

**T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

**Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı**

**ERKEK AMATEM HASTALARINDA OPIOİD VE
ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞUNUN ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARIYLA İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Nevroz ALADAK

**Danışman
Dr.Öğr. Üyesi Deniz YILDIZ**

İstanbul – 2021

TEZ TANITIM FORMU

Yazar Adı Soyadı : Nevroz ALADAK

Tezin Dili : Türkçe

Tezin Adı : Erkek Amatem Hastalarında Opioid ve Alkol Kullanım Bozukluğunun Çocukluk Çağı Travmalarıyla İlişkisi

Enstitü : İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü

Anabilim Dalı : Psikoloji

Tezin Türü : Yüksek Lisans

Tezin Tarihi : 29.07.2021

Sayfa Sayısı : 156

Tez : Dr. Öğr. Üyesi Deniz YILDIZ

Danışmanları

Dizin Terimleri : Alkol, Opioid, Çocukluk Çağı Travmaları, Bağımlılık

Türkçe Özet : Bu araştırmada amaç; çocukluk çağında yaşanmış olan travmatik olayların, opioid ve alkol kullanımı ile ilişkisinin incelenmesini sağlamaktır. Bahsi geçen amaca ulaşabilmek için survey adı verilen araştırma modeli kullanılmıştır. Araştırmanın sonucunda elde edilen verilere göre çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal gibi olayların bağımlılık profilinde etki sahibi olduğu görülmüştür.

Dağıtım Listesi : 1. İstanbul Gelişim Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsüne
2. YÖK Ulusal Tez Merkezine

İmzası
Nevroz ALADAK

**T.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ**

Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Bilim Dalı

**ERKEK AMATEM HASTALARINDA OPIOİD VE
ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞUNUN ÇOCUKLUK
ÇAĞI TRAVMALARIYLA İLİŞKİSİ**

Yüksek Lisans Tezi

Nevroz ALADAK

Danışman
Dr.Öğr. Üyesi Deniz YILDIZ

İstanbul – 2021

BEYAN

Bu tezin hazırlanmasında bilimsel ahlak kurallarına uyulduğu, başkalarının eserlerinden yararlanılması durumunda bilimsel normlara uygun olarak atıfta bulunulduğu, kullanılan verilerde herhangi tahrifat yapılmadığını, tezin herhangi bir kısmının bu üniversite veya başka bir üniversitedeki başka bir tez olarak sunulmadığını beyan ederim.

Nevroz ALADAK

.../.../2021



İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ MÜDÜRLÜĞÜNE

Nevroz ALADAK'ın “Erkek Amatem Hastalarında Opioid ve Alkol Kullanım Bozukluğunun Çocukluk Çağı Travmalarıyla İlişkisi” adlı tez çalışması, jürimiz tarafından psikoloji anabilim dalı, klinik psikoloji bilim dalında YÜKSEK LİSANS tezi olarak kabul edilmiştir.

İmza

Başkan

Dr. Öğr. Üyesi Deniz YILDIZ
(Danışman)

Üye

İmza

Dr. Öğr. Üyesi Erkal ERZİNCAN

İmza

Üye

Dr. Öğr. Üyesi Zeynep SET

ONAY

Yukarıdaki imzaların, adı geçen öğretim üyelerine ait olduğunu onaylarım.

.../.../2021

İmzası

Prof.Dr. İzzet GÜMÜŞ

Enstitü Müdürü

ÖZET

Opioid ve alkol maddelerinin ilk olarak kullanımına tıp alanında, çeşitli hastalıkların tedavilerde rastlanmaktadır. Opioid ve alkolün Dünyada ve Türkiye’de kötüye kullanımı ise zamanla artış göstermiştir. Bahsi geçen bu maddelerin kötüye kullanımını tetiklemekte olan birçok faktör bulunmaktadır. Çocukluk çağında yaşanmış olan istismar ve ihmal durumları da bu faktörler arasındaki yerini almaktadır. İhmal ve istismar durumlarının çocukluk döneminde oluşturmuş olduğu etkiye çocukluk çağı travmaları adı verilmektedir. Çocukluk çağında yaşanmış olan travmalar; duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, ekonomik istismar ve ihmal olmak üzere beş ayrı türde incelenmektedir. Bu araştırmada amaç; çocukluk çağında yaşanmış olan travmatik olayların, opioid ve alkol kullanımı ile ilişkisinin incelenmesini sağlamaktır.

Bahsi geçen amaca ulaşabilmek için survey adı verilen araştırma modeli kullanılmıştır. Alkol bağımlısı olan 30 kişi ve opioid bağımlısı olan 30 kişi üzerinde toplam 60 erkek katılımcı üzerinde araştırma gerçekleştirilmiştir. Araştırma örneklemindeki bireylerin 18’i 20-30 yaş arası, 15’i 31-40 yaş arası, 9’u 41-50 yaş arası, 14’ü 51-60 yaş arası, 4’ü 60+ yaşındadır. Bu bağlamda araştırmaya katılan kişilerin çoğunluğu 20-30 yaş arası bireylerdir. Araştırmanın sonucunda elde edilen verilere göre çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal gibi olayların bağımlılık profilinde etki sahibi olduğu görülmüştür.

Çalışmanın sonucunda, bağımlı hastalarda opioid ve alkol kullanımı ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup, bu sonucun gelecek çalışmalara ışık tutması ve geliştirilmesi beklenmektedir. Çalışmanın örnekleminin çoğaltılması ile daha güvenilir sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Alkol, Opioid, Çocukluk Çağı Travmaları, Bağımlılık

SUMMARY

The first use of opioid and alcohol substances is encountered in the field of medicine and in the treatment of various diseases. Opioids and alcohol abuse have increased in time in the world and also in Turkey. There are many factors that trigger the abuse of these substances. Abuse and neglect experienced in childhood are also among these factors. The effects of neglect and abuse during childhood are called childhood traumas. Traumas experienced in childhood are examined in five different types: emotional abuse, physical abuse, sexual abuse, economic abuse and neglect. In this study, it was aimed to determine the effects of childhood traumas on opioid and alcohol abuse.

In order to achieve the aforementioned goal, a research model called questionnaire was used. The study was conducted with a total of 60 male participants, 30 of them alcohol addicts and 30 of them opioid addicts. 18 of the individuals in the research sample are between 20-30 years old, 15 of them are between 31-40 years old, 9 of them are between 41-50 years old, 14 of them are between 51-60 years old, and 4 of them are between 60+ years old. In this context, the majority of participants in the study are individuals between the ages of 20-30. According to the data obtained from the study, it was observed that sexual abuse, emotional abuse, physical abuse, emotional neglect, physical neglect experienced during childhood had an effect on the addiction profile.

According to the research conducted at the end of the study, a significant relationship was found between the use of opioids and alcohol in addicted patients and childhood traumas, and it is expected to shed light on future studies and to be developed. By increasing the sample of the study, more reliable results can be obtained.

Keywords: Alcohol, Opioid, Childhood Traumas, Addiction

İÇİNDEKİLER

ÖZET	i
SUMMARY	ii
İÇİNDEKİLER.....	iii
KISALTMALAR.....	vi
TABLOLAR LİSTESİ.....	vii
ŞEKİLLER LİSTESİ.....	ix
ÖNSÖZ	x
GİRİŞ.....	1

BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

1.1. Araştırmanın Problemi	3
1.2. Araştırmanın Ana Hipotezi	3
1.3. Araştırmanın Amacı	3
1.4. Araştırmanın Önemi.....	3
1.5. Varsayımlar	4
1.6. Sınırlılıklar	4

İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Çocukluk Çağı Travmaları.....	6
2.1.1.Çocukluk Çağı Travma Türleri	8
2.1.1.1. Fiziksel İstismar.....	8
2.1.1.2. Cinsel İstismar	11
2.1.1.3.Duygusal İstismar	13
2.1.1.4.Ekonomik İstismar.....	15
2.1.1.5.İhmal	16

