). Kafeye gitme alışkanlığının sigara ve alkol kullanımını arttırdığını gösteren çalışmalar bildirilmiştir (Erci, 1999). Bağımlılıktaki önemli risk faktörlerinden; aile, yakın akraba ve yakın çevrede madde kullananlar olduğu bildirilmiştir (Gümüş ve ark, 2011; Bircan ve Erden, 2011). Alkol bağımlılığının genetik aktarım gösterdiği ve kalıtsal yükü olduğu bildirilmiştir. Anne-babası alkol bağımlısı olan erkek çocukların alkol bağımlılığı riskinin, anne-babası alkol kullanmayanlara göre 4-5 kat fazla olduğunu gösteren çalışmalar bildirilmiştir. İkiz çalışmalarında, alkol kullanımının genetik geçişinin olduğu saptanmıştır (Ünal, 1991; Alikashiöglu ve Ercan, 2002). Birinci derece akrabalarında alkol bağımlısı olmasının, alkol bağımlılığı riskini 3-4 kat arttırdığı bildirilmiştir (Çakmak ve Evren, 2009). Eroin bağımlılığı tanısı konulmuş 84 hasta ile yapılan çalışmada, madde kullananların %78,6'sının ailesinde alkol ya da madde kullanım öyküsünün olduğu bildirilmiştir (Nebioğlu ve ark, 2013). Bakırköy AMATEM'de 62 kişi ile yapılan araştırmada madde bağımlılığı tanısı konan hastaların birinci derece akrabalarında alkol kullanım %40,6, madde kullanım sıklığı %21,9 olarak bulunmuştur (Evren ve Ögel, 2003). Meslek lisesinin 102 öğrencisi ile yapılan çalışmada, madde kullanan öğrencilerin %26,5'unun anne-babasinda madde kullanım öyküsü bulunmuştur (Taşçı ve ark, 2005). Üniversite öğrencilerine yönelik yapılan bir araştırmada, baba ya da kardeşlerden birinin sigara ya da alkol kullanmasının adölesanlarda sigara ve alkol kullanımını arttıran önemli bulgu olduğu bildirilmiştir. Akrabalarında madde kullananlar bulunmasının, madde kullanım riskini önemli derecede arttırdığını gösteren çalışmalar bildirilmiştir (Turhan, İnandı ve Özer, 2011). Çalışmamızda adölesanların maddeye başladığı ortam incelendiğinde; %50'sinin arkadaş ortamında ve arkadaş etkisiyle madde kullanmaya başladığı, ikinci sıklıkta ise kendi isteği ya da

merakla başladığı, bir adölesanın okul ortamında eroine başladığını ifade etmesi dikkat çekici olarak bulundu. Aile ortamı, çalışma, toplantı ve parti ortamı, seyahat ve tatil ortamı da benzer oranlarda madde kullanılmaya başlanan yerler olarak bulundu. Bizim çalışmamızda, eroin bağımlısı grubun ailesinde, yakın akrabalarında ve çevresinde madde kullananlarının fazla oranda olduğu ve bulguların literatür ile benzer olduğu bulunmuştur. Dikkat çekici olarak, sağlıklı grubun yakın çevresinde %77 oranında madde kullananlar bulundu. Adölesanların; hangi ortamda ve nasıl vakit geçirdiği, arkadaşlarının kimler olduğunun ebeveynler tarafından bilinmesi, karşılıklı güven duygusu içinde ebeveyni ile iletişimde bulunmasının ve bulunduğu yeri bildirmesinin madde kullanımdan koruyucu olduğu düşünülmüştür.

Sigara, alkol ve madde kullanım süreleri bu maddeleri kullanmaya başlama yaşı ile ilişkilidir. Literatürde alkol ve madde bağımlılığında başlangıç yaşı için geniş bir yaş aralığı tanımlanmıştır. Amerikan Kalp Vakfı'na göre; sigaraya başladıktan sonra içmeyi sürdürmenin, aylık gelir seviyesi düşük olan bireylerde daha fazla oranda olduğu bildirilmiştir (American Heart Association, 2002). Son zamanlarda alkol ve maddeye başlama yaşının 10'lu yaşlara indiği, buna bağlı kullanım süresinin arttığı bildirilmiştir (Gümüş ve ark, 2011). Sigara kullananların %21,1'i sigarayı ilk defa 8-11 yaşları arasında kullanmaya başladıklarını bildirmiştir (Demirhan, 1999). Çalışmamızda bağımlı grupta 8 yaşında sigara kullanmaya başlayan, 12 yaşında da alkol kullanmaya başlayanlar olduğu bulundu. Bulgular literatür ile benzer özellikte idi. Sigaranın bağımlılık yapan diğer maddeler kadar tehlikeli olmadığına yönelik inanış olmasına rağmen, sigara bağımlısı olanların diğer bağımlılık yapıcı maddelere geçiş açısından risk altında olduğu bildirilmiştir. Sigara içenlerin, alkol ve madde kullanım oranlarının fazla olduğu bildirilmiştir (Tanrıku ve Carman, 2009; Yalçın ve ark, 2009; Görgün ve ark, 2010). Çalışmamızda madde bağımlılığı ile sigara kullanımı arasında pozitif ilişki olmasına rağmen, alkol kullanımı arasında anlamlı ilişki bulunmadı. Literatürde çoğunlukla alkol ve madde bağımlılığı arasında pozitif ilişki olmasına rağmen, bizim çalışmamızda farklılık bulunmamasının nedeni; sağlıklı grubun da neredeyse bağımlı grup kadar alkol kullanması ya da örneklem sayısının az olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. Literatüre göre, ergenlerde madde kullanımının, diğer maddeleri de kullanma hatta çoklu madde kullanma

açısından risk oluşturduğu gösteren çalışmalar bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda, bağımlı grupta eroinen farklı birçok madde türü ve kombinasyonunun kullanıldığı bulundu. Eroinle birlikte, kokain ve esrar en sık kullanılan madde idi. Daha az sıklıkta ise ekstazi ve kannabinoid (bonzai) kullanılmakta idi. Kannabinoid kullanımının Dünya’da hızla arttığı, fakat ülkemizde hala düşük seviyede olduğu bildirilmiştir (WHO, 2016). Çalışmamızda, eroin bağımlısı adölesanların, ailesinde ve yakın akrabalarında madde kullanım sıklığının fazla olduğu bulundu. Ülkemizde sigara ve bağımlılığının azaltılması konusunda etkili ve yeterli önleme çalışmaları yapılmasının madde kullanımını azaltabileceği düşünülmüştür.

Sutherland ve ark. tarafından 887 kişinin katıldığı araştırmada, madde kullananların suç işleme sıklığının fazla olduğu, şiddet suçuna karışanların en çok eroin (%32) ve alkolün etkisi ile suç işlediği bulunmuştur. Madde kullananlar arasında eroin kullananların suç işleme oranının yüksek olduğu, bu kişilerin işlediği suçların yarısının eroin etkisiyle gerçekleştiği bildirilmiştir (Sutherland ve ark, 2015). Adölesanlara olumlu rol modellerinin bulunmaması suça sürüklenmede etkili olmaktadır. Literatürde çoğunlukla alkol kullanımı ile madde bağımlılığı arasında pozitif ilişki olduğu, son zamanlarda Ülkemizde alkol kullanımının hızla arttığı bildirilmiştir (ESPAD, 2015). Ailede travmatik olayların sıklıkla olması, aile içinde yaşanan sevgi eksikliği ve aile bireylerinin birbirine destek olmamasının, adölesanlarda suç işlemeye yatkınlığı arttırdığına yönelik çalışmalar bildirilmiştir (Bal, 2004; Bilgin, 2009). Çalışmamızda suç işleme ve cezaevinde yatma öyküsünün, bağımlı grupta anlamlı oranda fazla olduğu bulundu. Çalışmamızda sağlıklı bireylerde alkol kullanma oranının yaygın olduğu, bununla ilişkili sağlıklı adölesanların potansiyel olarak her zaman madde kullanma eğilimleri olabileceği düşünülmüştür.

4.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Karşılaştırılması ve Yorumlanması

ÇÇT’nin amigdala aktivitesini bozduğu, böylece duygusal bozukluk ile özellikle tehdit algısında hassasiyetin artmasına neden olabileceği bildirilmiştir

(Marusak ve ark, 2015, Huhetal, 2016). ÇÇT'nın, bireyin benlik gelişimini olumsuz yönde etkilediği bildirilmiştir (Berman, 2016). Eroin bağımlısı adölesanlarda görülen çocukluk çağı travmasının toplum ortalamasına göre daha fazla ve sıklığının %30-%59 olduğu bildirilmiştir. Çocukluk çağı travmasının; kişilik bozuklukları, travma sonrası stres bozukluğu, alkol/madde kullanımı ve bağımlılığa eğilimi arttıran önemli risk faktörü olduğu bulunmuştur (Widom, 1999; Evren ve Ögel, 2003; Yılmaz ve Irmak, 2008). Yakın zamanda yapılan iki çalışmada çocukluk dönemi travma öyküsünün bireyde duygusal ve fiziksel ciddi hasarlar bıraktığı, bu durumun yıllarca sürdüğü bildirilmiştir. Birçok çalışmada, çocukluk çağı travmalarının madde kullanım sıklığını %40-80 arttırdığı bildirilmiştir. Kişilik gelişimi ve benliği olumsuz yönde etkileyen çocukluk çağı travmaları, alkol/madde bağımlılarında toplumdaki diğerlerinden daha fazla sıklıkta bulunmuştur (Dore, 1998; Çelik ve Hocaoglu, 2018). Başka bir çalışmada, öyküsünde fiziksel şiddete maruziyet olan bireylerde, yasa dışı madde kullanma sıklığının iki kat arttığı bildirilmiştir (Huang, 2007). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, istismar veya ihmal öyküsü, madde bağımlılarında alkol bağımlılarına göre daha fazla sıklıkta bulunmuş ve bağımlıların %58,1'inde istismar ya da ihmal öyküsünün olduğu bildirilmiştir (Evren, Kural ve Çakmak, 2006). Yurtiçinde yapılan bir çalışmada, çocukluğunda fiziksel şiddete uğrayan erkek cinsiyette olan bireylerin %70-83 alkol ve madde kullanma eğilimine sahip olduğu bildirilmiştir. Çalışmamızda, sağlıklı ve eroin bağımlısı grupta ÇÇTÖ toplam puanlarının, bütün alt boyutları arasında anlamlı farklılık olduğu ve bağımlı grup ortalamasının sağlıklı gruba göre daha yüksek oranda olduğu bulundu. Fiziksel istismar sağlıklı ve bağımlı grupta benzer sıklıkta bulundu. Çalışmamızda ve literatürdeki bulgulara göre, çocukluk ve ergenlikte görülen istismar ve ihmalin boyutunun hala tespit edilemediği, çocukluk dönemi travmalarının adölesanlarda düşünülenenden daha fazla duygusal ve fiziksel hasarlar bıraktığı düşünülmüştür. Sağlık profesyonellerinin çocuk ve ergenleri muayene ederken ve öyküsünü değerlendirirken ÇÇT'na dikkat etmelerinin gerekli olduğu düşünülmüştür.

4.4. Başa Çıkma Tutumlarının (BÇT) Karşılaştırılması ve Yorumlanması

Alkol ve madde bağımlısı bireylerin başa çıkma tutumları veya baş etme yöntemleri ile ilgili kısıtlı sayıda çalışma bildirilmiştir. Yurtdışında yapılan bir çalışmada, madde bağımlısı bireylerin inanç ve maneviyatı önemli bir baş etme tutumu olarak tercih ettiği, ancak bunun da olumsuz baş etme yöntemi olduğu bildirilmiştir (Arevalo ve ark, 2008). Benzer bir çalışmada; benlik bilinci, algılanan sosyal destek ve başa çıkma yöntemlerinin problem çözmede önemli rol oynadığı bildirilmiştir (Dorard ve ark, 2013). Başka bir çalışmada, mizaha yönelmenin bireylerde madde kullanım sıklığını azalttığını gösteren bulgular bildirilmiştir (McConnel ve ark, 2014). Madde kullanımında, mizahın etkili bir başa çıkma yöntemi olabileceğine dair çalışmalar bildirilmiştir (Marquez-Arrico ve ark, 2015). Ülkemizde yapılan çalışmalarda, adölesan ve genç yaş grubunda bulunanların sorunların üstesinden gelmek için pozitif başa çıkma yöntemlerinden; aktif başa çıkma, sosyal destek alma, uzman desteği gibi fonksiyonel yöntemleri zaman zaman kullandıkları, sigara, alkol, madde kullanımı gibi psikolojik ve fizyolojik sağlığı olumsuz yönde etkileyen negatif başa çıkma tutumlarını da sık olarak kullandıkları bildirilmiştir (Türküm, Kızıltaş ve Sarıyer, 2004; Korkut, 2007; Kulaksızoğlu, 2009). Ülkemizde yapılan bir çalışmada; yararlı sosyal destek kullanımı, duygusal odaklı destek kullanımı ve kabullenme alt ölçeklerinin sağlıklı bireylerde sıklıkla kullanıldığını gösteren çalışmalar bildirilmiştir (Ağargün ve ark, 2005). Başka bir araştırmada bireylerin alkol ve madde kullandıkları dönemde yaşadıkları sorunlarla başa çıkamadığı bildirilmiştir. Bizim çalışmamızda, sağlıklı ve eroin bağımlılığı olan grubun BÇTÖ puanları karşılaştırıldığında aktif baş etme alt boyut toplam ortalamasının sağlıklı grupta, bağımlı gruptan daha fazla olduğu ve pozitif anlamlı olduğu bulundu ($p=0.036$). Benzer şekilde madde kullanımı alt boyut ortalama puanının sağlıklı grupta, eroin bağımlısı gruptan anlamlı olarak farklı olduğu bulundu ($p<0.001$). Başa çıkma tutumlarının sağlıklı grupta alt boyutları incelendiğinde; problem odaklı başa çıkma tutumlarından; soruna odaklanma-duyguları açığa vurma ($p=0.151$), sosyal destek kullanımı ($p=0.289$) ve aktif baş etmenin ($p=0.036$) bağımlı gruba göre daha fazla kullanıldığı bulundu. Duygusal odaklı başa çıkma tutumları sağlıklı grupta; inkâr etme ($p=0.170$), şakaya vurma

($p=0.043$) ve geri durma ($p=0.471$) maddelerinde anlamlı olarak yüksek bulundu. Duygusal odaklı başa çıkma tutumlarından dini olarak baş etme ve davranışsal boş vermeyi, her iki grupta eşit olarak kullanmakta idi ve aralarında anlamlı fark olmadığı bulundu. İşlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını; her iki grubunda kullandığı, dağılımının benzer olduğu ve aralarında anlamlı farklılık olmadığı bulundu. BÇTÖ toplam puanları karşılaştırıldığında anlamlı farklılık bulunmadı ($p=0.856$). BÇTÖ puanları toplam puan ortalamalarının gruplarda benzer olduğu bulundu. Bu bulgu, sağlıklı adölesanların hayatın olağan işleyişi sırasında karşılaştıkları sorunlar ile nasıl başa çıkacakları bilmediklerini gösteren bulgu olarak kabul edildi. Çalışmamızda eroin bağımlılarının, pozitif ve fonksiyonel başa çıkma tutumlarını kullanmadıkları, olumsuz ya da işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarından madde kullanımını sıklıkla çözüm olarak gördükleri ve kullandıkları bulundu. Literatürdekine benzer şekilde çalışmamızda eroin bağımlıları başta olmak üzere sağlıklı adölesanların da, sorunlarla başa çıkmak için pozitif ve fonksiyonel olmayan başa çıkma tutumlarını kullandıkları bulundu. Toplumun tüm kesimlerinde özellikle ergenlerde, stresli başa çıkma yöntemlerinin tanınması, farkındalığının artırılması, kullanması ve denetlenmesinin gerekli olduğu düşünülmüştür.

4.5. Aile Değerlendirme Ölçeğinin (ADÖ) Karşılaştırılması ve Yorumlanması

Bağımlılık gelişiminde ve sürecin devam etmesinde aile özelliklerinin önemli yeri olduğu bildirilmiştir (Moon et al, 2014). Aile içi iletişim becerilerinin ve problem çözme becerilerinin zayıf olduğu bireylerde, bağımlılığın süregeldiği bildirilmiştir (Mak ve ark, 2010). Yurtdışında yapılan birçok çalışmada bağımlılığın devam etmesinde aile içi bağların yetersiz olmasının önemli faktör olduğu bildirilmiştir (Tafa ve Baiocco, 2009; Queija, 2016; Pomini, 2014). Aile içi bağların olumlu ve etkili yönde geliştirilmesi, bağımlılığın tedavisinde önemli rol oynamaktadır. Bağımlılık tedavisinde aile üyelerinin özellikleri, aile işlevi ve onlara yapılacak müdahale önceliklerinin belirlenmesinin tedavi etkinliğini arttıracığı bildirilmiştir (Ryan, 2016; Orford ve ark, 2019). Anne-babanın adölesan ile tutumlarında; tutarsızlık, aşırı sertlik ya da aşırı rahatlık, uygun denetimin

sağlamaması, davranışlarını anne-babanın izlenmemesi gibi durumların ailesel önemli risk faktörleri olduğu bildirilmiştir. Birçok araştırma sonucunda, aile içinde sorun yaşayan adölesanlarda sigara, alkol ve madde kullanım sıklığının fazla olduğu bildirilmiştir. Yurtdışında 443 anne-baba ve çocukları ile yapılan çalışmada, ebeveyn-ergen olumsuz ilişkisinin alkol ve madde kullanımında etkili olduğu, bu ergenlerin ebeveynleri ile iletişimlerinin açık olmadığı bildirilmiştir. Adölesanlar, duygusal olarak kendilerini ifade edemediklerini, ailede televizyon, ev ödevleri, yemek saati ve alkol-madde kullanımı ile ilgili katı kurallar olduğunu ifade etmişlerdir. Ergenler, anne-babalarına güvenmeyi, onlar ile iyi iletişim kurmayı istediklerini belirtmiştir (Coombs ve Landsverg, 1998). Bireyin alkol-madde kullanımı devam ettikçe ve bağımlılığın aileye yükü arttıkça, aile bireylerinin bağımlıya karşı olumsuz tavırlarının da arttığı bildirilmiştir (Atar ve ark, 2016). Bu durumun tedavi aşamasını olumsuz etkilediği ve rehabilitasyonu geciktirdiği bildirilmiştir. Literatüre bakıldığında, ülkemizde madde bağımlılığı ile aile işlevlerinin incelendiği kısıtlı sayıda çalışma bulunmaktadır. Yapılan çalışmada, madde kullanım bozukluğu olmayan ergenlerin, madde kullanım bozukluğu olan ergenlere göre anne babalarının evlilik ilişkilerinde daha mutlu olduğu, anne babalarının kendilerine yönelik tutumunun daha kabul edici olduğu, aile içinde çatışma düzeyinin daha az olduğu bildirilmiştir (Siyez, Gürçay ve Yüncü, 2012). Bu bulgular, anne babaların evlilik ilişki kalitesinin madde kullanımı açısından önemli bir değişken olduğu gösterilmiştir. Bizim çalışmamızda, bağımlı ve sağlıklı gruptaki ergenlerin ve ebeveynlerin ADÖ puanlarına bakıldığında; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verebilme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlarındaki puanların bağımlı gruptan anlamlı derecede fazla olduğu bulundu. Bulgularımız literatür çalışmalarına benzer özellikte idi. Güçlü ve olumlu aile bağlarının, ebeveynlerin çocuklar ile yeterince ilgilenmelerinin, aile içi kuralların açık olmasının ve aile bireylerinin buna uymasının madde kullanımını engelleyeceği düşünülmüştür.

Alkol ve madde kullanmayan ergenlerin anne-babaları; çocuklarının kendilerine güvenmeleri için onları daha çok ödüllendirdikleri, destek oldukları ve kişisel sorunlarını çözmede yardımcı olduklarını bildirmiştir. Benzer bir çalışmada,

sigara ve alkol kullanan ergenlerin anne-babalarının, çocuklarına daha fazla zaman ayırıp iletişimlerini arttırdıklarında, çocuklarının son bir ay içinde alkol ve sigara içme miktarlarının azaldığını bildirmiştir. Aynı çalışmada, ergen-aile ilişkilerinin samimi, gerçekçi ve sağlıklı olduğu durumlarda, bireyin madde kullanan arkadaşlarından kaçındığı saptanmış, ailedeki tutarsız ve yıkıcı tutumların ise son bir ayda alkol içmeyi yaklaşık iki katına, sigara içmeyi ise dört katına çıkardığı bildirilmiştir (Cohen ve ark, 1994). Ebeveynin ve yakınlarının yetersiz özdenetim ilişkilerine sahip olmasının bireyin alkol-madde kullanım sıklığını arttırdığı ve bağımlı hale gelmesine zemin hazırladığı bildirilmiştir (Önal, Ögel ve Eke, 2011). Çalışmamızın regresyon analizinde, madde kullanım bozukluğu bulunmayan sağlıklı ergenlerin, madde kullanım bozukluğu olan ergenlere göre ADÖ alt boyutlarını kapsayan tüm işlevleri daha sağlıklı algıladıkları bulundu. Ülkemizde yapılan bir çalışmada güçlü ve pozitif aile bağlarının, ebeveynlerin çocukları ile yeterince ilgilenmelerinin, aile içi kuralların açık olmasının ve herkesin bu kurallara uymasının ergenlikte madde kullanımı için koruyucu faktör olduğu bildirilmiştir (Gürol, 2008). Benzer şekildeki araştırmalarda sağlıklı işlevi olan aile yapısına sahip ergenlerin, sağlıklı işlev gösteren aile yapısına sahip ergenlere kıyasla kural dışı davranışları daha yüksek oranda sergiledikleri, ergenlerin aile içinde olumlu ve olumsuz duyguları sözle veya davranışlar ile ifade etmedikleri, karşılıklı ilgi gösterme ve değer verme bakımından yetersizlik yaşadıkları bildirilmiştir (Bulut, 2003). Çalışmamızda aile değerlendirme ölçeğinin karşılaştırma sonuçlarına göre, yedi alt boyutun anlamlı farklılık gösterdiği bulundu ($p<0.05$). Bağımlı gruptaki alt ölçeklerden; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlevlerin puanlarına bakıldığında, ilginç olarak sağlıklı gruptan daha yüksek oranda kullanıldığı bulundu. Çalışmamızın sonucunda adölesanların aile işlevlerine benzer oranda önem verdikleri bulundu. Bağımlı bireylerin ADÖ alt boyut puanlarının bağımlı adölesanlarda yüksek çıkmasının, madde bağımlılığından kurtulmak için aile bağlarına önem vermeleri nedeniyle olduğu düşünüldü. Bu konuda daha geniş evren ve gruplar ile çalışma yapılmasının uygun olacağı düşünülmüştür.

4.6. Bağımlı Grupta ADÖ Alt Boyut Puanlarının Yorumlanması

Ülkemiz’de ve dünyada istismar ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında, fiziksel istismar, duygusal istismar-ihmal ve cinsel istismarın farklı boyutları ile ilgili çalışmalar bulunmasına rağmen, istismar yaşantıları ve aile işlevleri arasındaki ilişkiyi araştıran çalışma sayısının kısıtlı olduğu bildirilmiştir. Herrenkohl çalışmasında, çocukluk dönemi istismarı ile aile içi anlaşmazlıklar, ebeveynlerin kişisel sorunları ve aileye dış ortamdaki gelen stres arasında pozitif ilişki olduğunu bildirmiştir (Herrenkohl ve Herrenkohl, 2007). Higgins yaptığı çalışmasında, çocukluk dönemindeki aile uyumu, aile bütünlüğü ve bağlılığın çocuk istismar düzeyinin belirleyicisi olduğunu saptamıştır (Higgins ve McCabe, 2003). Önen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada, çocukluk çağı travması geçiren adölesanların aile fonksiyonları karşılaştırılmış, cinsel istismar öyküsü olan adölesanların ADÖ alt boyutlarından iletişim ve gereken ilgiyi gösterme puan ortalamasının sağlıklı bireylerden anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır (Önen-Doğan, 2009). Yılmaz cinsel istismar öyküsü olan ve sağlıklı çocukların aile işlevlerini karşılaştırdığı çalışmasında, ADÖ’nün iletişim alt boyutunda cinsel travmaya uğramış çocuklarda anlamlı farklılık olduğu bildirilmiştir (Yılmaz, 2009).

Bizim çalışmamızda; aile gelir durumu ile ADÖ ölçeği alt boyutlarından iletişim ve gereken ilgiyi gösterme maddeleri puanları karşılaştırıldığında sağlıklı grupta anlamlı farklılık saptandı ($p>0.05$). Aile tipinde, davranış kontrolü grupları arasında anlamlı olarak farklı bulundu. Farklılığın kimden kaynaklandığına bakıldığında çekirdek ve geniş aile cevapları arasında anlamlı farklılık bulundu. Çekirdek ailede davranış kontrolü anlamlı olarak yüksek bulundu. Bireylerin medeni durumuna göre alt boyutlar incelendiğinde, problem çözme alt boyutunun evli gruplarda pozitif anlamlı olduğu bulundu ($p>0.05$). Babanın hayatta olma durumuna göre yapılan karşılaştırmada, babası hayatta olmayanlarda duygusal tepki verme anlamlı olarak farklı bulundu ($p=0.012$). ADÖ alt boyutlarından; roller, gereken ilgiyi gösterme ve genel işlevler alt boyutlarından; aile, komşu, yakın akraba ve yakınlarda madde kullanımı arasındaki ilişki incelendiğinde anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Farklılığın roller alt boyutundan, yakın akraba ve yakın çevreyi belirtenler

arasında anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Bireylerin aldıkları eğitimler göz önüne alındığında, problem çözme ve duygusal tepki verme alt boyutları arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$). Çalışmamızda duygusal tepki verme alt boyutundaki farklılığın, ilköğretim 8.sınıfa kadar olan gruptan kaynaklandığı bulundu ($p<0.05$). Anne eğitim durumuna göre; problem çözme, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme alt boyutlarında anlamlı farklılık bulunmaz iken ($p<0.05$), roller, davranış kontrolü ve genel işlevler alt boyutlar arasında anlamlı farklılık bulundu ($p>0.05$). İletişim ve genel işlevler alt boyutunda babanın eğitim durumu ve iletişim alt boyutunda ilköğretim 8.sınıfa kadar eğitim alan bireyler arasında anlamlı farklılık bulundu ($p<0.05$).

Aile içinde sağlıklı iletişimin olmaması durumunda; adölesanlara gerekli ilgi gösterilmediği, kişilerin birbirini yeterince dinlenilmediği ve empati yapılmadığı, çekirdek ailelerde ise iletişimin fonksiyonun sağlıklı olarak uygulandığı düşünülmüştür. Ebeveynlerin evli olmasının problem çözmeyi beraber ve sık olarak kullanmaları nedeniyle toplumda çekirdek aile modelinin özendirilmesinin gerekli olduğu düşünülmüştür. Babası hayatta olmayan adölesanların birçok olaya, soruna olumsuz ve duygusal tepki verdiği düşünüldüğünde, bu adölesanların potansiyel madde kullanmaya aday olabilecekleri düşünülmüştür. Aile eğitim düzeyinin yüksek olmasının madde kullanımından koruyan önemli bir etken olduğu düşünülmüştür

4.7. Lojistik Regresyon Analizinin Yorumlanması

Aile tutumu genel anlamıyla anne-babanın çocuk hakkındaki düşüncelerinin ve davranışlarının toplamıdır. Aşırı baskıcı ya da aşırı ilgili aile yaşantısında madde bağımlılığı riskinin anlamlı olarak fazla olduğu bildirilmiştir. Mollerstrom ve arkadaşları, aile işlevleri ve çocuk istismar potansiyeli arasındaki ilişkiyi araştırdıkları çalışmalarında; aile içi anlaşmazlıklar, aile bağları, evlilikten duyulan mutluluk ile çocuk istismarı arasında anlamlı ilişkiler olduğunu bildirmiştir (Mollerstrom, Patchner ve Milner 1992). Meyerson ve arkadaşlarının çocuklukta; cinsel istismar, fiziksel istismar, aile ortamı ve cinsiyetin ergenlerin psikolojik

uyumuyla ilgili etkisini araştırdığı çalışmasında; fiziksel ve/veya cinsel istismara uğrayan kadınların, uğramayanlara göre aile ortamını daha sorunlu ve daha az uyumlu olarak algıladıkları bildirilmiştir (Meyerson ve ark, 2002). Özata (2009) aile işlevleri ile, ergenlerin toplumsal ve duygusal yalnızlıkları arasında ilişki olduğunu, Kalyencioğlu da aile fonksiyonlarını sağlıksız algılamanın ergenlerin aile ve topluma uyum düzeylerini azalttığını bulmuşlardır (Özata, 2009; Kalyencioğlu ve Kutlu, 2010). Madde kullanımının nedenlerinin araştırıldığı bir çalışmada, ailesi ile sorun yaşayan ergenler sağlıklı bireyler ile karşılaştırılmış, sorun yaşayan ergenlerin anlamlı sıklıkta madde bağımlılığına sahip olduğu bildirilmiştir (Akfert, akıcı ve akıcı, 2009).

Bağımlılığa etkisi olduğu düşünölen durumların etkileri incelendiğinde ADÖ alt boyutunda CTQ-28 toplam puanı, problem çözme ve genel işlevler alt puanlarının denklemdede bulunmasının anlamlı olduğu bulundu ($p<0.05$). Genel işlevler alt boyutundaki bir birim değişikliğin bağımlı olma durumunu azalttığı, CTQ-28 toplam puanındaki bir birim artışın ise bağımlılığı arttırdığı bulundu. Problem özme alt boyutunun bağımlılığı azaltıcı yönde etki sağladığı bulundu. Sonuç olarak genel işlevlerin sağlıklı olmasının bağımlılığı azalttığı bulundu. Bağımlı olma durumu, kardeş sayısına göre incelendiğinde, bir kardeşi olan bireylerin bağımlı olma olasılıklarının üçten fazla kardeşi olanlara göre daha fazla olduğu bulundu. Üç ve üzeri kardeşi olanlarda ise, bağımlı olma durumunu azaltıcı etkisi olduğu bulundu ($p<0.05$). Yaşanılan yere göre bağımlı olma durumu incelendiğinde, akrabası ile yaşayanların yetiştirmeye yurdunda yaşayanlara göre bağımlı olma olasılıklarının düşük olduğu bulundu ($p<0.037$). Anne-babanın hayatta olma durumlarına göre bağımlı olma olasılıkları incelendiğinde, babası hayatta olmayanların bağımlı olma olasılıklarının daha fazla olduğu bulundu ($p=0.011$). Aile geliri 0-2000 tl aralığında olanlara göre, 3001 tl ve üzeri geliri olanların bağımlı olmayı arttırıcı yönde etkisi olduğu bulundu ($p<0.05$). Gelir düzeyi 3000 tl'nin üzerinde olanlarda, bağımlılığın belirgin olarak arttığı bulundu. Yakınlarında madde kullanım durumuna göre; komşusunda madde kullanımı öyküsü olanların bağımlılığı yaklaşık 22 kat, yakın çevresinde madde kullanımı olan bireylerde ise yaklaşık 28 kat bağımlılığın arttığı

bulundu. Çalışmamızdaki bulgular literatür ile benzer özellikteydi ve uyumlu olarak bulundu.

Adölesanların aile dışındaki ortamlarda eğitimini ve yaşamını sürdürmesinin, aile içinde tek çocuk olarak bulunmasının, yetiştirme yurdunda yaşamasının, ebeveynlerden baba bulunmamasının, aile içinde ve yakın akrabalarda madde kullananlar olmasının, aile gelirinin asgari yaşam koşullarının altında yaşamasının madde kullanımını arttıran en önemli etkenlerden olduğu düşünülmüştür.

Aile içinde genel işlevlerin sağlıklı ve fonksiyonel olmasının ergenleri madde kullanımından önemli oranda koruyacağı, çocukluk çağında geçirilen travmaların kişinin hayatında derin, ciddi hasarlar bıraktığı ve hayatın herhangi bir döneminde problemlerle karşılaştığında madde kullanmaya yöneltebileceği düşünülmüştür.

5. SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmamız vaka kontrollü kesitsel çalışmadır. Çalışmamızın evreni; SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtaslan Ankara Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'ne bağlı AMATEM biriminde poliklinikten ve yatarak takip edilen 10-19 yaş grubundaki eroin bağımlısı 58 adölesan ile Ankara Yıldırım Beyazıt Eğitim ve Araştırma Hastanesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları polikliniklerine gelen aynı yaş grubundaki 61 sağlıklı adölesandan oluşmuştur ve toplam 119 kişidir.

Çalışmamızın amacı çocukluk çağında geçirilen travmaların ve problemleri durumlarda ergenlerin hangi sorun çözme yöntemlerini kullandığını saptayarak, ailenin koruyucu özelliğini ön plana çıkarmaktır. Çalışmamızın bulguları aşağıda verildi:

1. Madde bağımlılığı olan grupta erkek cinsiyet sayısı, kızlardan iki kat fazlaydı. Maddeye başlama yaşı en erken 16 olarak bulundu. Eroin bağımlıların diğer madde olarak en sık kullandıkları uyuşturular; kokain ve esrardı.
2. Madde kullanımı olan bireylerin eğitim düzeyleri çok düşük olarak bulundu. Okul terki de çok fazla sıklıktaydı.
3. Madde kullananların anne eğitim düzeyi, babalara göre daha düşüktü. Madde kullanımı anneden ziyade babanın eğitim düzeyiyle ilişkilidi.
4. Adölesan eroin bağımlılarındaki evlilikler, resmi ya da gayri resmi olarak toplum ortalamasından daha fazla bulundu, evli adölesanların boşanmaları fazla idi.
5. Madde kullanan adölesanlarda, tek çocuk olanlar ve bir kardeşi bulunanların sayısı anlamlı olarak fazla bulundu.
6. Bağımlı ve sağlıklı grupta, benzer şekilde gelir getirici işlerde çalışanlar bulunmaktaydı. Her iki grupta bulunanların aylık harcama miktarları benzer olarak bulundu.

7. Adölesan eroin bağımlısı grupta; akrabaları ve arkadaşları ile yaşayanlar ve yalnız yaşayanlar çoğunlukta idi. Ayrıca yurtta kalanlar da toplum ortalamasına benzer sıklıkta idi.
8. Madde bağımlılarında suç işleme ve buna bağlı adli işlemler, cezaevinde yatma daha fazla bulundu.
9. Adölesan eroin bağımlılarının ailelerinde 2.000 tl altında gelir düzeyine sahip olanlar fazla iken, 2.000-5.000 tl arasında gelir değerine sahip olan gruplar arasında fark bulundu.
10. Bağımlı ebeveynlerde parçalanmış aile, boşanmış ebeveynler ile yaşama ve geniş aile yapısı anlamlı olarak fazla bulundu. Sağlıklı grupta ise çekirdek aile yapısı daha fazla saptandı.
11. Madde bağımlısı adölesanların ailesinde ve yakın akrabalarında madde kullanım sıklığı dikkat çekici olarak fazla olduğu bulundu.
12. Madde kullanmaya başlayan adölesanların yarısından fazlası arkadaş etkiyle madde kullanmaya başladı. Bunu ikinci sırada kendi isteği ya da merakla başlayanlar izledi. Çalışma ortamı, tatil ve seyahat ortamı, parti ve toplantı ortamı da sıklıkla madde kullanmaya başlanılan yerlerdi. Bir adölesan okul ortamında madde kullanmaya başladığı bulundu.
13. Madde kullananlarda sigara bağımlılığı belirgin olarak fazla bulundu. İlginç olarak alkol kullanımı açısından gruplar arasında farklılık bulunmadı.
14. Çocukluk çağı travmalarından istismar ve ihmalin tüm alt boyutları, madde kullananlarda belirgin olarak fazla bulundu. Grupların her ikisinde fiziksel istismar sıklığı fazla olarak bulundu.
15. Eroin bağımlısı grubun başa çıkma tutumlarından, madde kullanım seçeneğini sık tercih ettikleri bulundu. Sağlıklı grubun aktif baş etme tutumlarından; soruna odaklanma- duyguları açığa vurma, sosyal destek kullanımı ve aktif baş etmeyi daha fazla kullandıkları, duygusal odaklı başa çıkma tutumlarından; inkâr etme, şakaya vurma ve geri durmayı fazla kullandıkları bulundu. Duygusal odaklı baş etme tutumlarından; dini olarak baş etme ve davranışsal boş vermeyi her iki grupta kullanıyor idi.

Ayrıca işlevsel olmayan başa çıkma tutumlarını her iki grubun sıklıkla kullandığı saptandı.

16. Madde bağımlısı grupta ilginç olarak; problem çözme, iletişim, roller, duygusal tepki verme, gereken ilgiyi gösterme, davranış kontrolü ve genel işlev maddelerini içeren aile değerlendirme ölçeği puanları yüksek olarak bulundu.
17. ADÖ alt boyutlarından ailede davranış kontrolü ile çekirdek aile arasında anlamlı ilişki bulundu. Yine ebeveynlerin hayatta olduğu, evli ve aile birliği olan adölesanlarda ADÖ problem çözme alt boyutu yüksek bulunmuştur. Gönüllü adölesanların eğitim düzeyinin düşük olması ile duygusal tepki vermenin pozitif ilişkili olduğu saptandı. Baba eğitim düzeyi ile iletişim ve genel işlevler alt boyutu arasında pozitif ilişki bulundu.