2.1.2. Çocukluk Çağı Travması Görülme Sıklığı	18
2.1.3. Çocukluk Çağı Travmalarında Risk Faktörleri	19
2.1.4.Çocukluk Çağı Travması Uzun Dönemli Etkileri	20
2.2. Madde Bağımlılığı	24
2.2.1. Opiyatlar	25
2.2.1.1. Opiyatların Tarihçesi	26
2.2.1.2. Opiyatların Etkileri	28
2.2.1.3. Afyon Alkaloidleri.....	30
2.2.1.3.1. Morfin	31
2.2.1.3.2. Eroin.....	32
2.2.2.Opiyat Bağımlılığı.....	34
2.2.2.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu.....	34
2.2.2.2. Opiyatın Genel Kullanımının Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi	35
2.2.2.3. DSM 5'e Göre Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri.....	37
2.3. Alkol Bağımlılığı	39
2.3.1. Alkol Kullanım Bozukluğu	40
2.3.2. Alkol Kullanımının Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi.....	43
2.3.3. DSM 5'e Göre Alkol Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri	46
2.4.Alkol ve Madde Bağımlılığı Risk Faktörleri	48
2.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Opioid ve Alkol Bağımlılığı Üzerine Etkisi.....	52
2.5.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Opioid Bağımlılığı Üzerindeki Etkisi.....	55
2.5.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Alkol Bağımlılığı Üzerindeki Etkisi.....	55

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİKLER

3.1. Araştırmanın Modeli	59
--------------------------------	----

3.2. Araştırmanın Evreni.....	59
3.3. Veri Toplama Araçları	59
3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu	60
3.3.2. Bağımlılık Profil İndeksi (Klinik Formu)	60
3.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu	60
3.4. Verileri Analizi.....	61
3.5. Güvenilirlik Analizi	61
3.6. Normallik Analizi.....	63

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

4.1. Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Bulgular.....	65
4.2. Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formuna İlişkin Bulgular	69
4.3. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formuna İlişkin Bulgular	82

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

5.1. Araştırmanın Demografik Bilgilerine İlişkin Sonuçlar ve Tartışmalar.....	105
5.2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeğine İlişkin Sonuç ve Tartışma.....	105
5.3. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formuna İlişkin Sonuç ve Tartışma.....	107

KAYNAKÇA	113
-----------------------	------------

EKLER.....	131
-------------------	------------

KISALTMALAR

AB	: Avrupa Birliği
APA	: American Psychiatric Association
ASUMA	: Acıbadem Üniversitesi Suç ve Şiddetle Mücadele Uygulama ve Araştırma Merkezi
BM	: Birleşmiş Milletler
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSÖ	: Dünya Sağlık Örgütü
ICD	: International Classification of Disease
İMDAT	: Şiddeti Önleme ve Rehabilitasyon Derneği
NCANDS	: Amerikan Ulusal Veri Sistemi
SHÇEK	: Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu
TÜİK	: Türkiye İstatistik Kurumu
UNICEF	: Birleşmiş Milletler Çocuklara Acil Yardım Fonu
WHO	: World Health Organization

TABLolar LİSTESİ

Tablo 3.1. Güvenilirlik Testi	62
Tablo 4.1. Katılımcıların Cinsiyetleri Açısından Dağılımları.....	65
Tablo 4.2. Katılımcıların Doğum Tarihleri Açısından Dağılımları.....	65
Tablo 4.3. Katılımcıların Medeni Durumları Açısından Dağılımları.....	67
Tablo 4.4. Katılımcıların Çocuk Durumu Açısından Dağılımları.....	67
Tablo 4.5. Katılımcıların Eğitim Düzeyleri Açısından Dağılımları	68
Tablo 4.6. Katılımcıların Psikolojik veya Psikiyatrik Yardım Almış Olma Durumu Açısından Dağılımları	68
Tablo 4.7. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formuna Verdikleri Cevaplar Açısından Dağılımları	69
Tablo 4.8. Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu ile Yaş Değişkenine İlişkin Sonuçlar ...	71
Tablo 4.9. Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu ile Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Sonuçlar	74
Tablo 4.10. Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu ile Medeni Durum Değişkenine İlişkin Sonuçlar	77
Tablo 4.11. Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu ile Çocuk Durumu Değişkenine İlişkin Sonuçlar	79
Tablo 4.12. Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu ile Daha Önce Aldıkları Psikolojik ve Psikiyatrik Tedavi Durumlarına İlişkin Sonuçlar.....	81
Tablo 4.13. Katılımcıların Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formuna Verdikleri Cevaplar Açısından Dağılımları	82
Tablo 4.14. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu ile Yaş Değişkenine İlişkin Sonuçlar..	83
Tablo 4.15. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu ile Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Sonuçlar	88
Tablo 4.16. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu ile Medeni Durum Değişkenine İlişkin Sonuçlar	93

Tablo 4.17. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu ile Çocuk Durumu Değişkenine İlişkin Sonuçlar	98
Tablo 4.18. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu ile Psikolojik Tedavi Durumu Değişkenine İlişkin Sonuçlar	99
Tablo 4.19. Çocukluk Çağı Travma ile Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Ölçeği Arasındaki İlişki	101



ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 2.1. Çocukların cinsel istismarının yıllara göre dağılımı.....	13
Şekil 2.2. Çocukluk Çağı Travması Beyin Görüntüsü	21
Şekil 2.3. Çocukluk Çağı Travmaları Piramidi	23
Şekil 2.4. Geliş sebebine göre güvenlik birimine gelen veya getirilen çocukların maruz kaldığı olay sayısı, 2019	24
Şekil 2.5. Edimsel Koşullanma Kavramına Göre Alkol Bağımlılığı	40
Şekil 2.6. Bağımlılık Döngüsü	42

ÖNSÖZ

Opioid ve alkol bağımlılığının çocukluk çağı travmalarıyla ilişkisini araştırdığım çalışmamın bu alandaki çalışmalara katkı sağlayacağına inanıyorum.

Yüksek lisans eğitimim boyunca ders almış olduğum kıymetli hocalarıma teşekkür ederim.

Araştırma sürecim boyunca yol göstericiliği, sabrı ve tüm özverisiyle destek sunan danışman hocam Dr. Öğretim Üyesi Deniz YILDIZ hocama teşekkürlerimi sunarım.

Hayatımın tüm süreçlerinde her anlamda üzerimden desteğini esirgemeyip yoluma ışık tutan annem, babam ve abilerime sonsuz teşekkür ederim. Bana karşı göstermiş oldukları her türlü anlayış, fedakârlık için değerli aileme minnettarım.

Nevroz ALADAK

GİRİŞ

Kişilerin ruhsal, bedensel gelişimleri bakımından çocukluk dönemi oldukça kritik bir çağdır. Bahsi geçen bu çağda kişinin dış dünyayla etkileşim içerisinde bulunduğu uyaranlar ileriki dönemlerde hatırı sayılır etkiler meydana getirebilmektedir. Çocukluk çağının toplumsal olarak önemi veciz sözlerle aktarılırken, bilimsel çalışma ve araştırmalarda bu konuya geniş bir alan verilerek çocukluk çağının önemi, bu dönemi etkileyen unsurların varlığıyla birlikte ortaya çıkarılmaya çalışılmıştır.

Bilimsel çalışmalarda, bazen boylamsal bazen deneysel bazen ise kesitsel araştırmalarla ebeveynlerin sergiledikleri davranışlar ve tutumlar, genetik unsurlar, sosyal çevre gibi birbirinden ayrı inceleme perspektiflerinde sonuçlar elde edilmiştir. Kişilerin erişkinlik ve yaşlılık çağlarındaki etkilerinin meydana getirilmesi içinse oldukça fazla araştırma yapılmış olup halen daha çalışmalar devam etmektedir. Bu çalışmaların önemi, çocukluk çağında yaşanmış olan travmatik olayların kişilerin gelişimine negatif yönde etki ederek psikolojik ve fizyolojik sorunların meydana gelmesiyle ilişkili olmasıdır.

Dünyada ve Türkiye’de uyuşturucu ve alkol kullanım sıklığı giderek artış göstermektedir. Bu durum sadece tıbbi bir problem değildir. Aynı zamanda hukuki, maddi ve sosyal alanda da problem oluşturan bir halk sağlığı sorunudur. Yalnızca ruh sağlığı ile ilgili alanda çalışma yürütenlerin değil bütün çalışma alanlarının konusu haline gelmiştir. Sağlık alanının her kademesinde yüz yüze kalınan alkol ve uyuşturucu madde kullanımı ve neden olduğu komplikasyonlar ilgilenilmesi gereken önemli problemler halini almıştır (Doğan, 2001).