Adölesan eroin bağımlıların sık olarak çocukluk çağı travmasına maruz kaldığı ve bu durumun boyutunun hala tam anlamıyla saptanamadığı düşünüldü. ÇÇT'nin alkol ve madde kullanımını ciddi oranda arttırdığı, bireylerde geri dönüşsüz duygusal ve bedensel yıkımlara sebep olduğu bulundu. Adölesan eroin bağımlısı bireylerin ve sağlıklı ergenlerin sorunlar ile nasıl başa çıkacaklarını bilmedikleri ve hangi fonksiyonel baş etme yöntemlerini kullanacakları konusunda yeterli bilgiye ve yaklaşımlara sahip olmadıkları bulundu. Sağlıklı fonksiyon gören, pozitif ve demokratik özellikteki aile yapısının; aile üyeleri ve adölesanların, hayatın ilerleyişi içinde karşılaştığı problemleri çözmede ve zarar verici olaylardan korunmada önemli olduğu saptandı.

Sıklıkla manevi yollara çözüm olarak başvurmanın ve destek gruplarından faydalanmanın bireylerin başa çıkma yöntemleri arasında yer aldığı bildirilmiş, ancak hangi başa çıkma tutumlarını kullandıkları bildirilmemiştir (Tuncay, 2010).

Uyuşturucu madde kullanımı ırkları, etnik yapıları ve ülke insanlarını olumsuz yönde etkileyen ciddi sağlık sorunudur (Karata ve Kubilay, 2004). Bağımlılık yapıcı madde kullanımı topluma ciddi ekonomik yük getirmekte, yoksulluğa, aile bağlarının bozulmasına ve sağlıklı bireylerin yetişmesine engel olmaktadır. Son zamanlarda bağımlılık yapıcı madde kullanımına bağlı ölümlerin sıklığı giderek artmıştır.

Erken ocukluk döneminden itibaren ebeveyn ve ergen ilişkileriyle, aile özellikleri ve aile birliğinin temel alındığı nleme programları, bireylerin tüm yaşam ve çalışma alanlarında düzenli aralıklar ile uygulanmalıdır.

Ülkemizde sağlık birimleri ya da diğer kuruluşlarda yeterli sayıda ergen sağlığı merkezi oluşturulmalı, eğitim kurumlarında psikolojik danışmanlık veren birimler ve psikologlar yaygın olarak görev yapmalıdır.

Adölesanların ihtiyaçlarını karşılayacak gençlik merkezleri, sosyal yaşam alanları ve spor merkezleri vb. gibi ortamların arttırılması, sivil toplum kuruluşları, yerel yönetimler ve hkmetler tarafından desteklenmelidir.

Madde kullanımının azaltılması için; aile ve toplumun ortak değerlere önem vermesinin gerektiği, ergenlerin, ailelerin ve sağlıklı hizmeti verenlerin farkındalık eğitimlerine katılması ve toplumun tüm kesimlerine eğitim verilmesinin, yazılı, görsel ve sosyal medya birimlerinde konunun üzerinde sık aralıklar ile durulması ve konunun öneminin vurgulanmasının gerekli olduğunu düşünülmüştür.

Bağımlılık tedavisi yapan sağlık profesyonelleri başta olmak üzere toplumun her kesimi, madde kullanmayı deneyenler ile bağımlıları ayırt edebilmelidir. Adölesan döneminde kişiler uyuşturucu ya da uyarıcı maddeleri deneseler de genellikle daha ileri aşamalara geçmezler. Kendi problemlerini zmede başarısız olduğunu düşünen adölesanlar; ilk denemelerden sonra ara sıra madde kullandıklarını, ardından da eğlence ve kendini ispat amaçlı, daha sonra ise düzenli

olarak madde kullanmaya başladıklarını ifade etmektedir. Unutulmaması gereken ise bir kez dahi denemenin bağımlılık yapabileceğidir.

Yapılan anket çalışmaları, madde bağımlılığın yaygınlığını belirlemede yeterli olmamakta, bu konuda geniş örneklemler ve çok merkezli epidemiyolojik çalışmalara ihtiyaç bulunmaktadır.

Adölesan ve gençlere yönelik toplum taramalarında; öyküde çocukluk çağı travmalarının özenli biçimde değerlendirilmesi, madde kullanma eğilimi olanların saptanması, ergenlerin benlik ve kişilik özelliklerinin toplumsal normlar ile uyumlu olmasının sağlanması, sorunlarla karşılaşan ergenlerin aktif/ pozitif başa çıkma tutumlarını öğrenip kullanmalarının desteklenmesi için gerekli adımlar devlet politikası olarak uygulanmalıdır.

ÖZET

Adölesan Eroin Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları, Stresle Başa Çıkma Tutumları ve Aile İşlevlerinin Tanımlanması

Madde bağımlılığı adölesan yaş grubunda, son zamanlarda Dünya’da ve ülkemizde ciddi sorun olmaya başlamıştır. Madde kullanım bozukluğu (MKB) etiyojisi tam olarak aydınlatılamamış, ortaya çıkmasında birçok etkenin rol oynadığı multifaktöriyel bir durumdur. Madde kullanımında genetik geçişin de belirgin olduğu bilinmektedir. Bağımlılığın tüm aile bireylerini etkileyen sendromal bir hastalık olduğu kabul edilmektedir. Aileler, adölesanların bağımlı olduğunu öğrendiğinde olayın üzerinden sıklıkla uzun bir süre geçmiş bulunmaktadır.

Ergenlik dönemi, madde kullanma riskinin en fazla olduğu dönem olarak bilinmektedir. Bu dönemde arkadaş ortamı ve akran ilişkileri, aile ilişkilerinden daha fazla ön plana çıkmaktadır. Ergenler; davranışlarını kontrol edememe, çabuk karar verme, risk alma, merak, yenilik ve heyecan arama, ebeveynlerden farklı kimlik oluşturma gayreti içinde olma, arkadaş ve akranların etkisinde kalma, sorunların oluşturduğu olumsuzluklardan hızla kurtulma ya da okulda fazla başarı gösterme amacıyla farklı davranış yönelimleri ve problem çözme yolları arayabilmektedir.

Çocukluk döneminde aile içinde şiddet, kavga, istismar ve ihmal gibi çocukluk çağı travmaları öyküsünün bulunması, madde ve alkol kullanımını ciddi oranda arttırmaktadır. Çocuk ya da ergenin olumsuz olarak deneyimlediği bu travmaların etkisi yıllarca devam etmekte, beraberinde davranış bozukluğu, sağlıklı aile bağları kuramama, madde bağımlılığı gibi birçok olumsuzluğa ve tahribata yol açmaktadır. Çocukluk çağı travmalarının tespit edilmesi, gerekli önlemlerin alınması ve bireylerin madde kullanma riskinin fazla olduğu, özellikle sağlık uzmanlarınca iyi bilinmelidir.

Bireylerin ve adölesanların, karşılaştıkları sorunları çözmede birçok yöntemi kullandıkları, ancak bunların fonksiyonel olarak ve sorunu temelden çözme açısından etkili kullanmadığı düşünülmektedir. Yine adölesanların karşılaştıkları sorun ya da durumu çözme aşamasında ya da olumsuz olaydan sakınma eyleminde, ailenin desteği ve yol göstericiliği çok önemli olmaktadır. Bütünlüğü korunmuş, bireylerin iletişime açık olduğu, birbirinin fikirlerine saygılı aile işleyişi birçok sorunun sağlıklı ve doğru olarak çözülmesinde en önemli koruyucu sistemdir.

Anahtar kelimeler: adölesan eroin bağımlılığı, aile işlevleri, aile değerlendirme ölçeği, başa çıkma tutumları, çocukluk çağı travmaları



SUMMARY

Childhood Trauma, Coping Stress Attitudes and Family Functions in Adolescent Heroin Addicts

Substance addiction has become a serious problem in the adolescent age group, recently in the world and in our country. The etiology of substance use disorder (SUD) is not fully elucidated and it is a multifactorial condition in which many factors play a role. Genetic transmission is also known to be significant in substance use. Addiction is considered to be a syndrome that affects all family members. In addition, when families find out that adolescents are dependent, there has often been a long time since the incident.

The adolescence period is known as the period when the risk of substance abuse is highest. In this period, friendship and peer relations are more prominent than family relations. Adolescents; different behavior orientations and problem solving in order to be able to control their behavior, to make quick decisions, to take risks, to seek curiosity, innovation and excitement, to try to form a different identity from parents, to be influenced by friends and peers, to quickly get rid of the problems caused by problems or to show more success in school paths.

The presence of a history of childhood traumas such as violence, fighting, abuse and neglect in the family during childhood increases substance and alcohol use considerably. The effects of these traumas experienced by children or adolescents persist for many years and lead to many adversities such as behavior disorder, lack of healthy family ties and substance addiction. The identification of childhood traumas, taking the necessary precautions and the risk of individuals using drugs should be well known to health professionals.

It is thought that individuals and adolescents use many methods to solve the problems they face, but they do not use them effectively in terms of functionally and

fundamentally solving the problem. Again, during the stage of solving the problem or situation faced by adolescents, the support and guidance of the family are very important in avoiding negative events. Integrity is protected, individuals are open to communication, respecting each other's ideas, family functioning is the most important protective system for solving many problems in a healthy and correct way.

Key Words: adolescent heroin addiction, childhood trauma, coping attitudes, family functions, family assessment scale



KAYNAKLAR

- ADALET BAKANLIĞI CEZA VE TEVKİF EVLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ DENETİMLİ SERBESTLİK VE YARDIM HİZMETLERİNDEN SORUMLU DAİRE BAŞKANLIĞI YAYIMLARI (2007). Çocuk ve Genç Hükümlülerle Çalışma Personel El Kitabı. *Yayın no:12. Ankara, ss: 50-80.*
- AĞARGÜN MY, BEŞİROĞLU L, KIRAN UK, ÖZER OA, KARA H (2005). Cope, (Başa Çıkma Tutumları Değerlendirme Ölçeği): Psikometrik özelliklere ilişkin bir ön çalışma. *Anadolu Psikiyatri Dergisi. 6: 221-226.*
- AKBABA T (2011). Kartal-Kadıköy bölgesi çocuk suçluluğu profili. Doktora tezi. *Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.*
- AKDUMAN GG, RUBAN C, AKDUMAN B, KORKUSUZ İ (2005). Çocuk ve cinsel istismar. *Adli Psikiyatri Dergisi. 3: 9-14.*
- AKSEL Ş, YILMAZ IRMAK T (2005). Review of child abuse and neglect literature in Turkey. *X th ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect.*
- AKFERT SK, ÇAKICI E, ÇAKICI M (2009). Üniversite öğrencilerinde sigara-alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi.10: 40-47.*
- ALİKAŞİFOĞLU M (2005). Madde kullanımı risk faktörleri ve koruyucu faktörler. *Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi. 43: 73-83.*
- AKTEPE E (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar. 1: 95-119.*
- AKVARDAR Y (2012). T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. *Ankara: Pozitif Matbaa, ss: 245-258.*
- AKTÜRK Z, TAZEYURT Y, DAĞDEVİREN N, ŞAHİN EM, ÖZER C, AYSEL KIRATLI (2000). Edirne il merkezindeki ergenlerin sigara, alkol, ve madde kullanım durumları ve ebeveynlerin etkisi. *9. Anadolu Psikiyatri Günleri (Kongre Kitabı), Edirne. 815-820.*
- ALPAR R (2016). Spor, sağlık ve eğitim bilimlerinden örneklerle uygulamalı istatistik ve geçerlik-güvenilirlik (Yenilenmiş 4. baskı). *Ankara: Detay Yayıncılık.*

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS (DSM-IV-TR)(1998) WASHINGTON DC.

AMIRKHAN JH (1994). Criterion validity of a coping measure. *Journal of Personality Assessment*.**62**(2): 242–261.

APUHAN RS (2005). Ergenlerle iletişim, gençleri anlama rehberi. Birinci baskı. *İstanbul Sistem Matbaacılık*. ss:75–76.

ARIKAN Z, COŞAR B, IŞIK A ve ark (1996). Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevalansı. *Kriz Dergisi, III. Sosyal Psikiyatri Sempozyumu Özel Sayısı; Alkol ve Madde Bağımlılığı*. **4**; 2: 93-100.

ARMAĞAN E (2007). Çocuk ihmali ve istismarı: Psikoz tablosu sergileyen bir istismar olgusu. *NewSymposium Journal*. **2**: 170-173.

ARSLAN HN, TERZİ Ö, DABAK Ş, PEKŞEN Y (2012). Samsun il merkezindeki lise öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanımı. *Erciyes Med J*. **34**(2): 79-84. DOI: 10.5152/etd.2012.19.

ASLAN SH, ALPARSLAN ZN (1999). Çocukluk örselenme yaşantıları ölçeğinin bir üniversite öğrencisi örnekleminde geçerlik, güvenilirlik ve faktör yapısı. *Türk Psikiyatri Dergisi*.**10**: 275-85.

ATLAM DH, YÜNCÜ Z (2017). Üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol, madde kullanım bozukluğu ve ailesel madde kullanımı arasındaki ilişki. *Klinik Psikiyatri*. **20**: 161-170.

AVCI A, TAHİROĞLU AY (2007). Cinsel İstismar. Aysev A, Taner YI, editörler. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları. 1.Baskı. *İstanbul: Golden Print*. ss: 721-736.

BAEZ T (1999). The effects of stress on emotional well-being and resiliency through mediating mechanisms of active coping skills and family hardiness. Ph.D. Dissertation, Michigan State University, United States-Michigan. *ProQuest Digital Dissertations database*.

BAHA RG, SAVAŞ HA, BAHAR A (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*. **4**: 51-65.

BALLI Ö (2010). Çukurova Üniversitesi Tıp Fakültesine Başvuran Çocuk İstismarı ve İhmali Olgularının Değerlendirilmesi (Yayınlanmamış Uzmanlık Tezi). Adana, Çukurova Üniversitesi; TıpFakültesi.

- BARKER C, PİSTRANG N, SHAPIRO DA, SHAW I (1990). Coping and help-seeking in the UK adult population. *The British Journal of Clinical Psychology*. **29**(3): 271-285.
- BARRETT AE, TURNER RJ (2005). Family structure and substance use problems in adolescence and early adulthood: examining explanations for the relationship. *Addiction*. **101**: 109-120. (doi:10.1111/j.1360-0443.2005.01296.x).
- BAŞBAKANLIK SOSYAL HİZMETLER ve ÇOCUK ESİRGEME KURUMU-UNICEF (2010). *Türkiye'de Çocuk İstismarı ve Aile İçi Şiddet Araştırması*.
- BERKSUN OE, ÜNAL S, GÖĞÜŞ AK (1991). Psikiyatrik rahatsızlıklar ve presipitan faktör olarak yaşam olayları. *Türk Psikiyatri Dergisi*. **2**(2):141-145.
- BERNBURG JG, THORLİNDSSON T, SİGFUSDOTTİR ID (2009). The neighborhood effects of disrupted family processes on adolescent substance use. *Social Science & Medicine*. **69**: 129-137. (doi:10.1016/j.socscimed.2009.04.025).
- BERNSTEİN DP, FİNK LA (1998). CTQ: Childhood Trauma Questionnaire: retrospective self-report. *San Antonio, TX: Psychological Corp*.
- BİRLEŞMİŞ MİLLETLER UYUŞTURUCU VE SUÇ OFİSİ (UNODCS,2004). Madde kullanımı üzerine ulusal değerlendirme çalışması: 6 büyük şehirde elde edilen sonuçlar. *Ankara, Türkiye Proje Ofisi*.
- BOSTANCI N, ALBAYRAK B, BAKOĞLU İ, ÇOBAN Ş (2006). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. *Yeni Symposium*. **44**(4):189-195.
- BROWN GW (2002). Measurement and the epidemiology of childhood trauma. *Seminology of Clinical Neuropsychiatry*. **7**: 66-79.
- BUDD RJ, EİSER JR, MORGAN M, GAMMAGE P(1985). The personal characteristics and life-style of the young drinker: The results of a survey of British. *Drug and Alcohol Dependence*. **16** (2):145-157.
- BULUT I (1996). Genç anne ve çocuk istismarı. *Bizim Büro*.
- BULUT I(1990). Aile Değerlendirme Ölçeği El Kitabı. *Ankara Özgüzelîş Matbaası*.
- BUDD RJ, EİSER JR, MORGAN M, GAMMAGE P (1985). The personal characteristics and life-style of the young drinker: The results of a survey of British. *Drug and Alcohol Dependence*. **16** (2): 145-157.

- CALVETE E & CONNOR-SMİTH JK (2006). "Perceived Social Support, Coping, and Symptoms of Distress in American and Spanish Students". *Anxiety, Stress, and Coping*.**19**(1): 47-65.
- CARVER CS, SCHEİER MF, WEİNTRAUB JK (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *J Pers Soc Psychol*.**56**: 267-283.
- CEYLAN E, TÜRKCAN A (2003). Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Araştırma ve Klinik Uygulamada Biyolojik Psikiyatri İstanbul*. ss: 275–276.
- CHAN YF, GODLEY MD, GODLEY SH and DENNİS ML (2009). Utilization of mental health services among adolescents in community based substance abuse outpatient clinics. *The Journal of Behavioral Health Services & Research, Special Issue*. **35** (1):31.
- CHARLES O'BRIEN (2011). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*. **10**; 5: 866-867.
- CLARK KK, BORMANN CA, CROPANZANO RS, JAMES K (1995). Validation evidence for three coping measures. *Journal of Personality Assessment*. **65**(3): 434–455.
- CLONİNGER CR, SVRAKİC DM (2000).Personality Disorders; in Kaplan and Sadock's *Comprehensive Textbook Psychiatry*, **VII th** Edition.
- CLONİNGER CR (1993). A psychobiological model temperament and character. *Arch Gen Psych*. **50**: 975-990.
- CONNELL-CARRİCK K, SCANNAPİECO M (2006). Ecological correlates of neglect in infants and toddlers. *J Interpers Violence*. **21**: 299-316.
- CONRAD KM, FLAY BR, HİLL D (1992). Why children start smoking cigarettes: predictors of onset. *Addiction*. **87**:1711-1724.
- ÇAKMAK D, EVREN C (2006). Alkol ve madde kullanım bozuklukları. *İstanbul, Özgül Matbaacılık*. ss: 33-62.
- ÇAVUŞOĞLU F (2009). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinin madde kullanımına etki eden etmenler ve aileden aldıkları sosyal desteğin etkisi. *Samsun TC On dokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Yüksek lisans tezi*.
- ÇUHADAROĞLU F (2000). Ergenlik Döneminde Psikolojik Gelişim Özellikleri. *Katkı Pediatri Dergisi Adölesan Sayısı*. **21**(6): 863-868.

- DAWSON DA & ARCHER L (2006). Gender differences in alcohol consumption: Effects of measurement. *British Journal of Addiction*. **87**(1): 119-123.
- DELVA J, BOBASHEV G, GONZALEZ G, CEDENO M, ANTHONY JC (2000). Clusters of drug involvement in Panama: results from Panama's 1996 National Youth Survey. *Drug and Alcohol Dependence*. **60**: 251–257.
- DENTON RE, KAMPFE CM (1994). The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literature review. *Adolescence*. **29**: 475-495.
- DUNN GE, RYAN JJ, DUNN CE (1994). Trauma symptoms in substance abusers with and without histories of childhood abuse. *Journal of Psychoactive Drugs*. **26**(4): 357-360.
- DUNN GE, RYAN JJ, PAOLO AM and VAN FLEET JN (1995). Comorbidity of dissociative disorders among patients with substance use disorders. *Psychiatr Services*. **46**: 153-156.
- DURMAZ G (1995). Uyuşturucu madde kullanan adolesanlarda benlik saygısı. Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, (Yayımlanmamış) Uzmanlık Tezi.
- DÜNYA SAĞLIK ÖRGÜTÜ (2012). Promoting the health of young people in Custody **p:7**. [<http://www.euro.who.int/document/e81703.pdf>] adresinden 30/11/2012 tarihinde erişilmiştir.
- EATON DK, KANN L, KİNCHEN S, SHANKLİN S, ROSS J, HAWKİNS J et al (2008). Youth Risk Behavior Surveillance United States, 2007. *MMWR Surveill Summ*. **57**(4): 1-131.
- EPSTEİN NB, LAWRENCE M, BALDWIN, DUANE S BİSHOP (1983). The McMaster Family Assessment Device. *Journal of Marital And Family Therapy*. **9**(2): 171-180.
- ELLASON JW, ROSS CA (1997) Childhood trauma and psychiatric symptoms. *Psychol Rep*. **80**: 447-450.
- EMCDDA 2016 ULUSAL RAPORU (2017). <http://www.narkotik.pol.tr/TUBIM/documents/TÜRKİYE%20 UYUŞTURUCU %20 RAPORU %20 2016. pdf>. (Erişim Tarihi:31.10.2017).
- EMNİYET GENEL MÜDÜRLÜĞÜ KAÇAKÇILIK VE ORGANİZE SUÇLARLA MÜCADELE DAİRE BAŞKANLIĞI UYUŞTURUCU MADDE OLAYLARI GENEL DEĞERLENDİRMESİ (2015). *Ankara*.

- ERDEM G, EKE CY, ÖGEL K, TANER S (2006). Lise öğrencilerinde arkadaş özellikleri ve madde kullanımı. *Bağımlılık Dergisi*. **7**(3): 111-116.
- EVCİ D, AYCAN S (1998). Orta Doğu Teknik Üniversitesi (ODTÜ) öğrencilerinde alkol ve sigara alışkanlık düzeyi ve buna etki eden bazı faktörler. **VI. Ulusal Halk Sağlığı Kongresi (Uluslararası Katılımlı)**, Adana. 464.
- EVREN C, ÇAKMAK D (2001). Alkol ve madde kullananların özellikleri: 2000 yılına ait AMATEM'e yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam*. **14**: 142-149.
- GÜROL D (2008). Madde bağımlılığı açısından riski adölesanlar. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. *Adölesan Sağlığı 2. Sempozyum Dizisi*. **63**: 65-8.
- FAGGIANO F, MİNOZZI S, VERSİNO E, BUSCEMİ D (2014). Universal school-based prevention for illicit drug use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. **12**: 120-140.
- FİŞEK GO (2006). Gelenekten Değişime: Türkiye'de Aile ve Ergenler. İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri. *Adölesan Sağlığı Sempozyum Dizisi*. No: 43. **Mart**: 20-49.
- FLİSHER AJ, PARRY CDH, EVANS J, MULLER M, LOMBARD C (2003). Substance Use by Adolescents in Cape Town: Prevalence and Correlates. *Journal of Adolescent Health*. **32**: 58-65.
- FOLKMAN S, LAZARUS RS, SCHETTER CD, DELONGİS A and GRUEN RJ (1986). Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*. **50** (5): 992-1003.
- FOLKMAN S, LAZARUS RS (1980). An analysis in a middle aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*. **21**: 219-239.
- FRANKEN IHA, HENDRIKS VM, HAFFMANS JPM, VAN DER MEER CW (2003). Coping style of substance-abuse patients: effects of anxiety and mood disorders on coping change. *Journal of Clinical Psychology*. **59**(10): 1125–1132.
- HAGGÅRD-GRANN U, HALLQVİST J, LÅNGSTRÖM N, MÖLLER J (2006). The role of alcohol and drugs in triggering criminal violence: A case-crossover study. *Addiction*. **101**(1):100-108.

- HANCI İH (2002). Adli Tıp ve Adli Bilimler. 1. Baskı, *Ankara Seçkin Yayıncılık*. ss: 263-265.
- HANNA EZ, Yİ H, DUFOUR MC, CHRISTİNE C & WHİTMORE CC (2001). The relationship of early-onset regular smoking to alcohol use, depression, illicit drug use, and other risky behaviors during early adolescence: Results from the youth supplement to the Third National Health and Nutrition Examination Survey. *Journal of Substance Abuse*. **13**(3): 265-282.
- HANTAŞ Y (2002). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan kadınlarda yeme özellikleri ve yeme bozuklukları taraması. Bakırkoy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi. (Yayımlanmamış)Uzmanlık Tezi.
- HERMAN JL (2011). Travmave iyileşme. Tosun T, Ç.editör. 1. Baskı. *İstanbul: Literatür Yayıncılık*.
- HERKEN H, BODUR S, KARA F (2000). Üniversite öğrencisi kızlarda madde kullanımı ile kişilik ve ruhsal belirti ilişkisi. *Klinik Psikiyatri*. **3**: 40-45.
- HERRENKOHL TI and HERRENKOHL RC (2007). Examining the over lapand prediction of multiple forms of child maltreatment, stressors, and socioeconomic status: a longitudinal analysis of youth outcomes. *Springer Science + Business Media*. 553-562.
- HİBELL B, ANDERSSON B, BJARNASON T et al (2013). The ESPAD Report 2003: Alcohol and Other Drug Use Among Students in 35 European Countries. The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs. Stockholm: Modintryck offset AB; 2004.[http://www.espad.org/Uploads/ESPAD reports/2003/ The 2003 ESPAD report.pdf](http://www.espad.org/Uploads/ESPAD_reports/2003/The_2003_ESPAD_report.pdf) (Erişim Tarihi: 12 Eylül 2013).
- HİGGİNS DJ and MCCABE MP (2003). Maltreatment and family dysfunction in childhood and the subsequent adjustment of children and adults. *Journal of FamilyViolence*. **18**(2): 107-120.
- HOGAN MJ (2000). Diagnosis and treatment of teen drug use. *Med Clin North Am*. **84**: 927-966.
- HONEY A, HALSE C (2006).The specifics of coping: parents of daughters with anorexia nervosa. *Qualitative Health Research*. **16**: 611.
- HUSELİD RF & COOPER ML (1992). Gender roles as mediators of sex differences in adolescent alcohol use and abuse. *Journal of Health and Social Behavior*. **33**(4): 348-362.

- HUMARA MJ, SHERMAN MF (1999). Situational determinants of alcohol abuse among Caucasian and African-American college students. *Addictive Behaviors*. **24**(1): 135-138.
- FREUD A (1969). Comments on trauma, in The Writings of Anna Freud, vol V, 1956–1965: Research at the Hampstead Child Therapy Clinic and Other Papers. *New York, International Universities Press*.
- GAYMAN MD, TURNER RJ, CÍSLO AM, ELÍASSEN AH (2011). Early adolescent family experiences and perceived social support in young adulthood. *J Early Adolesc*. **31**: 880-908.
- GENÇ Y, TAYLAN HH, KESKİN YM (2017). Sakarya'daki liselerde madde kullanımını etkileyen demografik faktörler. *International Journal of Social Science*. **57**: 457-470.
- GLASER D (2002). Child Sexual Abuse. In: Rutter M, Taylor T, eds. *Child and Adolescent Psychiatry*. **4 nd** ed, *Massachusetts, Blackwell Publishing Company*. 340-358.
- GÖKLER R (2006). Eğitimde çocuk istismarı ve ihmeline genel bir bakış. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi*. **3**: 47-76.
- GÜLEÇ G, KÖŞKER F, EŞSİZOĞLU A (2015). DSM-V'te Alkol-madde kullanım bozuklukları psikiyatride güncel yaklaşımlar. *Current Approaches in Psychiatry*. **7**(4): 448-60.
- GÜLER A (2008). Ege Üniversitesi hazırlık sınıfı öğrencilerinde tütün, alkol, madde kullanımı ve sosyo-ekonomik düzey etkisi. *Ege Üniversitesi Halk Sağlığı Anabilim Dalı Doktora Tezi*.
- GÜLER N, GÜLER G, ULUSOY H ve BEKAR M (2009). Lise öğrencileri arasında sigara, alkol kullanımı ve intihar düşüncesi sıklığı. *Cumhuriyet Tıp Dergisi*. **31**: 340-344.
- GÜLER N, UZUN S, BOZTAŞ Z, AYDOĞAN S (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*. **24**: 128-134.
- GÜZ H, DOĞANAY Z, ÇOLAK E, TOMAÇ A (2003). Konversiyon bozukluğunda çocukluk çağı travma öyküsünün psikiyatrik belirtilere etkisi var mı?. *Klinik Psikiyatri*. **6**: 80-85.

- İLHAN Ö, SAYIL I (2003). Zorlayıcı yaşam olayları ve ruhsal bozukluklar ilişkisi. *Kriz Dergisi*.7(1): 1-6.
- INGLEDEW DK, MCDONAGH G (1998).What coping functions are served when health behaviours are used as coping strategies?. *Journal Health Psychology*. **3**: 195.
- İŞERİ E (2008). Cinsel istismar. İnci Baskı, Ankara Hekimler Yayın Birliği. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 470-476
- JACOBSEN LK, SOUTHWICK SM, KOSTEN TR (2001). Substance use disorder in patients with PTSD, A review of the literature; *Am J Psych*. **158**: 1184-1190.
- JAFFE JH, ANTHONY JC (2005) Substance-related disorders: introduction and overview. In Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, 8th ed. (Eds HI Sadock, VA Sadock): 1137-67. *Philadelphia, Lippincott Williams and Wilkins*.
- JOHNSTON L, O MALLEY P, BACHMAN J (1999). National survey results on drug use from the monitoring the future study, 1975-1998. U.S Department of health and human services; *Public Health Service National Institutes of Health*.
- KALYENCİOĞLU D ve KUTLU Y (2010) Ergenlerin aile işlevi algularına göre uyum düzeyleri. *İÜFN Hem Dergisi*. **18**(2): 56-62.
- KAMEEN MC, THOMPSON DL (1983). Substance abuse and child abuse-neglect: implications for direct-service providers. *Personnel and Guidance Journal*. **61**(5): 269-273.
- KAPLAN SJ, PELCOVİTZ D, LABRUNA V (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: A review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. **38**: 1214-1222.
- KAPLAN & SADOCK'S COMPREHENSİVE TEXTBOOK OF PSYCHIATRY, BENJAMIN J. SADOCK, VIRGINIA A SADOCK (2007). *Güneş Kitapevi Ltd.Şti. Lippincott Williams & Wilkins, Türkçe*, 8. Baskı. ss: 1137-1167.
- KARA B, BİÇER Ü, GÖKALP AS (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. **47**: 140-141.
- KAYA M, GENÇ M, KAYA B, PEHLİVAN E (2007). Tıp fakültesi ve sağlık yüksekokulu öğrencilerinde depresif belirti yaygınlığı, stresle başa çıkma tarzları ve etkileyen faktörler. *Türk Psikiyatri Dergisi*. **18**(2): 137-146.

- KESKİN GU, ORGUN F (2006). Öğrencilerin öz etkililik-yeterlilik düzeyleri ile başa çıkma stratejilerinin incelenmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. **7**: 92-99.
- KÖROĞLU E (2001); Amerikan Psikiyatri Birliği: Psikiyatride Hastalıkların Tanımlanması ve Sınıflandırılması El Kitabı, Yeniden Gözden Geçirilmiş 4.Baskı, *Hekimler Yayın Birliği*, Ankara
- KURAL S, EVREN C, ÇAKMAK D (2005). Alkol/madde bağımlılığında kişilik bozukluğu ek tanısının diğer 1. eksen tanıları ve çocukluk çağı kotuye kullanımı ve ihmali ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*. **6**(1):11-24.
- LANGELAND W, DRAIJER N, VAN DEN BRINK W (2004). Psychiatric comorbidity in treatment seeking alcoholics: The role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcohol Exp Res*. **28** (3):441-447.
- LECCI L, MACLEAN MG & CROTEAU N (2002). Personal goals as predictors of college student drinking motives, alcohol use and related problems. *Journal of Studies on Alcohol*. **63**: 620-630.
- LEMSTRA M, BENNETT NR, NEUDORF C, KUNST A, NANNAPANENI U, WARREN LM, KERSHAW T, SCOTT CR (2008). A meta-analysis of marijuana and alcohol use by socio-economic status in adolescents aged 10-15 years. *Can J Public Health*. **99**: 172-177.
- LEVİTAN RD, PARİKH SV, LESAGE AD et al. (1998) Major depression in individuals with a history of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania, and gender. *American Journal of Psychiatry*. **155**: 1746-1752.
- LEWIS DO (1992). From abuse to violence: Psychophysiological consequences of maltreatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. **31**: 383-391.
- LİFTON R, OLSON E (1976). The human meaning of total disaster. *Psychiatry*. **39**: 1-18.
- İLHAN İÖ, YILDIRIM F, DEMİRBAŞ H, DOĞAN YB (2009). Prevalance and sociodemographic correlates of substance use in a university student sample in Turkey. *Int J Public Health*. **54**: 40-44.
- LYNCH MA, SARALİDZE L, GOGUADZE N, ZOLOTOR A (2008). *National study on violence against children in Georgia*.
- MARCENKO MO, KEMP SP, LARSON NC (2000). Childhood experiences of abuse, later substance use, and parenting outcomes among low income mothers. *American Journal of Ortha psyciatry*. **70**(3):316-326.

- MEYERSON LA, LONG PJ, MİRANDA and et al (2002). The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents. *Child Abuse&Neglect*. **26** (4): 387–405.
- MOHAMMADPOORASL A, ABBASİ A, ALLAHVERDİPOUR H, AUGNER C (2014). Substance abuse in relation to religiosity and familial support in Iranian college students. *Asian J Psychiatr*. **9**: 41-44.
- MULLEN PE, MARTİN JL, ANDERSON JC, ROMANS SE and HERBİSON GP (1996). The long-term impact of the physical, emotional ve sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse and Neglect*. **20** (1): 7-21.
- MOLLERSTROM WW, PATCHNER MA and MİLNER JS (1992). Family functioning and child abuse potential. *Journal of Clinical Psychology*. **48**(4):445- 454
- NASH SG, MCQUEEN AA and BRAY JH (2005). Pathways to adolescent alcohol use: family environment, peer influence, and parental expectations. *Journal of Adolescent Health*. **37**(1):1928.
- NEWBURY-BİRCH D, WHİTE W, KAMALİ F (2000). Factors influencing alcohol and illicit drug use among medical students. *Drug and Alcohol Depend*. **59**: 125-130.
- ORAL R, CAN D, KAPLAN S, POLAT S, ATEŞ N, ÇETİN G et al (2001). Child Abuse İn Turkey: an experience in overcoming denial and a description of 50 cases. *Child Abuse Negl*.**25**(2): 279-290.
- ORAL R, TANMAN GC, BAYAR R, İLKYA E, ZİYALAR A (1995). Sokakta yaşayan evden kaçmış çocuklar ve uçucu madde bağımlılığı. *Yeni Symposium*. **33**(23): 73-79.
- ORFORD J, TEMPLETON L, COPELLO A, VELLEMAN R, İBANGA A, BİNNİE C (2009). Increasing the involvement of family members in alcohol and drug treatment services. The results of an action research project in two specialist agencies. *Drugs: Education, Preventio nand Policy*. **16** (5):379-408. (doi:10.1080/09687630802258553).
- ÖGEL K, ÇORAPÇIOĞLU A, SIR A, TAMAR M, TOT S, DOĞAN O ve ark (2004). Dokuz ilde ilk ve ortaöğretim öğrencilerinde tütün, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. **15**: 112-118.
- ÖGEL K, EROL B (2005). Çocuklarda Sigara, Alkol ve Madde Bağımlılığı “Çocuğum Madde Bağımlısı Olmasın”. *Ankara, Morpa Kültür Yayınları*.

- ÖGEL K (2013). *Bağımlılık yapan maddeler*. <http://www.ogelk.net/Dosyadepo/Maddeler.pdf>.adresinden 30.03.2017 tarihinde erişildi.
- ÖGEL K, TAMAR D, EVREN C ve ark (2001). Türkiye’de 15 ilde sigara, alkol ve madde kullanımının yaygınlığı. *Türk Psikiyatri Dergisi*.**12**: 47-52.
- ÖGEL K, TANER S, EKE C, EROL B (2005). İstanbul’da öğrencilerde riskli davranışlar araştırması. *İstanbul: Yeniden yayın no: 6*.
- ÖGEL K, TAMAR D, EVREN C VE ÇAKMAK D (2000). İstanbul’da lise gençleri arasında sigara, alkol ve madde kullanım yaygınlığı. *Klinik Psikiyatri*. **3**(4): 242-245.
- ÖGEL K, TAMAR D (1996). Uyuşturucu Maddeler ve Bağımlılık Okul Eğitim Paketi, Öğrenci Anketi Bulguları, AMATEM-Özel Okullar Derneği Yayını. *Prive Ltd. İstanbul*. ss:12-23.
- ÖGEL K, TAMAR D, EVREN C, SIR A(1999). Madde Kullanımı ve Suç. Available from: [http://www.ogelk.net/makale/suç madde yayın.pdf](http://www.ogelk.net/makale/suç%20madde%20yayin.pdf).
- ÖNEN-DOĞAN Ö (2009). Cinsel İstismara Uğrayan Ergenlerde Bireysel, Ailesel ve İstismara Ait Özelliklerin Tanımlanarak, İstismara Uğrama ve Psikiyatrik Bozukluk Oluşumu Üzerine Etkilerinin Araştırılması: Kontrollü Bir Çalışma. Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi Etkilerinin Araştırılması: Kontrollü Bir Çalışma. *Uzmanlık Tezi. Dokuz Eylül Üniversitesi*.
- ÖZATÇA A (2009). Ergenlerde Sosyal ve Duygusal Yalnızlığın Yordayıcısı Olarak Aile İşlevleri. *(Yayımlanmamış)Yüksek Lisans Tezi, Çukurova Üniversitesi*.
- ÖZDEN SY (1992) Uyuşturucu Madde Bağımlılığı. *Nobel Tıp Kitapevleri*. ss: 109-116.
- ÖZEN NE, ŞENER Ş (1997). Çocuk ve Ergende Cinsel İstismar. 1. Baskı. İzmir. *Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları*. ss: 473-491.
- ÖZTÜRK O (1992). Ruh Sağlığı ve Bozuklukları. *Hekimler Yayın Birliği. Ankara*.
- PALFAİ TP, RALSTON TE & WRİGHT LL (2011). Understanding university student drinking in the context of life goal pursuits: The meditational role of enhancement motives. *Personality and Individual Differences*. **50**: 169-174.
- PALFAİ TP & WEAFFER J (2006). College student drinking and meaning in the pursuit of life goals. *Psychology of Addictive Behaviors*. **20**: 131–141.