Madde bağımlılığı psikolojik, biyolojik ve sosyolojik yönleri de olan tıbbi bir rahatsızlıktır. Bağımlılıktan bahsedildiği zaman fizyolojik, davranışsal ve psikolojik bağımlılık durumu akla uygun düşmektedir. Bu durumun temelini kişinin beyninin etkilenecek daha güçlü hissetmesi, daha iyi hissetmesi ya da daha çok haz alması oluşturmaktadır (Turhan ve ark., 2011). Bağımlılık yapan maddelerin kötü amaçlarla kullanılması durumu insanlık tarihiyle yaşıttır. Örnek olarak opium maddesinin tıbbi kullanımı en az 3500 yıl öncesine dayanmaktadır (Gönüllü ve ark., 2002).

İlkçağlardan bu yana ilaç niteliği taşımakta olan opioid ve alkol türevi maddelerin kötüye kullanımı gün geçtikçe artış göstermektedir. Dünyada ve Türkiye’de bu maddelerin kötüye kullanımını engellemek hususunda çeşitli çabalar gösterilse de bahsi geçen bu artışın önüne geçilememektir.

Alkol ve opioid kullanımını tetikleyen birçok faktör bulunmaktadır. Bu faktörlerden biri de çocukluk döneminde yaşanan ihmal ve istismarın ortaya çıkardığı travmatik durumlardır. Bu bağlamda yürütölmekte olan bu çalışmada kritik bir öneme sahip olan çocukluk döneminde yaşanan travmaların alkol ve opioid kullanımı üzerindeki etkilerine bağımlılık üzerinden değinilecektir.



BİRİNCİ BÖLÜM

ARAŞTIRMANIN ÖZELLİKLERİ

1.1. Araştırmanın Problemi

Bu araştırmanın problemini opioid ve alkol kullanımının çocukluk çağı travmasıyla ilişkisinin olup olmadığı sorunsalı oluşturmaktadır. Bu sorunsal bağlamında öncelikle çocukluk çağı travmaları ve etkileri üzerinde durulacak olup daha sonra opioid ve alkol kullanımı hususuna değinilecektir. Son olarak ise yapılan araştırmanın neticesiyle opioid ve alkol kullanımının çocukluk çağı travmalarına olan etkisi tartışılacaktır.

1.2. Araştırmanın Ana Hipotezi

H1: Opioid ve Alkol kullanımı ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki vardır.

1.3. Araştırmanın Amacı

Bu çalışmayla opioid ve alkol kullanımının çocukluk çağı travmasıyla olan ilişkisini ortaya çıkarmak amaçlanmaktadır. Bu amaca istinaden çocukluk çağında yaşanmış olan istismar ve ihmaller açıklanacak olup daha sonrasında bahsi geçen olayların opioid ve alkol kullanımının üzerinde oluşturduğu etki meydana çıkarılacaktır. Çocukluk çağında yaşanmış olan travmalar, madde ve alkol bağımlılığı için çok önemli bir risk faktörüdür. Bahsi geçen bu travmalara maruz kalmış olmak ileriki dönemlerde bağımlılığın bir nedeni olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu çalışmayla çocuklar üzerindeki ihmal ve istismara dikkat çekmek amaçlanmıştır.

1.4. Araştırmanın Önemi

Yürütülen bu çalışmanın literatür taraması bölümünde birincil kaynaklar kullanmış olup elde edilen bulgular ikincil kaynak kullanımıyla pekiştirilmiştir. Çalışmamız çocukluk döneminde meydana gelen ihmal ve istismara dikkat çekmesi bakımından önem arz etmekle birlikte bağımlılık yapıcı madde kullanımına da dikkat çekmesi bakımından oldukça önemlidir.

Bu çalışmayla ilgili literatüre yeni araştırma verileri kazandırılacak olup; yapılan bu araştırmanın daha sonra yürütülecek çalışmalara kaynaklık edebilecek olması açısından büyük bir ehemmiyete sahip olduğunu söylemekte yarar vardır.

1.5. Varsayımlar

Bu çalışmada çocukluk çağında yaşanmış olan ihmal ve istismarın alkol ve opioid kullanımını tetiklediği varsayımından yola çıkılarak gerekli literatür çalışması yapılmış olup bu çerçevede çocukluk çağı travmaları, madde bağımlılığı ve alkol bağımlılığı konuları irdelenmiştir.

Alan araştırması yapılırken 20 yaş ve üzeri kişilerin yetişkinliğe eriştiği varsayımından yola çıkılarak ilgili çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu bağlamda katılımcılara yöneltilen sorularla çocukluk çağında travma yaşanması ile alkol ve opioid kullanımının tetiklenme durumu ortaya çıkarılmıştır.

Araştırmanın örnekleminin evreni yeterli düzeyde temsil ettiği; katılımcıların ölçme araçlarını objektif bir şekilde cevapladığı; kullanılmış olan Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu ölçeklerinin ilgili durumları geçerli ve güvenilir olarak ölçtüğü varsayılmıştır.

1.6. Sınırlılıklar

Bireyler hayatının her evresinde travmalarla karşılaşabilmektedir. Çocukluk çağı travmaları geleceği şekillendirme işlevi düşünüldüğünde oldukça önemli bir süreci ifade etmektedir. Bu nedenle yürütülen bu çalışmada travma türlerinden yalnızca çocukluk çağı travmaları esas alınmıştır.

Öte yandan bağımlılık oluşturan birçok maddenin varlığından bahsetmek mümkündür. Bu maddeler doğal yollarla üretilebildiği gibi sentetik olarak da üretilebilmektedirler. Ancak bu çalışma kapsamında yalnızca alkol ve opioid kullanımını üzerinden bir araştırma gerçekleştirilmiştir.

Ayrıca araştırmanın gözlemi Mersin ili ve 60 kişi ile sınırlıdır. Araştırmada elde edilmiş olan veriler örneklemin cevaplandırmış olduğu Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu ve Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu ile sınırlandırılmıştır. Bunların

yanı sıra araştırma kullanılmakta olan ölçeklerin geçerliliği ve güvenilirliği ile sınırlandırılmış bulunmaktadı.



İKİNCİ BÖLÜM

KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Çocukluk Çağı Travmaları

“Travma” kelimesi, yaralanma anlamını taşımaktadır. Tıpta doku veya kemikte meydana gelmekte olan hasarların tanımlanması amacıyla kullanılmaktadır. Fakat hissetme, hafıza, düşünme, algılama veya hayal etme vb. süreçler uzun vadede kısıtlanmışsa veya belirli bazı dönemlerde kısıtlanmışsa, aynı zamanda normal işlevini yerine getiremiyorsa ruhsal olarak bir yaralanmadan bahsetmek mümkündür (Ruppert, 2014). Travmalar; en belirgin olarak karşılaşılan stres kaynaklarından bir tanesidir. Nükleer kazalar veya savaşlar gibi insandan kaynaklanmakta olan felaketler; su baskınları ve depremler gibi kaynağı doğal olan felaketler; cinayet, tecavüz gibi fiziki saldırıları veya uçak ya da araba kazası gibi olayları içerisinde barındırabilmektedir (Atkinson, 1996).

Dönem olarak çocukluk zamanında gerçekleşmekte olan, acı veren, dayanılamayacak durumdaki kötü yaşantı ve deneyimleri ise “çocukluk çağı travmaları” olarak anılmaktadır. Bahsi geçen kötü yaşantı ve deneyimler literatürde istismar, travma, şiddet, kötü muamele, kötüye kullanım gibi ifadelerde karşılığını bulabilmektedir. Ancak yaygın olarak bahsi geçen çocukluk çağı travmaları, çocuk ihmal ve istismarı konusu altında incelenmeye tabi tutulmaktadır (Öztürk, 2011).

Erişkinlik döneminde yaşanmakta olan travmalar bireyin kişiliğinin daha önce şekillenmiş yönlerine zarar verir iken; çocukluk döneminde yaşanmış olan tekrarlayıcı travmatik yaşantılar bireyin kişiliğini çarpık bir şekilde biçimlendirmektedir. Bu tip bir şekillenme anormal düzeyde düzeydeki bilinç durumlarının gelişmesini, somatik ve psikolojik birçok semptomun gelişmesini hazırlanmaktadır (Herman, 2015). Herman (2015); çocukluk çağı döneminde meydana gelen travmaların ortaya çıkardığı etkileri şu ifadelerle aktarmıştır: *“İstismarcı bir çevrede kapana kısılan çocuk, çetin adaptasyon görevleriyle yüz yüze kalır. Güvenilmez insanlarda bir güven duygusunu, güvenli olmayan bir durumda güvenliği, korkutucu bir öngörülemezlik durumunda kontrolü, bir çaresizlik durumunda gücü korumanın bir yolunu bulmak zorundadır. Kendini korumak ve bakmaktan aciz olduğu için, yetişkin bakım ve korumasının*

eksikliğini, elinin altındaki tek araçla, gelişmemiş bir psikolojik savunma sistemiyle telafi etmek zorundadır”.