- PANAGHÌ L, AHMADABADÌ Z, KHOSRAVÌ N, SADEGHÌ MS & MADANÌPOUR A (2016). Living with addicted men and codependency: The moderating effect of personality traits. *Addiction & health*. **p: 98**.
- PARKER, JDA and ENDLER NS (1992). Coping with coping assessment: A critical review. *European Journal of Personality*. **6: 321-344**.
- PİNES M (1981): Psikolojik Sağlık. Cev.-Edit: Şahin NH. Stresle Başa Çıkma. *Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara*. **ss. 43**.
- PİSARSKA A, EİSMAN A, OSTASZEWSKİ K and ZİMMERMAN MA (2016). Alcohol and cigarette use among Warsaw adolescents: Factors associated with risk and resilience. *Substance Use Misuse*. **23; 51(10): 1283–1296**.
- POLAT O (2004). Klinik Adli Tıp. 1. Baskı, *Ankara: Seçkin Yayıncılık*. **ss: 85-131**.
- REİGER DA, FARMER ME, RAE DS (1990). Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Result from The Epidemiologic Catchment's Area (ECA) Study. *JAMA*. **21(264): 2511-2518**.
- RİVERA MP, DEPAULO D (2013). The role of family support and parental monitoring as mediators in mexican american adolescent drinking. *Substance Use & Misuse*. **48: 1577-1588**. (DOI:10.3109/10826084.2013.808220).
- ROSELLA JD, ALBRECHT SA (2006). Resilience, Coping and salutogenic approaches to maintainning and generating health: a review. *Cardiff Instutie of Society, Healths and Ethics*. *UK*.
- SAATÇİOĞLU Ö, EVREN C, ÇAKMAK D (2003). 1998–2002 yılları arasında yatarak tedavi gören alkol ve madde kullanımı olan olguların değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*. **4: 109-117**.
- SAĞLIK BAKANLIĞI TEMEL SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ RUH SAĞLIĞI DAİRE BAŞKANLIĞI (1995). Lise Öğrencilerinde Tütün, Alkol ve Uyuşturucu Maddelerle İlgili Bilgi, Tutum ve Davranışların Belirlenmesi Projesi. *Yayınlanmamış rapor*.
- SANTOR DA, MESSERVEY D. and KUSUMAKAR V (2000). Measuring peer pressure, popularity, and conformity in adolescent boys and girls: Predicting school performance, sexual attitudes, and substance abuse. *Journal of Youth and Adolescence*. **29(2): 163-182**.
- SAUNDERS EC, MC LEMAN BM, MC GOVERN MP, XİE H, LAMBERT-HARRİS C & MEİER A (2016). The influence of family and social problems on treatment outcomes of persons with co-occurring substance use disorders

and PTSD. *Journal of Substance Use*. **21(3)**: 237-243. (DOI:10.3109/14659891.2015.1005184).

SAYIM A (2000). Lise Öğrencilerini Bilgilendirmenin Madde Konusundaki Görüşlerine Etkisinin İncelenmesi. *İ.Ü. Adli Tıp Enstitüsü. (Yayınlanmamış) Yüksek Lisans Tezi. İstanbul.*

SEEDALL R, BUTLER MH (2008). The attachment relationship in recovery from addiction. Part 2: Substantive enactment interventions. *Sexual Addiction & Compulsivity*. **15**: 77-96. (DOI: 10.1080/10720160701878985).

SEYMAN İ (2000). Uyusturucu Sorununun Türkiyedeki Boyutları. AÜ Sağlık Bilimleri Enstitüsü. (Yayınlanmamış)Yüksek Lisans Tezi. Ankara.

SHANE P, DIAMOND GS, MENSİNGER JL, SHERA D and WİTERSTEEN MB (2010). Impact of victimization on substance abuse treatment outcomes for adolescents in outpatient and residential substance abuse treatment. *The American Journal on Addictions*. **15(1)**: 34-42.

SHEDLER J, BLOCK (1990). Adolescent drug use and psychological health. A longitudinal inquiry. *J Am Psychol*. **45(5)**: 612-630.

SİYEZ DM, GÜRÇAY EG, YÜNCÜ Z (2012). Madde kullanım bozukluğu olan ve olmayan ergenlerin çocukluk dönemi aile yaşantılarına ilişkin algıları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*. **13(4)**:299-305.

SİYEZ D (2010). Ergenlerde problem davranışlar: okul temelli önleme çalışmaları ile ilgili uygulama örnekleri. İkinci Baskı. *Ankara: Pegem Akademi*.

SMİTH CL, EİSENBERG N, SPİNİ TL, CHASSİN L et al (2006). Children's coping strategies and coping efficacy: Relations to parent socialization, child adjustment, and familial alcoholism. *Development and Psychopathology*. **18**: 445-469.

SORİAS O (1997). Psikiyatrik Değerlendirme Ölçekleri. Editorler: Güleç C, Köroğlu E. *Psikiyatri Temel Kitabı. Ankara Hekimler Yayın Birliği*. ss: 81-95.

SCHUCKİT MA (1995): Drug and alcohol abuse: A clinical guide to diagnosis and treatment, **4.th** edition, *Plenum Medical Book Company, New York*.

SUTHERLAND R, SİNDİCİCH N, BARRETT E, WHİTTAKER E, PEACOCK A, HİCKEY S et al (2015). Motivations, substance use and other correlates amongst property and violent offenders who regularly inject drugs. *Addict Behav*. **45**: 207-13.

- YOUNG SJ, LONGSTAFFE S, TENENBEİN M (1999). Inhalant abuse and the abuse of other drugs. *Am J Drug Alcohol Abuse*. **2**: 371-375.
- UZ-BAŞ A ve SİYEZ DM (2010). Lise öğrencilerinde, sigara, alkol ve esrar kullanımını yordayıcı bir değişken olarak mükemmeliyetçilik. *New Symposium Journal*. **48**(4): 256-263.
- SWADİ H (1999). Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug Alcohol Depend*. **55**(3):209-24.
- SWEDSEN JD, CONWAY KP, ROUSANVILLE BJ, MERİKANGAS. Are personality traits famial risk facrors for substance disorders?. Results of a controlled family study. *American Psychiatric Assosation*. **59**: 1760-1766.
- STEİNBERG L (2007). Ergenlik. F Çok (Çev). *Ankara İmge Kitabevi*. ss: 489-499.
- SUTHERLAND I, SHEPHERD JP (2001). Social dimensions of adolescent substance use. *Addiction*. **96**: 445-458.
- ŞAR V, ÖZTÜRK E, İKİKARDEŞ E (2012). Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Turkiye Klinikleri J Med Sci*. **32**: 1054-1063.
- ŞAR V (1998). Kötüye Kullanım ve İhmalle ilişkili Sorunlar. E.Koroğlu, C. Güleç, editörler. *Psikiyatri Temel Kitabı, Cilt.2. Ankara: Hekimler Yayın Birliği*. ss:823-833.
- ŞİMŞEK S, DÖNMEZDİL S, KAKDAŞ E, ÖZEN Ş (2014). Diyarbakır çocuk ve ergen madde bağımlılığı araştırma ve tedavi merkezine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri ve kullandıkları madde türleri. *Bağımlılık Dergisi*. **15**(1): 23-27.
- TANER Y, GÖKLER B (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica*. **35**: 82-86.
- TANRIKULU AÇ, ÇARMAN KB, PALANCI Y, ÇETİN D, KARACA M (2009). The prevalence of cigarette smoking among university students in Kars and risk factors. *Turk thorac j*. **10**: 105-106.
- TAYLOR SE (2014). *Health Psychology*. (9 rd ed.). *New York: Mc Graw-Hill, Inc. USA*.
- TBMM ARAŞTIRMA KOMİSYONU RAPORU(2008). Madde kullanımı ve bağımlılığı ile kaçakçılığının önlenmesi alanlarında tespit edilen sorunlar ve

çözüm önerileri. http://www.tbmm.gov.tr/docs/madde_kullanımı_ve_bağımlılığı.pdf (Erişim Tarihi: 12 Eylül 2013).

TC SAĞLIK BAKANLIĞI ANA ÇOCUK SAĞLIĞI VE AİLE PLANLAMASI GENEL MÜDÜRLÜĞÜ (2007). Gençlik Danışmanlık ve Sağlık Hizmet Merkezleri CSÜS Eğitimi Modülü, Katılımcı Rehberi. *Ankara, Türkiye.*

TERR L (1983). Life attitudes, dreams, and psychic trauma in a group of “Normal” children. *American Academic Child Psychiatry.* **22**: 221–230.

TOPBAŞ M (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni.* **3**: 76-80.

TOWNSEND L, FLİŞHER A, KİNG GA (2007). Systematic review of the relationship between high school dropout and substance use. *Clin Child Fam Psychol Rev.* **10**: 295-317.

TURHAN E, İNANDI T, ÖZER C (2011). Üniversite öğrencilerinde madde kullanımı, Şiddet ve bazı psikolojik özellikler. *Türk Halk Sağlığı Dergisi.* **9**: 33-45.

TÜRK BAY T, COŞKUN A, MIRAL S, MOTAVALLI N, EDİTÖRLER. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı. 1.Baskı. *Ankara: Hekimler Yayın Birliği.* ss: 470-474.

TÜRKCAN A (1998).Türkiye'de Madde Kullananların Profili: Hastane verilerinin incelenmesi. *Düşünen Adam.* **11** (3): 56-64.

TÜRKİYE İSTATİSTİK KURUMU(2016).*İstatistiklerle Gençlik.*

TÜRKİYE UYUŞTURUCU VE UYUŞTURUCU BAĞIMLILIĞI İZLEME MERKEZİ RAPORU(TUBİM,2016).http://www.umdb.pol.tr/TUBIM/Documents/T%C3%BCrkiye%20Uyu%C5%9Fturucu%20Raporu_2012_TR.pdf Erişim tarihi: Eylül 8, 2016.

TÜRKİYE UYUŞTURUCU VE UYUŞTURUCU BAĞIMLILIĞI İZLEME MERKEZİ RAPORU (TUBİM, 2014).

T.C. BAŞBAKANLIK ULUSAL UYUŞTURUCU EYLEM PLANI(2012). Ulusal Uyuşturucu Politika ve Strateji Belgesi'nin Uygulanması İçin *Ulusal Uyuşturucu Eylem Planı* (2013-2015).

ULUĞ B (2010). Alkol-madde kullanım bozuklukları kursu. *46.Ulusal Psikiyatri Kongresi, İzmir.*

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND, MEASURING and MONITORING CHILD PROTECTION SYSTEMS (2012). Proposed Core Indicators for the East Asia and Pacific Region, Strengthening Child Protection Series No. 1, UNICEF EAPRO, Bangkok.

UNITED NATIONS ON DRUGS AND CRIME (UNODC,2014).World drug report 2014.Vienna.

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC,2009). *World drug report 2009*. http://www.tubim.gov.tr/Dosyalar/raporlar/unodc_2009_rapor.pdf. (Erişim Tarihi: 25.10.2013).

UNITED NATIONS OFFICE ON DRUGS AND CRIME (UNODC,2016). *World drug report 2016*. (United Nations publication, Sales No. E.16.XI.7).

United States Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Office of Applied Studies. "National Survey on Drug Use and Health, NSDUH 2007". Rockville MD; 2008. <http://www.samhsa.gov/data/nsduh/2k7nsduh/2k7results.pdf> [20/06/2013].

USMAN EJ, ROGOL A (2004). Puberty and Psychological Development. In: "Handbook of Adolescent Psychology". (eds) Lerner RM, Steinberg L. 2th ed. Hoboken,New Jersey. John Wiley&Sons.41-44.

UZBAY T (1996). Madde Bağımlılığı. *Bilim Teknik Dergisi*. ss: 20-26.

VARDAR E (2012). BAĞIMLILIKTA TEMEL KAVRAMLAR VE TANISAL SINIFLANDIRMA. Evren C,Ögel K,Uluğ B,editörler. Alkol Madde Bağımlılığı Tanı Tedavi El Kitabı. I.Baskı, Ankara. BAYT Bilimsel Araştırmalar Basın Yayın ve Tanıtım Ltd. Şti. ss: 44-52.

VELEZ CN, UNGEMACK JA (1989). Drug use among Puerto Rican youth: an exploration of generational status differences. *Social Science & Medicine*. 29(6):779-789.

VOSTANIS P (2004). Çocuklarda travmatik yaşantılar, psikolojik sonuçları ve tedavisi. *Current Opinion in Psychiatri*. 17: 269-273.

WERNER EE (1989).High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*. 59(1): 72-81.

WHO Drugss Report (2016).

- WILLIAMS-PETERSON MG, MYERS BL, DEGEN HM, KNISELY JS, ELSWICK RK and SCHNOLL SS (1994). Drug-using and nonusing women: Potential for child abuse, childrearing attitudes, social support, and affection for expected baby. *The International Journal of the Addictions*. **29**(12): 1631-1643.
- WILLIAMS GC, COX EM, HEDBERG VA & DECI EL (2000). Extrinsic life goals and health risk behaviors in adolescents. *Journal of Applied Social Psychology*. **30**(8): 1756-1771.
- WILLS TA, YAEGER A (2003). Family factors and adolescent substance use: models and mechanisms. *American Psychological Society*. **12** (6): 222–226.
- WILSNACK RW, VOGELTANZ ND, WILSNACK SC & HARRIS TR (2000). Gender differences in alcohol consumption and adverse drinking consequences: cross-cultural patterns. *Addiction*. **95**(2): 251-265.
- WRIGHT MO, CRAWFORD E, CASTILLO DD (2009). Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse Negl*. **33**: 59-68.
- YANCAR C (2005). Madde bağımlılarında komorbidite ve ikinci eksen kişilik özelliklerinin bağımlılık şiddeti ve yaşam kalitesi üzerine etkisi. *Uzmanlık Tezi*.
- YILMAZ G, İŞİTEN N, ERTAN Ü, ÖNER A (2003). Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*. **46**: 295-298.
- YILLARA YAŞ GRUBU VE CİNSİYETE GÖRE NÜFUS VERİLERİ (2018). www.tuik.gov.tr. (Erişim Tarihi: 6 Kasım 2019).
- YILMAZ G (2009). Cinsel İstismara Uğramış ve Uğramamış 6-12 Yaş Grubundaki Çocukların Aile Resmi Çizimleri, Davranış Sorunları ve Ailelerin İşlevsel Özelliklerinin İncelenmesi. (*Yayımlanmamış*) *Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi*.
- YOUNG MA, FORD JD, FRIEDMAN MJ, GUSMAN FD (1998). Disaster mental health services: A guidebook for clinicians and administrators. *White River Junction, Vermont 055009 660/2-1998/ 750*. www.dorthmount.edu.
- YUMRU M, SAVAŞ H, TUTKUN H, HERKEN H, KARASU MH (2005). Gaziantep Üniversitesi'nde adli psikiyatrik açıdan incelenmiş olan olguların değerlendirilmesi: Yüksek oranda alkol-madde kullanımı. *Dülger Anadolu Psikiyatri Dergisi*. **6**: 30-35

YURDAKÖK K, İNCE O (2010). Duygusal istismar ve ihmal. *Katkı Pediatri Dergisi*. **32**: 423-433.

YÜKSEL N, DEREBOY Ç (1994). Çifter İ Üniversite Öğrencileri Arasında Madde Kullanımı. *Türk Psikiyatri Dergisi*. **5**(4):283-286.

YÜNCÜ Z, AYDIN C, COŞKUNOL H, ENDER ALTINTOPRAK E, BAYRAM AT (2006). Çocuk ve ergenlere yönelik bir bağımlılık merkezine iki yıl süresince başvuran olguların sosyo-demografikdeğerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi*. **7** (1): 31-37.

ZARA-PAGE A (2004). Çocuk cinsel istismarı: Cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikoloji Yazıları*. **7**: 103-113.



EKLER

Ek-1: SOSYODEMOGRAFİK/ KLİNİK BİLGİ VERİ FORMU

Adı:

1.Yaşı:

2.Cinsiyet:

3.Doğduğu Yerleşim Birimi:

1.İl merkezi () 2.İlçe merkezi () 3.Kasaba () 4.Köy ()

5.Diğer:.....

4.Eğitim:

1.Eğitim almamış () 2.İlköğretim 8.sınıfa kadar () 3.İlköğretim terk ()

4.Ortaöğretim () 5.Ortaöğretim terk () 6.Lisans (Üniversite) ()

7.Diğer

5. Medeni Durumu:

1.Bekar () 2.Evli () 3.Diğer.....

6.Kardeş sayısı:

1.Yok () 2.Bir () 3.İki () 4.Üç ve üzeri ()

7.Aylık harcadığı para (tl):

1.0-500 () 2.501-1.000 () 3.1.001-2.000 () 4.2.001 ve üzeri ()

8.Gelir getirici bir işte çalışma durumu:

1.Çalışıyor () 2.Çalışmıyor () 3.Diğer.....

9.Yaşadığı ortam:

1.Ailesi ile () 2.Akrabaları ile (Anne-baba hariç) () 3.Arkadaşları ile ()

4.Yalnız () 5.Diğer.....

10.Anne Öğrenim Durumu:

1.Eğitim almamış () 2.İlköğretim (8.sınıfa kadar) () 3.İlköğretim terk ()

4.Ortaöğretim () 5.Ortaöğretim terk () 6.Lisans (Üniversite) ()

7.Diğer.....

11. Anne Mesleği:

1. Ev hanımı () 2. Memur () 3. Emekli () 4. Serbest Meslek ()

12. Anne Hayatta mı?:

1. Evet () 2. Hayır ()

13. Baba Öğrenim Durumu:

1. Eğitim almamış () 2. İlköğretim (8.sınıfa kadar) () 3. İlköğretim terk ()
4. Ortaöğretim () 5. Ortaöğretim terk () 6. Lisans (Üniversite) ()
7. Diğer.....