Çocuklara karşı yapılan kötü davranışlar, insanlık tarihinin var olduğu sürece kendini göstermiştir. Her bir dönem şekil ve şiddet düzeyi değişerek varlığını sürdürmüştür. Çocukların duygusal, fiziksel, cinsel bakımdan ihmal ve istismar edilmesi durumu neredeyse bütün toplumlarda karşılaşılmakta olan en temel etik problemlerin başını çekmektedir. Bahsi geçen bu problemlerin uygun bir şekilde ele alınmaması durumu çocuk için ömür boyu sürececek olan duygusal ve fiziksel hasarlara yol açabilmektedir.

Çocuk ihmal ve istismarının genel kapsamı ve tanımı incelenmeye tabi tutulduğunda, birbirinden farklı kaynaklarda birbirinden farklı açıklamalar bulmak mümkün olmaktadır. Bu konu kavramsal bazda ele alındığı zaman; herhangi bir çocuğun ailesi veya ona bakmakla sorumlu olan yetişkin ya da yetişkinler tarafından duygusal ve fiziksel gelişimini kısıtlayan veya engelleyen ihmal ve eylemlere maruz bırakılması “çocuk ihmal ve istismarı” şeklinde değerlendirilmektedir (Özgentürk, 2014).

1985 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün yapmış olduğu tanıma bakıldığında; çocuğun psiko-sosyal ve fiziksel gelişimini, sağlığını negatif yönde etkilemekte olan, herhangi bir ülkenin, toplumun veya bir yetişkinin isteyerek ya da istemeyerek yapmış olduğu bütün davranışlara “çocuk istismarı ve ihmal” adı verilmektedir. Fakat Dünya Sağlık Örgütü, toplumdaki ve buna bağlı olarak dünyadaki değişimleri göz önünde bulundurarak 2002’ de yeni bir tanımlama yapmıştır. Bu tanıma göre çocuğun sağlığında, gelişmesinde ve büyümesinde negatif etkisi olan her çeşit duygusal, fiziksel, cinsel ihmal ve ihmale sebep oluşturacak ticari amaç güden reklam amaçlı veya diğer tüm etkileme biçimleri de dahil edilmek üzere her çeşit davranış ve tutuma maruz bırakılması çocuk istismarı ve ihmal kategorisinde değerlendirilmektedir (Bayraktar, 2015).

2014 yılında Dünya Sağlık Örgütü’nün yayınlamış olduğu ve çocuğa yönelik kötü davranışlarla ilgili başlıkta yapılmış olan tanıma göre ise, 18 yaşını daha doldurmamış olan küçük bir çocuğa bakmakla sorumlu veya çocuğun güven hissettiği ya da güç ilişkisinde bulunduğu herhangi bir kişi tarafından, çocuğun hayatını,

sağlığını, gelişimini, hayatını ve itibarını tehlikeye atacak olan her çeşit duygusal ve fiziksel kötü davranış, cinsel düzeyde istismar, ihmal ve ticari amaçlı veya diğer yöntemlerle içerisinde sömürü barındıran faaliyetler bu kapsamda değerlendirilmektedir (WHO, 2014). Ayriyeten böylesi bir ilişki ağına izin vermek, bahsi geçen ilişkiyi teşvik etmek, söz konusu ilişkiye duyarsız kalmak veya bu duruma duyarsızlık göstermek ya da bu durumdan bir çıkar elde etmek de istismara ortak olmak ve istismarı paylaşmak demektir (Bernet, 2000).

Bu tanımlamalar genel itibarıyla literatürde yer bulmuş olsa da, çocuğa yönelik ihmal ve istismarın açıklanması konusunda önemli toplumsal ve kültürel farklılıklar ortaya çıkabilmektedir. Çocuk istismarı ve ihmeline yönelik olarak bütün kültürlerde geçerli bir standardın varlığından bahsetmek zordur. Bununla beraber, genel prensiplerden bahsetmek mümkün olabilmektedir. Birbirinden farklı toplumların gelenek ve inançları da birbirinden farklıdır. Bu farklılık çocuk istismarı ve ihmeline yönelik tanımların kapsamını oluşturmaktadır.

Çocuk istismarı ve ihmali birlikte incelenmekte olmasına rağmen, bu iki kavram birbirinden tanımsal farklılıklar sonucu ayrılmaktadır. Birbirinden farklı türde yürütülen araştırmalar; tıp, hukuk, sosyal hizmetler, psikoloji perspektifiyle çocuk istismarı ve ihmali farklı kapsamlar içerisinde tanımlamaya tabi tutmuşlardır. İstismar kavramı daha çok çocuğa yöneltilen aktif eylemler biçiminde tanımlanırken, ihmal ise içerisinde pasif eylemleri barındırmaktadır (Polat, 1999).

2.1.1.Çocukluk Çağı Travma Türleri

2.1.1.1. Fiziksel İstismar

Erişkin bir bireyin çocuk üzerinde itaati sağlama, öfke boşaltma veya cezalandırma amacıyla elle ya da bir cisimle çocuğun vücudunda herhangi bir alanda iz kalacak biçimde şiddet uygulanarak zarar verilmesi durumu fiziksel istismarı doğurmaktadır. Bu eylem tartaklama, dövülme, ısırma, yakma gibi yöntemlerle gerçekleştirilebilmektedir. Yalnızca dayak olarak gerçekleşen eylemler değil, çocuğu yaralayacak, onun bünyesinde iz bırakacak, kaza dışı her türlü hareket “fiziksel istismar” şeklinde tanımlanmaktadır. En yaygın şekilde görülen ve bilinmekte olan istismar biçimi fiziksel istismardır. Çocukta meydana gelecek olan fiziksel bir

zedelenme yanında duygusal olarak da etkilenmeyi de doğurmaktadır. Süresi ne kadar uzun olursa fiziksel istismarın etkisi de o denli kalıcı ve ciddi olacaktır (Dinç, 2011). Fiziksel istismar mağduriyetinin yaratıldığı durumlar genellikle şiddet döngüsüne dönüşmektedir. Çocuklarına fiziksel olarak şiddet gösteren ebeveynlerin büyük bir kısmı kendi küçüklüklerinde de şiddete maruz kalmışlardır (Öztürk, 2011).

Kültürel olarak şiddet durumunun çocuğu terbiye etme metotlarından biri olarak algılanmış olması ve bu durumun toplum tarafından hoşgörü çerçevesinde karşılanması, çoğu fiziksel istismarın zeminini oluşturmaktadır. Çoğu ebeveyn için fiziksel istismar otorite sağlama aracı olarak kullanılmaktadır. Böylesi bir durum çocuğun hayatını tehlikeye sokacak, yelpazesi çok geniş olan ciddi sonuçları meydana getirecektir.

Fiziksel istismar şeklinde tanımlanmış olan eylemler, bazı toplumların kültürlerinde istismar olarak görülmemektedir. Hatta fiziksel istismar eylemlerinin çocukları disipline etme adına kullanıldıklarına rastlanmaktadır (Topbaş, 2004). Fiziksel istismarları bir çocuk eğitim tarzı olarak görmeyen Japonya ve Çin’de bu tarz eylemlere nadir bir şekilde rastlanmaktadır. ABD’de ise istismar türleri içinden ilk göze çarpan istismar türünün fiziksel istismar olduğu bilinmektedir (Zeytinoğlu, 1999).

1986 yılında Gelles ve Straus birlikte yürüttükleri bir çalışmada, her geçen yıl içerisinde 6.9 milyon çocuğun istismara maruz kaldığını ve bu sayının %97’lik bir diliminin 0-3 yaş arası çocuklarda fiziksel cezalandırma biçiminde gözlemlendiği belirtilmişlerdir (Kaplan, 2002). Amerika Birleşik Devletleri içerisinde yapılmış olan genel bir araştırmada ise, fiziksel ihmal ve istismar neticesinde ölümle sonuçlanan vakaların yarısının 0-1 yaş aralığında gerçekleştiği sonucuna ulaşılmıştır (Daro ve Mitchel, 1990). Türkiye’de ise yapılan bir araştırmada Türk toplumu içerisinde fiziksel disipline etme yöntemlerinin yaygın olduğu, özellikle geleneksel aile tiplerinde, sözlü uyarıda bulunmak yerine, fiziksel ceza vermenin tercih edildiği gözlemlenmiştir (Ayan, 2007).