14. Baba Mesleği:

1. Memur () 2. Emekli () 3. Serbest Meslek ()

15. Baba Hayatta mı?

1. Evet () 2. Hayır ()

Aile Tipi:

1. Çekirdek aile () 2. Geniş aile () 3. Parçalanmış aile ()
4. Diğer.....

Anne-Baba Medeni Durumu:

1. Bekâr 2. Evli

Ailenin Aylık Geliri (tl):

1. 0-2.000 () 2. 2.001-3.000 () 3. 3.001-5.000 () 4. 5.001 ve üzeri ()

Aile ya da Yakınlarında Madde Kullanım Öyküsü:

1. Aile içi () 2. Yakın akraba () 3. Komşu () 4. Yakın çevre –arkadaş ()

Daha Önce Suça Sürüklenme Öyküsü:

1. Var () 2. Yok ()

Cezaevinde Yatış Öyküsü:

1. Var () 2. Yok ()

Daha Önce AMATEM’de Yatış Öyküsü:

1. Var () 2. Yok ()

Sigara Kullanım Öyküsü ve İlk Ne Zaman Başladı?

1. Var () 2. Yok ()

Alkol Kullanım Öyküsü ve İlk Ne Zaman Başladı?

1. Var () 2. Yok ()

Eroin Kullanım Öyküsü ve İlk Ne Zaman Başladı?

1. Var () 2. Yok ()

Diğer Madde/Maddelerin Kullanım Öyküsü:



Ek-2: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ (ÇÇTÖ-CTQ-28)

Ad-Soyad:

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği-ÇÇTÖ (CTQ-28)

Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. **Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.**

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
3. Ailedekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
6. Yırtık, sökükle ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
7. Sevdiğimi hissediyordum.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
8. Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
9. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
10. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
10. Ailedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
11. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
12. Ailedekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
13. Ailedekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()

14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövülme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
15. Çocukluğum mükemmeldi.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
16. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu farkettiği oluyordu.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
18. Ailedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
21. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma (hakaret, aşağılama vb.) inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
25. İhtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi vardı.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.
1. Hiç Bir Zaman () 2. Nadiren () 3. Kimi zaman () 4. Sık olarak () 5. Çok sık ()

Ek-3: BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI ÖLÇEĞİ (BÇTÖ, COPE)

Ad-Soyad:

Bu ölçek yardımıyla insanların günlük yaşamlarında güç veya bunaltı verici olaylarla ya da sorunlarla karşılaştıkları zaman nasıl tepki verdiklerini araştırmayı amaçlıyoruz.

İnsanların karşılaştıkları sorunlarla baş etmelerinin çok sayıda yolu olabilir. Ancak yine desiz seçenekleri bir sorunla karşılaştığınızda genel olarak ne yaptığınızı ya da nasıl davrandığınızı düşünerek işaretlemeye çalışın. Seçenekleri işaretlerken bir öncekinden bağımsız düşünmeye özen gösterin.

Seçenekleri belirtirken şu belirtilen puanlamayı kullanın:

1=Asla böyle bir şey yapmam
2=Çok az böyle yaparım
3=Orta derecede böyle yaparım
4=Çoğunlukla böyle yaparım

1.Sorunla karşılaştığımda daha önceki tecrübelerden yararlanıp sorunun üstesinden gelmeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

2.Sorun olan şeyleri aklımdan atmak için bir şeyler yapmaya ya da başka türlü meşguliyetlere yönelirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

3.Sorunla karşılaştığımda moralim bozulur ve duygularımı dışarıya yansıtırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

4.Başkalarından bu tur sorunlarda ne yaptıkları konusunda tavsiyeler almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

5.Sorunla basa çıkma konusunda kendimi konsantre ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

6.Kendi kendime “böyle bir sorunun gerçekte var olmadığını” söylerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

7.Allah`a tevekkül eder, O`na dayanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

8.İçinde bulunduğum sorunla ilgili olarak gülerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

9.Kendi kendime bir şey yapamayacağımı söyleyerek çabalamayayı bırakır ve soruna teslim olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

10.Kendimi hemen bir şeyler yapmaktan vazgeçiririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

11.Duygularımı bir başkasıyla tartışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

12.Kendimi daha iyi hissedebilmek için alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

13.Kendimi yaşadığım soruna alıştırmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

14.Sorunla ilgili bir şeyler öğrenmek için birileriyle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

15.Diğer düşünce ve meşguliyetlere yönelmem ve sorundan kendimi uzak tutmaya uğraşmam.

1 () 2 () 3 () 4 ()

16.Karşılaştığım sorundan farklı şeylerle ilgili hayaller kurarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

17.Üzülürüm ama söz konusu sorunun bilincinde olurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

18.Allahın yardımını umarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

19.Bir eylem planı yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

20.Söz konusu sorunla ilgili sakalar yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

21.Karşıma çıkan sorunun var olduğunu ve değişmeyeceğini kabullenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

22.Sorun el verinceye kadar herhangi bir şey yapmayı ertelerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

23.Arkadaş veya akrabalarımın moral ve manevi destek almaya çalışırım

1 () 2 () 3 () 4 ()

24.Sorunla bas etmede amacıma ulaşmaya çabalamaktan hemen vaz geçirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

25.Sorunun üstesinden gelebilmek için ilave şeyler yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

26.Alkol ya da sakinleştirici alarak bir an olsun kendimi kaybedip olanları unutmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

27.Sorun olduğuna inanmayı reddederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

28.Duygularımı dışarı vururum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

29.Daha olumlu taraflarını görebilmek için sorunu başka bir acıdan ele almaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

30.Sorunla ilgili somut bir şeyler yapabilen kişilerle konuşurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

31.Sorunla karşılaştığımda her zamankinden daha çok uyurum.

1 () 2 () 3 () 4 ()

32.Ne yapacağım ya da yapmam gerektiği konusunda bir strateji belirlemeye çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

33.Sorunu çözmeye odaklanır ve eğer gerekirse yapmam gereken diğer şeyleri bir süre kendi haline bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

34.Başkalarından sempati ve anlayış görmeyi beklerim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

35.Sorunla daha az meşgul olmak için alkol ya da ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

36.Sorunla ilgili şaka yaparım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

37.İstediğimi elde etmek için uğraşmayı bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

38.İyiye giden bir şeyler arayıp bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

39.Sorunu en iyi nasıl çözebileceğim konusunda düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

40.Sorun gerçekte olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

41.Olumsuz şeyler yaparak işlerin daha da kötüye gitmesine yol açmadığımdan emin olmak isterim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

42.Sorunun çözümüne yönelik gayretlerime engel olabilecek şeyleri önlemeye ciddi şekilde çaba gösteririm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

43.Sorunla karşılaştığımda sinemaya gider veya TV izler ya da sorunla ilgili daha az düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

44.Olup biten şeyin ya da sorunun bir realite olduğunu kabul ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

45.Benzer durumlarla karşılaşan kişilere bur durumda ne yaptıklarını sorarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

46.Büyük oranda duygusal rahatsızlık hisseder ve bu tür hisleri dışarıya yansıtırım

1 () 2 () 3 () 4 ()

47.Sorunla aktif olarak uğraşmayı hedefleyerek bunun için dobra dobra bir tavır takınırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

48.Sorunla karşılaştığımda dini inancımda bir huzur bulmaya çalışırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

49.Bir şeyler yapmak konusunda kendimi uygun ve doğru zamanı beklemeye zorlarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

50.Sorunlu durumla ilgili eğlenir ya da oyun oynarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

51.Sorunu çözmeye yönelik çabalarımı azaltırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

52.Neler hissettiğim konusunda birisiyle konuşurum

1 () 2 () 3 () 4 ()

53.Yaşadıklarım konusunda kendi kendime yardım olsun diye alkol ya da sakinleştirici ilaç alırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

54.Sorunla birlikte yaşamayı öğrenirim.

1 () 2 () 3 () 4 ()

55.Soruna odaklanabilmek için diğer meşguliyetlerimi bir tarafa bırakırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

56.Takınmam gereken tavır konusunda daha ciddi düşünürüm.

1 () 2 () 3 () 4 ()

57.Sanki sorun yokmuş veya hiç olmamış gibi davranırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

58.Yapmam gereken şey neyse atmam gereken adımı zamanında atarım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

59.Başıma gelen şeyden ya da yaşadığım sorundan bir şeyler öğrenir ya da tecrübe kazanırım.

1 () 2 () 3 () 4 ()

60.Her zamankinden daha çok dua ve ibadet ederim.

1 () 2 () 3 () 4 ()



Ek-4: Aile Değerlendirme Ölçeği (ADÖ)

İlişikte aileler hakkında 60 cümle bulunmaktadır. Lütfen her cümleyi dikkatlice okuduktan sonra, Sizin ailenize ne derecede uyduğuna karar veriniz. Önemli olan, Sizin ailenizi nasıl gördüğünüzdür. Her cümle için 4 seçenek söz konusudur (**Aynen Katılıyorum/ Büyük Ölçüde Katılıyorum/ Biraz Katılıyorum/ Hiç Katılmıyorum**). Size uygun seçeneğe (X) işareti koyunuz. Her cümle için uzun, uzun düşünmeyiniz. Mümkün olduğunca kadar çabuk ve samimi cevaplar veriniz. Kararsızlığa düşerseniz, ilk aklınıza gelen doğrultusunda hareket ediniz. Lütfen her cümleyi cevapladığınızdan emin olunuz.

CÜMLELER:	Aynen Katılıyorum	Büyük Ölçüde Katılıyorum	Biraz Katılıyorum	Hiç Katılmıyorum
1. Ailece ev dışında program yapmada güçlük çekeriz, çünkü aramızda fikir birliği sağlayamayız.				
2. Günlük hayatımızdaki sorunların (problemlerin) hemen hepsini aile içinde hallederiz.				
3. Evde biri üzgün ise, diğer aile üyeleri bunun nedenlerini bilir.				
4. Bizim evde, kişiler verilen her görevi düzenli bir şekilde yerine getirmezler.				
5. Evde birinin başı derde girdiğinde, diğerleri de bunu kendilerine fazlasıyla dert ederler.				
6. Bir sıkıntı ve üzüntü ile karşılaştığımızda, birbirimize destek oluruz.				
7. Ailemizde acil bir durum olsa, şaşırıp kalırız.				
8. Bazen evde ihtiyacımız olan şeylerin bittiğinin farkına varmayız.				
9. Birbirimize karşı olan sevgi, şefkat gibi duygularımızı açığa vurmaktan kaçırırız.				
10. Gerektiğinde aile üyelerine görevlerini hatırlatır, kendilerine düşen işi yapmalarını sağlarız.				
11. Evde dertlerimizi ve üzüntülerimizi birbirimize söylemeyiz.				
12. Sorunlarımızın çözümünde genellikle ailece aldığımız kararları uygularız.				

13.Bizim evdekiler, ancak onların hoşuna giden şeyler söylediğimizde bizi dinlerler.				
14.Bizim evde bir kişinin söylediklerinden ne hissettiğini anlamak pek kolay değildir.				
15.Ailemizde eşit bir görev dağılımı yoktur.				
16.Ailemizin üyeleri, birbirlerine hoşgörülü davranırlar.				
17.Evde herkes başına buyruktur.				
18.Bizim evde herkes, söylemek istediklerini üstü kapalı değil de doğrudan birbirlerinin yüzüne söyler.				
19.Ailede bazılarımız, duygularımızı belli etmeyiz.				
20.Acil bir durumda ne yapacağımızı biliriz.				
21.Ailecek, korkularımızı ve endişelerimizi birbirimizle tartışmaktan kaçınıyoruz.				
22.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize belli etmekte güçlük çekeriz.				
23.Gelirimiz (ücret, maaş) ihtiyaçlarımızı karşılamaya yetmiyor.				
24.Ailemiz, bir problemi çözdükten sonra, bu çözümün işe yarayıp yaramadığını tartışır.				
25.Bizim ailede herkes kendini düşünür.				
26.Duygularımızı birbirimize açıkça söyleyebiliriz.				
27. Evimizde banyo ve tuvalet bir türlü temiz durmaz.				
28. Aile içinde birbirimize sevgimizi göstermeyiz.				
29. Evimizde herkes her istediğini birbirinin yüzüne söyleyebilir.				
30. Ailemizde, her birimizin belirli görev ve sorumlulukları vardır.				
31.Aile içinde genellikle birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
32.Ailemizde sert-kötü davranışlar ancak belli durumlarda gösterilir.				
33.Ancak hepimizi ilgilendiren bir durum olduğu zaman birbirimizin işine karışıyoruz.				
34.Aile içinde birbirimizle ilgilenmeye pek zaman bulamıyoruz.				
35.Evde genellikle söylediklerimizle, söylemek istediklerimiz birbirinden farklıdır.				

36.Aile içinde birbirimize hoşgörülü davranırız				
37.Evde birbirimize, ancak sonunda kişisel bir yarar sağlayacak ilgi gösteririz.				
38.Ailemizde bir dert varsa, kendi içimizde hallederiz.				
39.Ailemizde sevgi ve şefkat gibi güzel duygular ikinci plandadır.				
40.Ev işlerinin kimler tarafından yapılacağını hep birlikte konuşarak kararlaştırırız.				
41.Ailemizde herhangi bir şeye karar vermek her zaman sorun olur.				
42.Bizim evdekiler sadece bir çıkarları olduğu zaman birbirlerine ilgi gösterir.				
43. Evde birbirimize karşı açık sözlüyüzür.				
44.Ailemizde hiçbir kural yoktur.				
45.Evde birinden bir şey yapması istendiğinde mutlaka takip edilmesi ve kendisine hatırlatılması gerekir.				
46.Aile içinde, herhangi bir sorunun (problemin) nasıl çözüleceği hakkında kolayca karar verebiliriz.				
47.Evde kurallara uyulmadığı zaman ne olacağını bilmeyiz.				
47.Bizim evde aklınıza gelen her şey olabilir.				
49.Sevgi, şefkat gibi olumlu duygularımızı birbirimize ifade edebiliriz.				
50.Ailede her türlü problemin üstesinden gelebiliriz.				
51.Evde birbirimizle pek iyi geçinemeyiz.				
52.Sinirlenince birbirimize küseriz.				
53.Ailede bize verilen görevler pek hoşumuza gitmez çünkü genellikle umduğumuz görevler verilmez.				
54.Kötü bir niyetle olmasa da evde birbirimizin hayatına çok karışıyoruz.				
55.Ailemizde kişiler herhangi bir tehlike karşısında (yangın, kaza gibi) ne yapacaklarını bilirler, çünkü böyle durumlarda ne yapılacağı aramızda konuşulmuş ve belirlenmiştir.				
56.Aile içinde birbirimize güveniriz.				

57.Ağlamak istediğimizde, birbirimizden çekinmeden rahatlıkla ağlayabiliriz.				
58.İşimize (okulumuza) yetişmekte güçlük çekiyoruz.				
59.Aile içinde birisi, hoşlanmadığımız bir şey yaptığında ona bunu açıkça söyleriz.				
60.Problemimizi çözmek için ailecek çeşitli yollar bulmaya çalışırız.				



Ek-5: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Bu katıldığımız çalışma bilimsel bir araştırma olup, araştırmanın adı ‘adölesan eroin bağımlılarında çocukluk çağı travmaları, stresle başa çıkma tutumları ve aile işlevlerinin tanımlanması’ dır.

Bu araştırma ile ilgili olarak; aile değerlendirme ölçeği, başa çıkma tutumları değerlendirme ölçeği ve çocukluk çağı travmaları soru listesi uygulanacak ve ayrıca sizinle ilgili bilgilerin sorgulandığı sosyodemografik ve klinik bilgi formu anketi uygulanacaktır. Ancak kimlik bilgileriniz analizi yapan laboratuvar ekibi dahil olmak üzere hiç kimseyle paylaşılmayacaktır. Bu çalışmada sizin için beklenen riskler ve rahatsızlıklar yoktur; ancak sizin için beklenen yarar da bulunmamaktadır. Araştırma sırasında sizi ilgilendirebilecek herhangi bir gelişme olduğunda, bu durum size veya yasal temsilcinize derhal bildirilecektir. Araştırma hakkında ek bilgiler almak için ya da çalışma ile ilgili herhangi bir sorun, istenmeyen etki ya da diğer rahatsızlıklarınız için 0.312.3959595-1115 no.lu telefondan Uzm. Dr. Şafak Yalçın Şahiner’e başvurabilirsiniz.

Bu çalışmada yer almanız nedeniyle size hiçbir ödeme yapılmayacaktır ve sizden veya bağılı bulunduğunuz sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

Bu çalışmada yer almak tamamen sizin isteğinize bağlıdır. Araştırmada yer almayı reddedebilirsiniz ya da herhangi bir aşamada çalışmadan ayrılabilirsiniz; bu durum herhangi bir cezaya ya da sizin yararınıza engel bir duruma yol açmayacaktır. Araştırmacı bilginiz dâhilinde veya isteğiniz dışında, uygulanan gerekleri yerine getirmemeniz, çalışma programını aksatmanız nedeni ile sizi çalışmadan çıkarabilir. Araştırmanın sonuçları bilimsel amaçla kullanılacaktır; çalışmadan çekilmeniz ya da araştırmacı tarafından çıkarılmanız durumunda, sizle ilgili tıbbi veriler de gerekirse bilimsel amaçla kullanılabilir.

Size ait tüm tıbbi ve kimlik bilgileriniz gizli tutulacaktır ve araştırma yayınlansa bile kimlik bilgileriniz verilmeyecektir.

Çalışmaya Katılma Onayı:

Yukarıda yer alan ve araştırmaya başlanmadan önce gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve sözlü olarak dinledim. Aklıma gelen tüm soruları araştırmacıya sordum, yazılı ve sözlü olarak bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Çalışmaya katılmayı isteyip istemediğime karar vermem için bana yeterli zaman tanındı. Bu koşullar altında, bana ait tıbbi bilgilerin gözden geçirilmesi, transfer edilmesi ve işlenmesi konusunda araştırma yürütücüsüne yetki veriyor ve söz konusu araştırmaya ilişkin bana yapılan katılım davetini hiçbir zorlama ve baskı olmaksızın büyük bir gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

Gönüllünün;

Adı-Soyadı:
Adresi:
Telefonu:
Tarih ve İmza:

Velayet veya vesayet altında bulunanlar için veli veya vasinin;

Adı-Soyadı:
Adresi:
Telefonu:
Tarih ve İmza:

Açıklamaları yapan araştırmacının; görevlinin/görüşme tanığının;

Adı-Soyadı:
Görevi:
Adresi:
Telefonu:
Tarih ve İmza

Onay işlemine tanıklık edenin;

Adı-Soyadı:
Görevi:
Adresi:
Telefonu:
Tarih ve İmza

Ek-6: KLİNİK ARAŞTIRMALAR KURUL KARAR FORMU ONAYI

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI	Adölesan Eroin Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları, Stresle Başa Çıkma Tutumları ve Aile İşlevlerinin Tanımlanması
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU	2019/62

ETİK KURUL BİLGİLERİ	ETİK KURULUN ADI	Ankara YBÜ Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu
	AÇIK ADRESİ:	Yeni Batı Mh. 2026 Cd. Batıkent/Yenimahalle/ANKARA
	TELEFON	0312 587 20 67
	FAKS	0312 587 20 68
	E-POSTA	yenimahalleeah.etikkurul@gmail.com

BAŞVURU BİLGİLERİ	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACI UNVANI/ADI/SOYADI	Dr. Öğretim Üyesi Atilla ÇİFCİ			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ UZMANLIK ALANI	Çocuk Hastalıkları ve Sağlığı Uzmanı			
	KOORDİNATÖR/SORUMLU ARAŞTIRMACININ BULUNDUĞU MERKEZ	Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle EAH			
	VARSA İDARİ SORUMLU UNVANI/ADI/SOYADI	-			
	DESTEKLEYİCİ	-			
	PROJE YÜRÜTÜCÜSÜ UNVANI/ADI/SOYADI (TÜBİTAK vb. gibi kaynaklardan destek alanlar için)	-			
	DESTEKLEYİCİNİN YASAL TEMSİLCİSİ	-			
	ARAŞTIRMANIN FAZİ VE TÜRÜ	FAZ 1	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 2	<input type="checkbox"/>		
		FAZ 3	<input type="checkbox"/>		
FAZ 4		<input type="checkbox"/>			
Gözlemsel ilaç çalışması		<input type="checkbox"/>			
Tıbbi cihaz klinik araştırması		<input type="checkbox"/>			
İn vitro tıbbi tanı cihazları ile yapılan performans değerlendirme çalışmaları		<input type="checkbox"/>			
İlaç dışı klinik araştırma		<input checked="" type="checkbox"/>			
DİĞER İSE BELİRTİNİZ					
ARAŞTIRMAYA KATILAN MERKEZLER	TEK MERKEZ <input checked="" type="checkbox"/>	ÇOK MERKEZLİ <input type="checkbox"/>	ULUSAL <input type="checkbox"/>	ULUSLARARASI <input type="checkbox"/>	

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof.Dr.Seyfullah Oktay ARSLAN İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU KARAR FORMU

ARAŞTIRMANIN AÇIK ADI		Adölesan Eroin Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları, Stresle Başa Çıkma Tutumları ve Aile İşlevlerinin Tanımlanması	
VARSA ARAŞTIRMANIN PROTOKOL KODU		2019/62	
DEĞERLENDİRİLEN BELGELER	Belge Adı	Tarihi	Versiyon Numarası
	ARAŞTIRMA PROTOKOLÜ		
	BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU		
	OLGU RAPOR FORMU		
			Dili
			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
			Türkçe <input type="checkbox"/> İngilizce <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>
DEĞERLENDİRİLEN DİĞER BELGELER	Belge Adı	Açıklama	
	SIGORTA	<input type="checkbox"/>	
	ARAŞTIRMA BÜTÇESİ	<input type="checkbox"/>	
	BIYOLOJİK MATERYEL TRANSFER FORMU	<input type="checkbox"/>	
	ILAN	<input type="checkbox"/>	
	YILLIK BİLDİRİM	<input type="checkbox"/>	
	SONUÇ RAPORU	<input type="checkbox"/>	
	GÜVENLİLİK BİLDİRİMLERİ	<input type="checkbox"/>	
DİĞER:	<input checked="" type="checkbox"/>		
KARAR BİLGİLERİ	Karar No: 2019/05/12	Tarih: 28/05/2019	
	Yukarıda bilgileri verilen başvuru dosyası ile ilgili belgeler araştırmanın/çalışmanın gerekçe, amaç, yaklaşım ve yöntemleri dikkate alınarak incelenmiş ve uygun bulunmuş olup araştırmanın/çalışmanın başvuru dosyasında belirtilen merkezlerde gerçekleştirilmesinde etik ve bilimsel sakınca bulunmadığına toplantıya katılan etik kurul üye tam sayısının salt çoğunluğu ile karar verilmiştir. İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik kapsamında yer alan araştırmalar/çalışmalar için Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'ndan izin alınması gerekmektedir.		

KLİNİK ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU	
ETİK KURULUN ÇALIŞMA ESASI	İlaç ve Biyolojik Ürünlerin Klinik Araştırmaları Hakkında Yönetmelik, İyi Klinik Uygulamaları Kılavuzu
BAŞKANIN UNVANI / ADI / SOYADI:	Prof. Dr. Seyfullah Oktay ARSLAN

Unvanı/Adı/Soyadı	Uzmanlık Alanı	Kurumu	Cinsiyet		Araştırma ile ilişki		Katılım *		İmza
Prof. Dr. Seyfullah Oktay ARSLAN	Tıbbi Farmakoloji	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Fahri BAYIROĞLU	Fizyoloji	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Selim Yavuz SANISOĞLU	Biyostatistik ve Tıbbi Bilişim	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Prof. Dr. Kadir DESDİCİOĞLU	Anatomi	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Esra ÇÖP	Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları	Ankara Çoc. Sağ Hast. Hem Onk. EAH	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Doç. Dr. Sonay İNCESOY ÖZDEMİR	Çocuk Onkoloji	Yıldırım Beyazıt Üniversitesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Dr. Öğr. Üyesi Atilla ÇİFÇİ	Çocuk Sağ. ve Hast.	Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input checked="" type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Serdar BULUT	Ruh Sağ. ve Hastalıkları	Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Uzm. Dr. Filiz Banu ETHEMOĞLU	Anesteziyoloji ve Reanimasyon	Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesi	E <input type="checkbox"/>	K <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Av. Sabri HAFİF	Hukuk	Özel	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	
Ismail PAYDAR	Öğretmen	Prof. Dr. Muhammed Hamidullah AHL.	E <input checked="" type="checkbox"/>	K <input type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input checked="" type="checkbox"/>	E <input type="checkbox"/>	H <input type="checkbox"/>	

*:Toplantıda Bulunma

Etik Kurul Başkanı

Unvanı/Adı/Soyadı: Prof. Dr. Seyfullah Oktay ARSLAN İmza:

Not: Etik kurul başkanı, imzasının yer almadığı her sayfaya imza atmalıdır.

Ek-7: TIPTA UZMANLIK EĞİTİM KURULU KARAR ONAYI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
Sağlık Bilimleri Üniversitesi Ankara Dr.Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Sağlık
Uygulama ve Araştırma Merkezi

TIPTA UZMANLIK ve EĞİTİM KURULU TOPLANTI KARAR TUTANAĞI

Toplantı Sayısı :73
Toplantı Tarihi :05.07.2019 Cuma
Saat :14:00

KARARLAR

1. Özyeğin Üniversitesi Psikoloji Bölümü üçüncü sınıf öğrencimiz Rana SAFAZ kurumunuzca uygun görülecek tarihlerde Ankara Onkoloji Hastanesi Psikiyatri Bölümü'nde yaz dönemi stajını gönüllü olarak yapmak istemesi hususunun uygun olduğuna;
2. Hacettepe Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü üçüncü sınıf öğrencisi Ümran SATUK 'un 22.07.2019-16.08.2019 tarihleri arasında 20 iş günü sürecek yaz dönemini stajını gönüllü olarak Ankara Onkoloji Hastanesi Psikiyatri Bölümü'nde yapmak istemesi hususunun uygun olduğuna;
3. Hastanemiz GENEL CERRAHİ asistanlarından Dr.Veyssel Cem ÖZCAN'ın Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmenliği'nin 18. Maddesi gereğince yapmakla yükümlü olduğu 1(bir) ay süreli kadın hastalıkları ve doğum rotasyonunu 01.09.2019 tarihinden itibaren Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmak istemesi hususunun uygun olduğuna;
4. Hastanemiz GENEL CERRAHİ asistanlarından Dr.Veyssel Cem ÖZCAN'ın Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Yönetmenliği'nin 18. Maddesi gereğince yapmakla yükümlü olduğu 1(bir) ay süreli yanık ünitesi rotasyonunu 01.10.2019 tarihinden itibaren Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesinde yapmak istemesi hususunun uygun olduğuna;
5. Hastanemiz GENEL CERRAHİ uzman doktorlarından Op. Dr .Özgü Kemal BEKSAÇ'ın Minimal İnvaziv Cerrahi ve Cerrahi Onkoloji konusundaki bilgi ve görüşlerini geliştirmek amacıyla Eylül-Ekim 2019 tarihlerinde Thomas Jefferson Üniversitesi Genel Cerrahi Bölümünde gözlemcilik yapmak istemesi hususunun uygun olduğuna;



6. Hecettepe üniversitesi tıp fakültesi son sınıf öğrencisi Eray TUNCER'in Halk Sağlığı projesi doğrultusunda hastanemiz enfeksiyon kliniğinde 8.07.2019-10.07.2019 tarihleri arasında gözlem amaçlı çalışmak istemesi husunun uygun olduğuna;
7. Hastanemiz İç Hastalıkları-Gastroenteroloji Kliniği hekimlerinden Doç. Dr. Mustafa CENGİZ'in 01.09.2019 tarihinden itibaren 3 ay süre ile Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Gastroenteroloji Bölümünde Doç. Dr. Bülent ÖDEMİŞ kontrolünde ERCP/EUS eğitimi alma istemesi husunun uygun olduğuna;
8. Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalında Dr. Öğr. Üyesi kadrosunda Yenimahalle Eğitim Araştırma Hastanesinde çalışmakta olan Atilla ÇİFTÇİ'nin Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. Sosyal Pediatri Bilim Dalında "Adölesan Eroin Bağımlılarında Çocukluk Çağı Travmaları , Stresle Başa Çıkma Tutumları ve Aile İşlevlerinin Tanımlanması" konulu tezli yüksek lisans yapmakta ve tez aşamasında olup hastanemiz psikiyatri kliniğine bağlı AMATEM 'de yapmak istemesi husununun uygun olduğuna;

Oybirliği ile karar verilmiştir.

Başkan
Prof. Dr. Fevzi ALTUNTAS

Başkan Yardımcısı
Prof. Dr. Halil BAŞAR

Üye
Prof. Dr. İnci ERGÜRHAN İLHAN

Üye
Uzm. Dr. Bektaş KAYA
Rad. Onk. Eğt. Görevlisi

Üye
Prof. Dr. Samet ÖZLÜGEDİK

Sekreteryası
Hem. Cavide TOPRAK

ÖZGEÇMİŞ

ADI VE SOYADI : Atilla ÇİFCİ

DOĞUM YERİ - TARİHİ : Ankara 01.02.1969
MEZUN OLDUĞU OKUL-YIL : Eskişehir Osmangazi Ü.Tıp Fakültesi – 1994
UZMANLIK ALANI : Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları
ÜNVANI: : Dr. Öğr. Üyesi
ÇALIŞTIĞI -KURUM : Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi
ÇALIŞTIĞI BÖLÜM : Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları AD. Sağlam
Çocuk Polikliniği
YABANCI DİL : İngilizce
ÖĞRENİM DURUMU:
İlköğretim : 1976-1980 Ankara Akdere İlköğretim Okulu
Orta Öğretim : 1980-1983 Ankara Akdere Ortaokulu
Lise : 1983- 1986 Ankara Başkent Lisesi

Bölüm/Program	Üniversite	Yıl
Tıp Doktoru	Eskişehir Osmangazi Ü. Tıp Fakültesi	1988-1994
Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları İhtisası	Ankara Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi	1996-2001
Sosyal Pediatri BD Yüksek Lisans	Ankara Üniversitesi Tıp Fak. Sosyal Pediatri BD	2015-2019

Yüksek Lisans Tez Başlığı Tez Danışmanı:

Dr. Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi'nde Beş Yıl İçinde Parapnömonik Efüzyon Tanısı Alan 100 Olgunun Retrospektif olarak Değerlendirilmesi.

Danışman: Çocuk Enfeksiyon Klinik Şefi Uzman Doktor Aysel Yöney

Çalıştığı Yerler:

1995- 1996: Kırıkkale İli Hacılar Beldesi Sağlık Ocağı Pratisyen Hekimliği
1996- 2001: Ankara Doktor Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları İhtisası (Asistan Doktor)
2001-2005: Aksaray Ortaköy İlçe Devlet Hastanesi Çocuk Sağlığı Hastalıkları Uzmanı
2005-2005: Ankara Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Pediatri Polikliniği

2005-2008: Ankara Doktor Sami Ulus Çocuk Hastanesi Başasistanı-Bebek 2 Servisi

2008- 2010: Serbest Çocuk Hekimliği

2010-2012: Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji EAH Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

2012-2013: Ankara Polatlı Devlet Hastanesi, Acil Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

2013- 2014: Ankara Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi-AMATEM

2014-2015: Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji EAH Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı

2016 - : Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Dr.Öğretim Üyesi, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Kliniği Doktoru

İdari Görevler:

2001-2005: Aksaray Ortaköy İlçe Devlet Hastanesi Başhekimliği

2005-2008: Ankara Doktor Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları EAH Başasistan-Başhekim Yardımcısı

2012-2013: Ankara Polatlı Devlet Hastanesi Yönetici-Başhekim

2014-2015: Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji EAH Başhekim Yardımcısı

2015-2016:Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle EAH Başhekim Yardımcısı

Bilimsel Kuruluşlara Üyelikler:

1-) Ankara Tabip Odası

2-) Sosyal Pediatri Derneği

3-) Milli Pediatri Derneği Üyeliği

4-) Türk Pediatri Derneği Üyeliği

5-) Çocuk Enfeksiyon Hastalıkları Derneği

6-) Çocuk Göğüs Hastalıkları Derneği

7-) Metabolik Hastalıklar ve Beslenme Derneği

8-) Kritik Bakım Derneği Yönetim Kurulu Üyesi

9-) Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Klinik Arştırmalar Etik Kurul Üyesi-Raportör

Ödüller:

1-) Yerel Yönetim: Kırıkkale-Hacılar Belediye Başkanlığı (Teşekkürname 1996)

2-) Sağlık Bakanlığı Araştırma Planlama ve Koordinasyon Kurulu Başkanlığı (Plaket 2003)

3-) Aksaray -Ortaköy Kaymakamlığı (Takdirname 2006)

4-) Ankara İl Sağlık Müdürlüğü (Teşekkürname 2013)

5-) Ankara- Polatlı Kaymakamlığı (Başarı Belgesi 2013)

ESERLER

A.Uluslararası Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler:

A1. UÇAR T, ZORLU PELİN, ÇİFCİ ATILLA (2008). A case of symptomatic aberrant right subclavian artery. *Erciyes Tıp Dergisi*. 30(3); 184-188.

A2. ŞENEL SALİHA, ERKEK NİLGÜN, ÖTGÜN İBRAHİM, ÇINAR GÖKÇE, ÇİFCİ ATILLA, YÖNEY AYSEL (2008). Superior herniation of the thymus into the neck - A familial pattern. *Journal of Thoracic Imaging*. 23(2); 131-134. Doi: 10.1097/RTI.0b013e3181598d72.

A3. GÜNDÜZ RAMİZ COŞKUN, HALİL HALİT, GÜRSOY CÜNEYT, ÇİFCİ ATILLA, ÖZGÜN SEHER, KODAMAN TUĞBA, SÖNMEZ MEHTAP (2014). Refusal of medical treatment in the pediatric emergency service: analysis of reasons and aspects. *The Turkish Journal of Pediatrics*. 56(6); 638-642.

A4. GÜNDÜZ RAMİZ COŞKUN, HALİL HALİT, AÇIKALIN CEMİLE DEMİREL, GÜRSOY CÜNEYT, KURT FUNDA, ŞAHİN ŞANLIAY, ÇİFCİ ATILLA, ÖZGÜN SEHER (2016). Evaluation of medico-legal cases in the pediatric emergency department. *Turkish Journal of Pediatric Disease*. 10(4); 237-240.

A5. TAYMAN CÜNEYT, AYDEM R SALİH, YAKUT İBRAHİM, SERKANT UTKU, ÇİFCİ ATILLA, ASLAN ERKAN, KOÇ ORHAN (2016). Tnf blockade efficiently reduced severe intestinal damage in necrotizing enterocolitis. *Journal of Investigative Surgery*. 29(4); 209-217. Doi: 10.3109/08941939.2015.1127449

A6. ÇİFCİ ATILLA, ÇAKIR UFUK, DERME TURAN, ÇAKIR ESRA (2017). Comparison of the beneficial effects of tnf alfa blockers and montelukast on the airways in a murine model of acute asthma. *Ponte International Scientific Researchs Journal*. 73(11); 2-9. Doi: 10.21506/j.ponte.2017.11.31.

A7. ÇİFCİ ATILLA, HIZLI ŞAMİL, YÖNEY AYSEL (2017). Çocuklarda Parapnömonik Efüzyonlar: Beş Yıllık Deneyim. *Journal of Contemporary Medicine*. 7(4); 340-347. Doi: 10.16899/gopctd.360197.

A8. ÇİFCİ ATILLA, TAYMAN CÜNEYT, YAKUT HALİL İBRAHİM, HALİL HALİT, ÇAKIR ESRA, ÇAKIR UFUK, AYDEM R SALİ H (2018). Ginger (*Zingiber officinale*) prevents severe damage to the lungs due to hyperoxia and inflammation. *Turkish Journal of Medical Sciences*. 48(4); 892-900. Doi: 10.3906/sag-1803-223.

A9.UÇAKTÜRK SEYİT AHMET, MENGEN EDA, ELMAOĞULLARI SELİN, YÜCEL ÇİĞDEM, YILMAZ ASLIHAN A, ÇİFCİ ATİLLA (2019). Evaluation of the relationship between short-term glycemic control and netrin-1, a urinary proximal tubular injury markerin children with type 1 diabetes. Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism.32(8); 851-856.

A10.BOYRAZ MEHMET, ÇİFCİ ATİLLA (2019). Myocardial functions in obese children with subclinical hypothyroidism. Ponte International Scientific Researchs Journal.75(2); 138-146. Doi: 10.21506/j.ponte.2019.2.11.

A11.ÇİFCİ ATİLLA, BOYRAZ MEHMET (2019). Penile anthropometry of healthy Turkish Children aged one to twenty-four months. Ankara Medical Journal. 19(1); 164-169. Doi: 10.17098/amj.542300.

B.Uluslararası Bilimsel Toplantılarda Sunulan Ve Bildiri Kitaplarında (Proceedings) Basılan Bildiriler:

B1 UÇAR ŞİT, ZORLU PELİN, ÇİFCİ ATİLLA, POLAT EMİNE, KUNAK BENAL (2007).Kistik fibrozisli infantlarda pseudo-bartter sendromu. 51. Türkiye Milli Pediatri Kongresi.07-11 Kasım Girne-Kuzey-KıbrısTürk Cumhuriyeti. Sözel sunum-42.