İstismar durumunun çoğu, çocuğa, bakım verene veya aile-çevreye ait olan etmenlerle açıklanmaktadır. Bakım veren kişinin türlü psikiyatrik bozukluklarının olması, alkol veya madde kullanımı, geçmiş dönemlerde şiddet uygulama veya şiddet

görme olaylarının yaşanması, çocuktan yaş seviyesine uymayan isteklerinin olması, çocuğun gelişimsel özellikleri hakkında yeterli bilgiye sahip olmaması fiziksel istismarı arttırmaktadır. Bunların yanı sıra çocuğun tıbbi açıdan çok çeşitli sorunlarının olması, çocukta davranışsal sorunları bulunması, erken doğum veya başka nedenlerle özel bir bakıma ihtiyacının olması, bakım aldığı kişi veya kişilerle biyolojik bir bağının bulunamaması, istenilmeyen bir hamileliğin sonucunda doğmuş olması çocuğun fiziksel olarak istismara uğrama riskini artırmaktadır. Aile ve çevreye ait sebepler incelendiğinde ise, işsizlik, yoksulluk, sosyal desteğin olmaması veya zayıf olması, aile içi şiddet ve geçimsizliğin bulunması, aile içerisinde fazla miktarda çocuğun bulunması gibi sebepler çocuğa yönelik fiziksel istismarın temelini oluşturmaktadır (Şahin, 2009).

Oğlan ve kız çocuklar arasında fiziksel istismar konusunda dikkat çeken bir farklılık bulunmamaktadır. Ancak oğlan çocuklarının daha sert bir şekilde fiziksel cezalara maruz kaldığı bilinmektedir. En çok 4-8 yaş bandında fiziksel istismar görülmektedir. Ancak bu durum erinlik sonrası azalma göstermektedir (Alkan Çiçek, 2011). Fiziksel istismara maruz kalan çocuklarda duygusal, bilişsel ve davranışsal bozukluklar yaşanabilmekte; psikiyatrik boyutlarda hastalıklar da gözlemlenebilmektedir. Mağduriyet yaşamakta olan çocuklar başka bireylerle yakın ilişkiler kurmakta güçlük çekmektedir. Bu çocuklar; duygusal yoğunluğu az olan, daha çok çatışmalı, öfke yoğunluklu ve istismar örüntüleriyle bağlantılı ilişkiler geliştirmektedir. Mağdur olan çocuklarda akademik yönden başarısızlık, bilişsel seviyede bozulma, yüksek düzeyde suisidal düşünce ve girişimle risk alabilme davranışlarında sıklık gözlemlenmektedir (Kaplan ve diğerleri, 1999).

Fiziksel istismar birçok soruna sebebiyet verebilmektedir. Bilişsel sorunlardan biri olan dikkat bozuklukları, duygusal sorunlardan biri olan intihar girişimleri, tehlike arz eden cinsel deneyimler, ahlak dışı davranışlar, şiddet içerikli davranış eğilimleri, anksiyete, depresyon, hiperaktivite, madde ve alkol kullanımı, bunlara bağlı gelişen bağımlılık durumları, yetersiz görülen sosyal işlevsellikler, yakın olarak diyalog kurma zorlukları, çatışmalı ve duygusal olarak yoğunluk düzeyi az olan, öfke ve istismar içeren kişiler arası sorunlar fiziksel istismarın neden olduğu problemlere örnek olarak verilebilmektedir (Ayan, 2007; Kaplan, 2002; Kaplan ve diğerleri, 1999; Lewis, 1992; Livingston, 1987; Taner ve Gökler, 2004).

2.1.1.2. Cinsel İstismar

Çocuğa yönelik olan cinsel istismar; duygusal, sosyal, fiziksel ve hukuki açıdan oldukça örseleyici bir toplumsal problemdir. Yetişkinliğe erişmiş bireylerin cinsel gereksinim ve isteklerini karşılamak adına çocuk veya ergen olan bir bireyi tehdit, güç veya kandırmayla kullanması durumu cinsel istismar biçiminde tanımlanmaktadır (Dönmez ve diğerleri, 2014). Cinsel istismar; bir çocuğun başka bir çocuk tarafından veya yetişkin bir birey tarafından cinsel istekleri tatmin etmeye yönelik gerçekleştirdiği eylemlerin yarattığı sonuçtur (Dağlı ve İnanıcı, 2010).

Cinsel istismar denildiğinde daha çok bir yetişkin ile bir çocuk arasında meydana gelen cinsel eylemlerin üzerinde durulmaktadır. Ancak aralarında 4 ve üzerinde yaş farkı bulunan çocukların küçük çocuğun ikna edilmesi veya zorlanması ile cinsel eylemlere maruz kalınması da bir cinsel istismar şekli olarak görülmektedir (Aktepe, 2009).

Beş tip cinsel istismar biçimi bulunmaktadır (Aktepe, 2009):

1- Temas içermeyen cinsel istismarlar: Teşhircilik, cinsel içerikli konuşma ve röntgencilik faaliyetlerini içerisinde barındıran cinsel istismar türüdür.

2- Cinsel dokunma: İstismar edenin mağduru kendine dokunmaya veya ona dokunmaya zorlamasını içerdiği durumdur.

3- Interfermoral ilişki (ırza tasatti): İstismarcı ile mağdur arasında penetrasyonun bulunmadığı ancak sürtünmenin bulunduğu cinsel istismar biçimidir.

4- Cinsel penetrasyon (ırza geçme): Objelerle penetrasyon, parmakla penetrasyon, genital ilişki veya anal ilişki biçiminde meydana gelebilmektedir.

5- Cinsel sömürü: Bu istismar türü çocuk fuhşunu ve pornografisini kapsamaktadır.

Çocuk ile arasında kan bağı bulunan veya çocuğu bakmakla sorumlu bulunan kimse tarafından gerçekleştirilen istismara ensest adı verilmektedir. Bu durum hukukun ve toplumların engel olmaya çalıştığı bir istismar türüdür. Ancak ensest binlerce yıllık bir tabu olarak hala görülmektedir. En sık rastlanan aile içi istismar durumunda genelde suçlu olan aile bireyi babadır. Fakat suç oranı üvey babalarda istatistiksel verilere bakıldığında daha yüksek bulunmaktadır (Özen ve Şener, 1997).

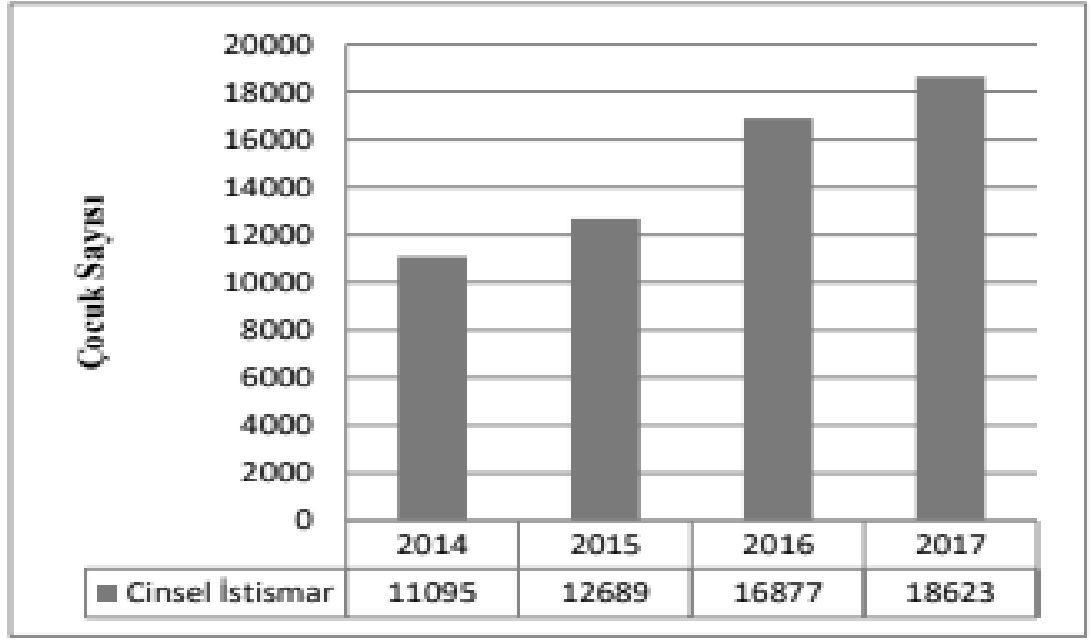
Çocuklara yönelik cinsel istismar yüzyıllar öncesinden beri varlığını göstermektedir. Fakat çocuk sağlığı ve çocuk hakları bakımından değerlendirilmeye tabi tutulması yeni gün yüzüne çıkan bir çalışma alanını meydana getirmektedir. Her ne kadar yeni bir alan olsa da suç istatistiklerinde ve güncel araştırmalarda objektif olarak tarafsız verilere ulaşmak oldukça zordur. Cinsel istismarın sebep olduğu utanç ve suçluluk duyguları sebebiyle çoğunlukla gizli tutulmaya meyledilmektedir. Cinsel istismarların sadece %15'i resmi kayıtlara geçmektedir (Yates, 1999).