B2. ÜNSAL AYŞE, ALTUNTAŞ NİLGÜN, GÜLSÜN MERVE, ALTUNEL SERPİL, ÇİFCİ ATİLLA, ÇALIŞICI ERHAN (2017). Emzirmede hangi pozisyon etkin?61.Türkiye Milli Pediatri Kongresi, 16.Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi.15-19 Kasım Antalya-Türkiye. Hemşirelik Sunum-04.

B3.ÇİFCİ ATİLLA (2018). Obez Çocuklarda D Vitamin Düzeyinin İnsülin Direnci ve Hepatosteatoz ile Korelasyonu. Uluslararası Katılımlı Çocuk Hastalıkları Akademisi Kongresi, Muğla-Türkiye. Sözel Bildiri (Özet bildiri).

B4. UÇAKTÜRK SEYİT AHMET, MENGEN EDA, ELMAOĞULLARI SELİN, YÜCEL ÇİĞDEM, YILMAZ ASLIHAN ARASLI, ÇİFCİ ATİLLA (2019). Tip1 diyabetli çocuklarda tübül hasar belirteci netrin-1 ile kısa süreli glisemik kontrol ilişkisinin değerlendirilmesi.1. Çocuk ve Ergen Diyabet Sempozyumu, Ankara-Türkiye. Sözel sunum: 3

C.Yazılan Ulusal/Uluslararası Kitaplar veya Kitaplardaki Bölümler

C1.Güncel Çocuk Sağlığı Hastalıkları Çalışmaları-I, Bölüm adı: Türkiye’de Çocukluk Çağı Aşı Uygulamaları 2019, ÇİFCİ ATİLLA. Akademisyen Yayınevi, Ankara, Sayfa Sayısı; 213,. ISBN:978-605-258-334-0, Editör: Yakıncı Cengiz. Sayfa:

C2.Çocuk İstismarı ve İhmalı-I; Bölüm adı; Fiziksel İstismar 2019, **ÇİFCİ ATİLLA**, AYSU DUYAN ÇAMURDAN. Punto Ajans, İstanbul, Sayfa Sayısı; 523, ISBN: 978-605-69649-2-3, Editörler; Ulukol Betül, Başkan Sevgi, Uran Pınar. Sayfa:

C3.Bütüncül Tıp Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi, Bölüm adı: Cilt 2 Ara Kısım III-Sosyal Pediatri Bölüm Editörü **ÇİFCİ ATİLLA**. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, Sayfa Sayısı; 3217, ISBN: 878-605-7578-56-3, Editörler; Çifci Aydın, Özkara Adem, Tursun Serkan, Kekilli Murat.

C4.Bütüncül Tıp Birinci Basamakta ve Aile Hekimliğinde Güncel Tanı-Tedavi, Bölüm adı: Bebeklerde ve Çocuklarda Demir Eksikliği Anemisi 2019, **ÇİFCİ ATİLLA**. Nobel Tıp Kitapevleri, Ankara, Sayfa Sayısı; 3217, ISBN: 878-605-7578-56-3, Editörler; Çifci Aydın, Özkara Adem, Tursun Serkan, Kekilli Murat. Sayfa:

C5.Harrison İç Hastalıkları Cep Kitabı, Bölüm adı; Çevreye Bağlı Akciğer Hastalıkları 2019, **ÇİFCİ ATİLLA**. Nobel Tıp Kitapevleri, Sayfa Sayısı; 1202, ISBN:978-605-335-462-8, Editörler; Çifci Aydın, Demirel Bulut, Avcı Sema, Buturak Şadiye Visal. Sayfa:

D.Ulusal Hakemli Dergilerde Yayımlanan Makaleler

D1.İPEK MEHMET ŞAH, UÇAR ŞİT, ZORLU PELİN, **ÇİFCİ ATİLLA**, OKUR İLYAS (2007). 3-hidroksi-3- metilglutaril-coA liyaz eksikliği: Bir olgu. Yeni Tıp Dergisi; 24(3): 180-182.

D2.ZORLU PELİN, UÇAR ŞİT, ÖZ FATMA NUR, **ÇİFCİ ATİLLA**, YARALI NEŞE (2007). Hiperpigmentasyon ile başvuran bir Vitamin B12 eksikliği olgusu. Yeni Tıp Dergisi; 24(4): 234-236.

D3.UÇAR, ŞİT KEPENEKLİ EDA, ZORLU PELİN, DOKSÖZ ÖNDER, **ÇİFCİ ATİLLA** (2007). Spondilokostal dizostoz: Bir olgu. Yeni Tıp Dergisi 24(4): 222-224.

D4.UÇAR ŞİT, ALTINEL ESMA, ZORLU PELİN, ŞAHİN GÜLSEREN, **ÇİFCİ ATİLLA**, KARACAN CAN DEMİR (2008). Cornelia de Lange Sendromu: İki olgu. Yeni Tıp Dergisi.25(2): 118-120.

D5.UÇAR ŞİT, ZORLU PELİN, İPEK MEHMET ŞAH, **ÇİFCİ ATİLLA**, ÖTGÜN İBRAHİM (2009).Servikal bronkojenik kist: Çocuklarda persistan pnömoninin nadir bir nedeni. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics.17 (4): 304-308.

D6.İPEK MEHMET ŞAH, UÇAR ŞİT, DEMİRÇEKEN FULYA, ÖZTÜRK ELİF, **ÇİFCİ ATİLLA**, ZORLU PELİN (2009). Kolestatik karaciğer hastalığının nadir bir sebebi: Jeune Sendromu. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics.18 (1): 45-48.

D7 UÇAR ŞİT, ZORLU PELİN, İPEK MEHMET ŞAH, ÇİFCİ ATILLA, ŞENEL SALİHA, SUSAM HİLAL(2009). Polispleninin eşlik ettiği situs anomalileri: Üç olgu sunumu. Türkiye Klinikleri Journal of Pediatrics.18 (2): 125-130.

D8.KANIK SALİHA, ALTINEL ESMA, ŞAHİN GÜLSEREN, UÇAR ŞİT, ÇİFCİ ATILLA, ZORLU PELİN (2010). İdrar yolu enfeksiyonuna sekonder psödohipoaldostrenizm. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi.4(2): 114-118.

D9.ŞENEL SALİHA, ÇİFCİ ATILLA, ZORLU PELİN, KARACAN CAN DEMİR ACAR, MEHTAP (2012). Dr. Sami Ulus çocuk sağlığı ve hastalıkları eğitim araştırma hastanesi pediatri polikliniklerine kabul edilen hastaların tıbbi tedaviye uyumları. Türkiye Çocuk Hastalıkları Dergisi. 6(1): 19-22.

D10.YAKUT H.İBRAHİM, YALÇIN BURHAN BAŞAK, ÇİFCİ ATILLA, ORHAN MEHMET FATİH (2012). Sağlıkta güvenlik ve fiziksel şiddet: Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi'nden bir çalışma. Turkish J. Pediatr. Dis. 6(3):146-154.

D11 COŞKUN GÜNDÜZ RAMİZ, HALİL HALİT, ÖZGÜVEN YEŞİM DOĞANAY, GÜRSOY CÜNEYT, KARAGÖL CÜNEYT, ÇİFCİ ATILLA, AYAR GANİME, ÖZGÜN SEHER(2016). Profile suicide attempts in adolescent demographic features, reasons and risk factors.Turkish Journal of Pediatric Disease. 10(3): 177-181.

D12.ŞİLFELER İBRAHİM, ÇİFCİ ATILLA, GEL ÖZGE, ÖZDEMİR PINAR (2017). Türkiye'de Aşılamada Güncel Sorunlar. Zeynep Kamil Tıp Bülteni.48(4)190-192

D13.OCAK FATİH, ÇİFCİ ATILLA, CESUR SALİH, KINIKLI SAMİ (2019). Genişlemiş spektumlu beta laktamaz üreten E.coli izolatlarının çeşitli antiyotiklere duyarlılıklarının belirlenmesi. Turkish Journal of Clinics and Laboratory. 10(3): 384-387

D14.BOYRAZ MEHMET, ÇİFCİ ATILLA (2019).İnterrelations between serum n-terminal pro-B type natriuretic peptid(Nt-proBnp) levels and early cardiovascular risk factors and echocardiographic parameters in obese adolescents. Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi Tıp Dergisi.52(1):20-27.

E.Ulusal Bilimsel Toplantılarda Sunulan ve Bildiri Kitaplarında Basılan Bildiriler

E1.DOKSÖZ ÖNDER, ÇİFCİ ATILLA, ZORLU PELİN UÇAR ŞİT, GÜLERMAN HACER FULYA, ŞAHİNER ÜMİT MURAT, METİN ÖZGE KARAKAYA, ÖZ FATMA NUR (2006). Konjenital Klor Diyaresi: Olgu sunumu. 50. Milli Pediatri Kongresi.

E2.ÇİFCİ ATİLLA, UÇAR ŞİT, ZORLU PELİN, ÖZMEN SERAP, YARALI NEŞE, ŞAHİNER ÜMİT MURAT, DOKSÖZ ÖNDER, TEKGÜNDÜZ KADİR ŞERAFETTİN (2006). Penisilin Enjeksiyonu Sonrası Nicolau's Sendromu: Olgu Sunumu. 50. Milli Pediatri Kongresi.

E3.ÇİFCİ ATİLLA, ZORLU PELİN, UÇAR ŞİT, ŞAHİN GÜLSEREN, KANIK SALİHA, OKUR İLYAS (2007). Tirozinemi Tip 1 ve Splenomegali Birlikteliği. 51. Türkiye Milli Pediatri Kongresi.

E4.UÇAR ŞİT, KARBUZ ADEM, ZORLU PELİN, ÇİFCİ ATİLLA, GÜLERMAN HACER FÜLYA (2007). Progressif Familial İntrahepatik Kolestazlı Bir Olgu. 51. Türkiye Milli Pediatri Kongresi.

E5.ŞAHİN GÜLSEREN, UÇAR ŞİT, ZORLU PELİN, ÇİFCİ ATİLLA, BAYHAN GÜLSÜM İCLAL, METİN AYŞE. (2007). Omenn Sendromlu Bir Olgu. 51. Türkiye Milli Pediatri Kongresi.

E6.UÇAR ŞİT, ZORLU PELİN, ÇİFCİ ATİLLA, POLAT EMİNE, KUNAK BENAL (2007). Kistik Fibrozisli İnfantlarda Pseudo-Bartter Sendromu. 51. Türkiye Milli Pediatri Kongresi.

E7.AKELMA AHMET ZÜLFİKAR,ZORLU PELİN, ÇİFCİ ATİLLA, UÇAR ŞİT, ARSLAN MUSTAFA KEMAL, BODUROĞLU ESİN C (2007). Barsak Perforasyonu ile Başvuran Kistik Fibrozis Olgusu. 3. Uludağ Kış Pediatri Kongresi.

E8.METİN ÖZGE KARAKAŞ,UÇAR ŞİT, ÇİFCİ ATİLLA, ÖZ FATMA NUR,DOKSÖZ ÖNDER,ZORLU PELİN,ÖRÜN UTKU ARMAN,KARABOĞA ASLI (2006). Tekrarlayan Hışıltı ile Başvuran Çocukta: Vasküler Sling. 50. Milli Pediatri Kongresi.

E9.UÇAR ŞİT, ZORLU PELİN, ÇİFCİ ATİLLA, İPEK MEHMET ŞAH, ÖKSÜZ ŞEBNEM (2007). İnfantil Malign Osteopetrozsis: Olgu Sunumu. 3. Uludağ Kış Pediatri Kongresi.

E10.ÇİFCİ ATİLLA, ZORLU PELİN, UÇARŞİT, KANIK SALİHA, ÖKSÜZ ŞEBNEM, METİN ÖZGE KARAKAŞ (2007). Erken Yaşta İntrakardiyak Rabdomyom Tespit Edilen Tüberoskleroz Olgusu. 51. Türkiye Milli Pediatri Kongresi.

E11.UÇAR ŞİT, ZORLU PELİN, METİN ÖZGE KARAKAŞ, ÇİFCİ ATİLLA, SÖZEN TEVFİK, AKYOL MEHMET UMUT (2007). Persistan Stridor ile Başvuran Servikal Hamartom Olgusu. 3. Uludağ Kış Pediatri Kongresi.

E12.ÇELİKEL ELİF, ÇİFCİ ATİLLA, YILDIZ EMİNE BETÜL, YAKUT HALİL İBRAHİM (2012). Kronik Öksürüğün Nadir Bir Nedeni: Scimitar Sendromu. 56. Türkiye Milli Pediatri Kongresi.

E13.ÜNSAL AYŞE ALTUNTAŞ NİLGÜN, EROĞLU MALKAN GİZEM, TAVUKÇU ENES, ÇİFCİ ATİLLA, ÇALIŞICI ERHAN (2017). Post Partum Depresyon ve Emzirmeye Etkisi. 61. Türkiye Milli Pediatri Kongresi, 16.Milli Çocuk Hemşireliği Kongresi.

E14.ÇİFCİ ATİLLA(2017).Ulusal Neonatoloji Kongresi (UNEKO-25), Zencefil (zingiber officinale) hiperoksi ve enflamasyon nedeniyle oluşan ciddi akciğer hasarını engellemektedir. Regnum Carya Resort, Antalya-Türkiye. Poster-12.

E15. SAVAŞ IŞIL KÜBRA, KASAPBAŞI ZEYNEP, EZGÜ ZEYNEP DİNÇER, NERGİS MERYEM ERAT, ÇİFCİATİLLA (2018). Enflamatuvar Tortikollisle Prezente Olan Paravertebral Abse. 06-09 Mayıs 54.*Türk Pediatri Kongresi. Girne-KKTC.*

E16.ÇİFCİ ATİLLA (2018). Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Yenimahalle Eğitim ve Araştırma Hastanesi İditme Tarama Deneyimi. Yenidoğan Kış Sempozyumu. Ankara-Türkiye.

F.Proje-Kongre Düzenleme

F1.ATUDER Emergency Medicine Physicians association of Turkey,1 st International Critical Care and Emergency Medicine Congress-Secretary Congress, 06.11.2013-08.11.2013.Greenpark Pendik Hotel, İstanbul-Turkey.

F2.Uluslararası Study of adverse childhood experiences in Turkey among Turkish and Syrian University Students(WHO Project, 2018).

G.Yönetilen Tezler

G1.TC Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Ankara Bilkent Şehir Hastanesi Aile Hekimliği Kliniği; “Aile sağlık merkezine kayıtlı çocukların ebeveynlerinin sağlık bakanlığı tarafından zorunlu tutulan sağlam çocuk takibindeki sorumluluklarına karşı yaklaşımları ve sağlık okuryazarlıkları”(2019). Dr.Erdoğan Ulusoy.

H.Dergi Editörlüğü.

H1. Ortadoğu Tıp Dergisi; Alan Editörü

H2.Journal of Health Sciences and Medicine; Alan Editörü

H3:Anadolu Güncel Tıp Dergisi; Editörler Kurulu Üyeliği

Kurs-Sertifika

1.Neonatal Resusitasyon Programı Uygulayıcı Sertifikası, Yenidoğan Ölümünün Azaltılması Programı Kapsamında Sağlık Bakanlığı ve İzmir Tabip Odası İşbirliğinde Gerçekleşen Neonatal Resusitasyon Kursu, Ankara Dr.Sami Ulus Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Sertifika, 17.10.2005 - 19.10.2005 (Ulusal)

- 2.Çocuklarda İleri Yaşam Desteği, Çocuk Acil Tıp Ve Yoğun Bakım Derneğinin Çocuklarda Hayat Kurtarıcı Müdahaleleri Teorik ve Pratik Gösterdiği İleri Yaşam Desteği Kursu, Ankara Dr.Sami Ulus çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kurs, 02.03.2006 -03.03.2006 (Ulusal)
- 3.Issop (Sağlam Çocuk İzlemi), Sosyal Pediatri Derneği Tarafından Düzenlenen Sağlıklı/ Sağlam Çocuk İzlemi İle İlgili Kurs, HiltonSa Otel, İstanbul, 14.05.2015 - 16.05.2015 (Ulusal)
- 4.Bilimsel Makale Yazma ve Değerlendirme, Ankara Yıldırım Beyazıt Üniversitesi Multidisipliner Araştırma Topluğu'nun Düzenlediği Bilimsel Makale Yazma Deneyimleri Teorik ve Pratik Kursu, Ankara Yıldırım Beyazıt Ü.Tıp Fakültesi Bilkent Yerleşkesi, Seminer, 02.04.2016 -02.04.2016 (Ulusal)
- 5.Aydınlatılmış Onam Eğitimi, Ankara Kalkınma Ajansı Tarafından Desteklenen Aydınlatılmış Onam Eğitimi, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Sertifika, 20.06.2016 - 20.06.2016 (Ulusal)
- 5.Deney Hayvanları Kullanım Programı, Ankara Dışkapı Yıldırım Beyazıt EAH. Hayvan Deneyleri Yerel Etik Kurulu Tarafından Düzenlenmiş Kurs, Ankara Dışkapı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Kurs, 23.05.2016 -03.06.2017 (Ulusal)
- 6.Temel İyi Klinik Uygulamalar, Sağlık Bakanlığı Tarafından Onaylanan Klinik Araştırmalar Derneğinin Uyguladığı Kurstur, Ankara- Web Ortamında Uzaktan Erişim, Kurs, 08.05.2017 -09.06.2017 (Ulusal)
- 7.Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Anne Dostu Hastane Eğitimi, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Kadın ve Üreme Sağlığı Daire Başkanlığı Anne Dostu Hastane Eğitim Pogramı, Ankara Yıldırım Beyazıt Ü.Yenimahalle EAH, Sertifika,25.09.2017 - 29.09.2017 (Ulusal)
- 8.Ankara İl Sağlık MAnkara İl Sağlık Müdürlüğü Hastane Afet ve Acil Durum Planları Uygulayıcı Eğitimi, Ankara İl Sağlık Hastane Afet ve Acil Durum Planları Uygulayıcı Eğitimi Programı, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü, Seminer, 02.10.2017 - 04.10.2017 (Ulusal)
- 9.Türkiye Tabipler Birliği Bilirkişilik Temel Eğitimi, Türkiye Tabipler Birliği Tarafından Düzenlenen Bilirkişilik Temel Eğitimi Kursu, Ankara Tabip Odası, Kurs, 16.11.2017 -19.11.2017 (Ulusal)
- 10.Medikal İstatistik Teknikleri, Doç. Dr. Oktay Özdemir-Medikal İstatistik Teknikleri, Mövenpick Hotel, Ankara, Sertifika, 20.10.2018 -21.10.2018 (Ulusal)
- 11.Kurs Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı, Sağlık Bakanlığı-Unicef İşbirliğinde Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Sağlık Kuruluşları Programı, Ankara Yıldırım Beyazıt Ü.Yenimahalle EAH, Kurs, 06.03.2019 -08.03.2019 (Ulusal)