Cinsel istismar türüne toplum içerisinde sık bir şekilde rastlanmaktadır. Ancak bu eylemler gizlenme eğiliminden dolayı çok fazla meydana çıkamamaktadır. Bu nedenle yalnızca %5-%10 oranındaki cinsel istismarlardan haberdar olabilmek mümkün olmaktadır (Turhan ve diğerleri, 2006). Bunun sebebi yukarıda belirtildiği üzere toplum içerisinde önyargı ile yaklaşıl原因 ensest ilişki ve cinsel istismar olgularının hem maruz kalan çocuk tarafından hem de uygulayan kişi tarafından saklanma eğiliminde olması durumudur.

Cinsel istismara maruz kalmış olan bir çocuğun yaşanan olayları saklama sebeplerine göz atıldığında; ekonomik veya duygusal sebeplerden dolayı istismarcının herhangi bir zarara uğramasını istemiyor olması, kimsenin kendisine inanmayacağı yönünde bir algıya sahip olması, istismar eden tarafınca suçlama ve tehditlere maruz kalması, üzerinde uygulanan bu istismar çeşidini anlamlandıramıyor olması, ebeveynleriyle cinsellik hakkında konuşamıyor olması veya oğlan çocuklarının eşcinsel olarak değerlendirmelerinden korkuyor olmaları görülmektedir (Aktepe, 2009); Yağmur ve diğerleri, 2008; Zoroğlu ve diğerleri, 2001).

Bu gibi sebeplerle gizli kalmış olan çocukluk döneminde gerçekleşmiş cinsel istismar, ancak cinsel saldırı esnasında çocuğun vücudunda fiziksel olarak bir zarar meydana gelmesi neticesinde meydana çıkmaktadır. Örneğin adli vakalar üzerinde yapılmış olan bir araştırmada yapılan adli başvuruların %81.3'lük bir oranının cinsel istismar üzerine gerçekleştirildiği görülmektedir (Yolga Tahiroğlu ve diğerleri, 2008).

TÜİK verilerine göre Türkiye'de cinsel istismara uğrayan çocuk sayısı her geçen yıl bir önceki yıla göre artış göstermektedir. Bahsi geçen bu artış durumu şekil 2.1'de gösterilmiştir.



Şekil 2.1. Çocukların cinsel istismarının yıllara göre dağılımı

Kaynak: Akçe ve Doğan, 2020

Çocukluk döneminde gerçekleşmekte olan cinsel istismar, negatif etkileri ve sonuçları uzun yıllar boyunca devam etmekte olan bir problemdir. Yalnızca tek bir olumsuz etkiye rastlanmış olan cinsel istismar mağduru çocuk bulunmamaktadır. Kısa dönemde kaygı bozuklukları gözlemlenebildiği gibi, fobiler, uyku bozuklukları, korku tepkileri, bedensel yakınmalar, hiperaktivite bozukluğu ve dikkat eksikliği, depresyon, disosiasyon, öfke tepkileri, intihar eğilimi, zayıf dürtü kontrolü, kişilerle olan ilişkilerde bozulmalar ve karşı gelme bozuklukları aynı anda veya farklı zamanda görülebilmektedir. Ayriyeten cinsel istismara uğramış olan kişilerde yüksek riskli cinsel faaliyetler daha sık bir şekilde görülmekte; cinsel istismara uğramış olan çocukların ileride daha fazla düzeyde cinsel saldırıda bulunma ihtimali olduğu bildirilmektedir (Taner ve Gökler, 2004).

2.1.1.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar; anne, baba veya çevrede bulunan diğer yetişkinlerin, istismara maruz kalan çocuğun kabiliyetleri üzerinde beklenti ve istek içerisinde bulunmaları, saldırganca sözler sarf etmeleri, sosyal, duygusal ve bireysel gelişimini engelleyici eylem ya da eylemsizliklerde bulunmaları şeklinde tanımlanabilmektedir

(Taner ve Gökler, 2004; Gökler, 2006). Çocuğa ses yükseltme, aşağılama, reddetme, çocuğu yalnız bırakma, küfür etme, korkutma, tehdit etme, yanıltma, yıldırma, duygusal gereksinimlerini bilerek karşılamama, küçük düşürme, alaylı bir ifadeyle konuşma, aşırı baskı ve otoriteye maruz bırakma, lakap takma, önemsememe, yaşının çok üzerinde sorumluluklar yükleme, kardeşler arasında ayırım yapma, önemsememe, değer vermeme, aşırı koruma ve bağımlı kılma gibi fiziksel olmayan fakat çok ağır veya tehdit içeren faaliyetler duygusal istismar şekilleri olarak karşımıza çıkmaktadır (Polat, 2007; Runyan ve diğerleri, 2002; Taner ve Gökler, 2004).

Duygusal istismara, cinsel ve fiziksel istismar ile beraber de rastlanabilmektedir. Diğer istismar çeşitlerine göre toplumlarda oldukça sık karşılaşılmakta olan bir olgudur. Bulgularının oldukça gizli olması sebebiyle fark edilebilmesi, yasal olarak kanıtlanabilmesi ve tanımlanabilmesi konusunda zorluklar çıkabilmektedir (Kara ve diğerleri, 2004; Taner ve Gökler, 2004; Runyan ve diğerleri, 2002). Cinsel ve fiziksel istismarın izleri geçtikten sonra bile duygusal istismarın devam edebildiği görülmektedir (Erkman, 1999). Türkiye içerisinde gerçekleştirilen araştırmalarda, en sık şekilde uygulanan istismar türünün %78 ile duygusal istismar olduğu gözlemlenmiştir (Turhan ve diğerleri, 2006).

Fark edilmesi en zor olan istismar türlerinden bir tanesi de duygusal istismardır. Psikolojik tahribat ya da duygusal istismar diğer bütün istismar şekillerini kendi bünyesi altında toplamaktadır. Tek başına var olduğu da olmaktadır ancak genelde cinsel ve fiziksel istismarın etkileri ortadan kalktıktan sonra dahi süreklilik arz edebilmektedir (Polat, 2001).

Çocuğun gelişimsel ihtiyaçlarına uygun, destekleyici bir çevrenin sağlanmaması durumu Dünya Sağlık Örgütü'ne göre duygusal istismardır. Çocuğun sağlığına, zihinsel, manevi, fiziksel, ahlaki ya da sosyal gelişimine zarar veren ya da zarar verme olasılığı yüksek olan davranışlara maruz bırakılması da duygusal istismar dahilinde ele alınabilmektedir (Polat, 2002).

Duygusal istismar davranışları; yalnız bırakma, bağımlı kılma, aşırı hoşgörü gösterme, reddetme, aşırı koruma, aşırı otorite sergileme, uyaran ve sevgiden yoksun bırakma, baskı oluşturma, aşağılama, korkutma, tehdit, sürekli eleştiri, hapsetme, suça yöneltme, yıldırma, yok sayma, suçlama, çocuğa uygun olmayan istekler içinde olma,

ağır cezalandırma metotları uygulama, çocukla sürekli olarak alay etme, aile içi anlaşmazlık durumlarında çocuğu taraf olmaya zorlama, aile içi şiddette çocuğu tanık gösterme, kardeşler arasında ayrımcılık yapma, giyim, beslenme, tıbbi ihtiyaçlar, duygusal gereksinimler ya da optimal yaşam koşullarını sağlamak için gerekli olan yeterli ilgiyi sunmama gibi faaliyetler “duygusal istismar” tanımı içerisindeki yerini almaktadır. Duygusal istismar, fiziksel olmayan fakat çok ağır olan cezalar veya tehditleri ve sözel istismarı de içerebilmektedir (Glaser, 2002).

Yürütölen bir çalışmada birbirinden farklı beş ayrı ölkede; çocuğa bağırmanın en sık şekilde görölen duygusal istismar çeşidi olduğu ortaya çıkarılmıştır (Runyan ve diğerleri, 2002). Gerçekleştirilen duygusal istismar, çocukta zihinsel ve fiziksel gelişimi negatif şekilde etkilemektedir. Aynı zamanda dikkat dağınıklığı ve öğrenme güçlüğu gibi problemlere yok açabilmektedir. Ayrıyeten duygusal istismara uğramış olan çocuklarda benlik algısı, suçluluk, depresyon, saldırganlık ve kişilerarası diyaloglarda problemlere rastlanmaktadır. Böylesi bir durumda duygusal istismara maruz kalan çocuk hem kişisel hem akademik olarak başarısız olabilmektedir (Şimsek ve Cenkseven Önder, 2011).

Çocuğu duygusal bağlamda oldukça zorlayan tutumlar arasında; çocukla yakın ilişkide bulunan ebeveyn ve öğretmen gibi gelişiminde kilit rol oynayan yetişkinlerin ilgili çocuğun beceri ve bilgisini aşan istek ve beklentilerde olması da bulunmaktadır. Aynı zamanda ebeveynlerin çocuklarını duygusal olarak cezalandırması veya küsmesi de çocuğu ciddi bir biçimde yıpratmaktadır (Hergüner, 2011).

Duygusal istismar, fiziksel bir iz bırakmamaktadır bu nedenle diğer istismar türleri kadar önemsenmemektedir. Fakat uzun süreli etkileri en az diğer istismar çeşitleri kadar yıkıcı etkiye sahip olabilmektedir.

2.1.1.4. Ekonomik İstismar

Ekonomik istismar türü son zamanlarda yapılan araştırmalarda kendisine yer bulmuş olan bir türdür. Bu istismar türü, çocuğun eğitimini sekteye uğratıp onun yerine çalışmasının istenmesi veya okul dışı zamanlarda pazara kazanmasının istenmesi, kapasitesinin ve gücünün üzerinde ekonomik getiri beklenmesi, çalıştığı takdirde ise

kendisine ödenen miktarın yetişkinler tarafından gasp edilmesi olarak tarif edilebilmektedir.

Ekonomik istismar; ilgili çocuğun eğitim alma hakkının engellenmesine yol açmaktadır. Öte yandan diğer istismar türlerine de zemin oluşturma riski taşımaktadır. Çocuklara ekonomik sorumlulukların yüklenmesi illegal sektörlerde veya düşük vasıflı işlerde çalıştırılması, çocuğun zihinsel ve fiziksel sağlığına, ahlaki, sosyal ve duygusal gelişimine, eğitimine, ahlakına zarar verecek bir nitelik taşımaktadır (Küntay ve Dikmen Özarslan, 2011).

Daha çok günümüzde büyük şehirlere göçmüş, ekonomik sıkıntıları fazla olan ve bütün aile üyelerinin aileye maddi anlamda destek vermesi istenen aile türlerinde rastlanmaktadır. Fakat bazı ailelerin çocuklarını çalıştırmasının yanında, illegal sektörlerde kullanılmak için çocuk kaçırma olayları da meydana gelmektedir. Bu tarz adli vakaların sayısı giderek artış göstermektedir (Küntay ve Dikmen Özarslan, 2011).

Parçalanmış vaziyetteki bir sile yapısı, eğitim hayatından erkenden ayrılma, yoksulluk, ucuz bir iş gücü, doğal afetler, göçler, geleneksel sebepler ve savaşlar sonucunda meydana gelen durumlar çocuk işçiliğinde artışa sebep olmaktadır. Çocuklar kırsal alanda yaşamlarını sürdürüyor ise tarlada, bahçede, tarım işlerinde; yaz tatili zamanlarında getir-götür işlerinde veya tekstil alanında; sanayi benzeri ağır iş yerlerinde, sokaklarda veya ailelerinin güven duyduğu kimselerin yanında kalıcı veya geçici işlerde çalıştırılabilmektedir. Özellikle kız çocukları bakıcılık veya ev temizliğinde çalıştırılabilmektedir. Son zamanlarda ise seks kölesi olarak çalıştırılmalarına sıkça rastlanmaktadır. Dolayısıyla çocuklar istismarın her çeşidine tanık olabilmektedir. Tek sorun çalıştırılmaları değildir. Çalıştırıldıkları yerde de istismarın her türüsüne açık bir konumda bulunmaktadırlar. Gelişim düzeylerinin çok üzerindeki koşullar altında duygusal ve fiziksel olarak zorluk yaşamaktadırlar (Bayraktar, 2015).

2.1.1.5. İhmal

Çocuğun ebeveynleri veya bakımından sorumlu olan kişiler tarafından, korunma, beslenme, bakım, sağlık, eğitim ve giyim gibi temel gereksinimlerinin

giderilmemesi dolayısıyla çocuğun bakımının ona zarar verecek biçimde göz ardı edilmesi durumuna ihmal denilmektedir (Polat, 2007).

İhmal söz konusu olduğunda tek çeşit bir yoksunluktan bahsedilememektedir (Polat, 2007). İhmal; duygusal ve fiziksel olmak kaydıyla iki türde incelenmektedir. Çocuğun psikolojik gereksinimlerinin karşılanmaması, çocuğun uyumsuz davranışlar sergilemesine izin verilmesi, çocuğun madde ve alkol kullanımının göz ardı edilmesi, aile içi tartışmalara tanıklık ettirilmesi durumunda oluşan ihmale duygusal ihmal denilmektedir. Öte yandan çocuğun bakımlarının yapılmaması ya da geciktirilmesi, kovma, terk etme, yetersiz düzeyde besleme, yetersiz düzeyde denetim, ev ortamının sağlıksız ve güvensiz olması, çocuğun bulunduğu ortamda hijyen yetersizliğinin söz konusu olması durumları ise fiziksel ihmal olarak değerlendirilmektedir (Kaplan, 2002). Diğer ihmal türlerinin bulgularını belirlemek kolay iken, duygusal ihmale ait bulguları belirlemek oldukça zor olmaktadır (Bilir ve diğerleri, 1999; Lynch, 1999; Polat, 2007).

Çocuklarını ihmal etmekte olan ailelerde, sosyoekonomik seviye düşüklüğü, psikolojik rahatsızlıklar, suç işleme meyili, aile içi şiddet durumu, madde ve alkol bağımlılığı gibi problemler olduğu gözlemlenmektedir (Clark ve diğerleri, 2007; Polat, 2007). İlmalkar davranışlar sergilemekte olan aile üyelerinde depresiflik düzeylerinin yüksek olduğu ve sosyal manada izole oldukları tespit edilmiştir (Gaudin ve diğerleri, 1993).

Alan yazınında çocukların ihmal edilmesi durumu duygusal istismarla birlikte değerlendirilmektedir. Çocuğa bakmakla sorumlu olan bireylerin bu sorumlulukları yerine getirmemesi, barınma, beslenme, temiz ve uygun giyim, tıbbi olarak bakım, duygusal ve sosyal ihtiyaçlar gibi temel gereksinimlerini karşılamaması durumdur. Çocuk ihmali genel anlamda pasif olan eylemleri içerisinde barındıran bir kötü davranış çeşididir. İstismar ise aktif olan eylemleri içerisinde barındırmaktadır (Hergüner, 2011).

İhmal alanları, ruhsal sağlık, fiziksel sağlık, bakım, gözetim, ev kazalarına meydan veren tehlikeler, kişisel hijyen, ev hijyeni, eğitim imkanının tanınması gibi olanlarda olabilmektedir (Kara ve diğerleri, 2004). Duygusal ve fiziksel ihtiyaçların karşılanmaması durumu ağırlaştığı takdirde ilgili çocuğun yaşama hakkını bile tehdit

edebilmektedir. Erken bir dönemde başlayan ihmalkar davranışların uzun dönemdeki etkileri de o derece ağır olabilmekte ve böylesi bir durumda gelişim yönünden bozukluklara rastlanabilmektedir.

Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme'nin belirli maddeleri çocuğa yöneltilen duygusal ihmal ve istismar davranışının önlenmesiyle alakalıdır. Bu sözleşmenin 19, 34 ve 39. maddeleri çocuğun büyütülmesinden sorumlu bireylerin ilgili çocuğa zarar vermeyecek bir biçimde kullanılmasından bahsetmektedir. Öte yandan Türk Ceza Kanunu'nun 232 ve 233. maddeleri de ihmalkar davranışları engelleyici bir nitelik taşımaktadır (Hergüner, 2011; Bayraktar, 2015).

2.1.2. Çocukluk Çağı Travması Görülme Sıklığı

Dünya Sağlık Örgütü, ortalama olarak erkeklerin %5 ile %10 arasında; kadınların ise %20'sinin ise çocukken cinsel istismara maruz kaldığını; %25-50 oranındaysa oğlan ve kız çocuklarının fiziksel istismara uğradığını belirtmektedir (DSÖ, 2010). 2017 yılında Dünya Sağlık Örgütü'nün yayınlamış olduğu bir araştırmaya göre çocukların %23'ü fiziksel istismara, %36'sı duygusal istismara maruz kalmaktadır. %16'sı ise ihmal yaşamaktadır. Oğlan ve kız çocuklarının %8'den %18'e kadar farklı oranlarda cinsel istismar yaşadığı açıklanmıştır. ABD'nin Sağlık ve İnsan Servisleri'nin hazırlamış olduğu istatistiklere göre ise 2002 yılında 4,5 milyon civarında çocuk koruma sistemi başvurusu olmuştur. Bunlardan 896 bininde çocukluk çağı travması bulgularına rastlanmıştır. Ülkenin genelinde her bin çocukta 12.3'ünün çocukluk çağı ihmali ve istismarına maruz kaldığı sonucuna ulaşılmıştır. 2008 yılında Amerikan Ulusal Veri Sistemi'nin çocuk ihmali ve istismarı araştırması sonucu verilerine göre 772 bin çocuk, çocukluk çağı travmasına maruz kalmıştır. Bu travmaların %80,1'ine aile bireyleri sebep olurken %6,5'ine diğer akrabalar sebep olmaktadır. Çocukluk çağında yaşanan travmaların neden olduğu ölüm oranı ise 10 bin'de 2,33 olarak belirlenmiştir. Travma türlerinin ise %9,1'i cinsel istismar, %7,3'ü duygusal istismar, %16,1'i ise fiziksel istismardan kaynaklandığı belirlenmekle birlikte %71,1'inin ise ihmal olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Almanya'da 2504 bireyin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada ise bu bireylerden %2,8'inin fiziksel istismar, %1,6'sının duygusal istismar, %1,9'unun ise cinsel istismar olduğu bildirilmiştir. Bunun yanı sıra %10,8 oranında fiziksel ihmale;

%6,6 oranına ise duygusal ihmale maruz kaldığı tespit edilmiştir (Hauser ve diğerleri, 2011). Türkiye’de ise 2013 yılında yürütülen çalışmada 2257 adet birbirinden farklı üniversitelerden katılan öğrencilerden %50’sinin en az bir kere çocukluk travması yaşadığı belirtilmiştir. Bu travmalar arasında en yüksek orana fiziksel olan istismar sahiptir. Daha sonra sırasıyla duygusal yönde istismar, ihmal ve cinsel istismar gelmektedir (Ulukol ve diğerleri, 2014). Türkiye’de 12-17 yaşları arasındaki çocuklara yönelik yapılmış olan bir araştırmada ise 477 çocuktan %55’inin aile içi şiddete şahitlik ettiği tespit edilmiştir. Araştırmada çocukların %17’sinin ihmale, %18’inin cinsel istismara, %48’inin fiziksel istismara, %60’ının ise duygusal istismara maruz kaldığı bilgilerine ulaşılmıştır (Yılmaz Irmak, 2008). Türkiye’de 7-18 yaşları arasındaki çocuklarda yapılmış olan başka bir araştırmada ise duygusal istismarın %51, fiziksel istismarın %43, ihmalin %25 ve cinsel istismarın %3 olduğunun tespiti gerçekleştirilmiştir (SHÇEK ve UNICEF, 2010). Türkiye’deki çocuk istismarı Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF) verilerine göre artış göstermektedir (UNICEF, 2018). Türkiye’de yürütülen bir başka çocukluk çağı travmalarıyla ilişkili çalışma sonucunda; 2005- 2015 yıllarında %700 oranında çocukluk çağı travmasının yükseliş gösterdiği gözler önüne serilmiştir (İMDAT ve ASUMA, 2016). Ancak yaşanmış ya da yaşanmakta olan çocukluk dönemi travmalarının rapor edilmiş olanlardan daha fazla olduğu tahmin edilmektedir. Kültürel anlamda ebeveyn tutumunda aşırı koruyuculuğun ve cezanın kabul görmüş olması bu durumun nedeni olarak gösterilebilmektedir (Özkan, 2015).

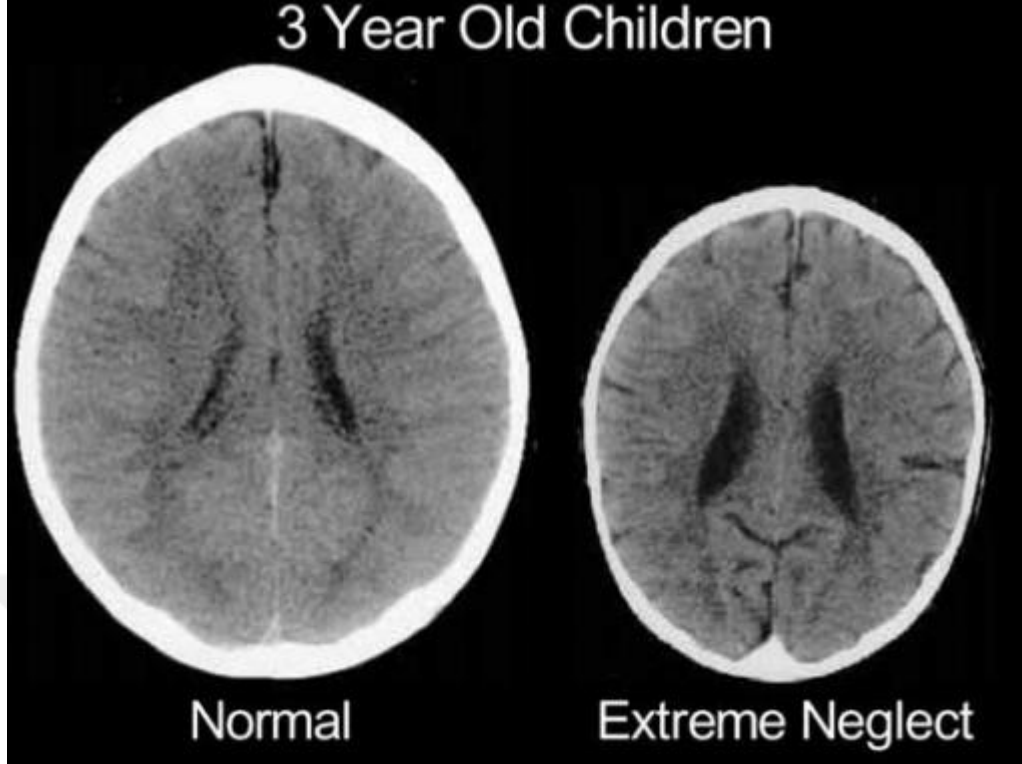
2.1.3. Çocukluk Çağı Travmalarında Risk Faktörleri

Dünya genelinde önemli bir problem olarak algılanan çocukluk çağı travmalarında ailesel, çevresel ve bireysel olarak ayrı risk faktörleri bulunmaktadır (Turhan ve diğerleri, 2006). Risk faktörleri içerisinde çocuğun yaşının küçük olması (Chalk ve diğerleri, 2002), azınlık olarak kabul edilen gruplardan birinin üyesi olması, cinsiyetinin kız olması (Mennen ve diğerleri,2010; Öncü ve diğerleri, 2012), çocuğun erken dünyaya gelmiş olması, iletişim sıkıntısı yaşaması, uyku düzeninin düzgün olmaması, sık ağlaması (Cüceloğlu, 2005), alkol veya madde kullanması (Öncü ve diğerleri, 2012) sayılabilmektedir. Aynı zamanda yaşanmış olan bir istismar türünün diğer istismar türlerinin yaşanma ihtimalini tetiklediğini göz önünde tutmak

gerekmektedir (Finkelhor ve diğeri, 2007). Aile içerisinde bulunan çocukların fazla olması (Polat, 2007), gelir seviyesinin düşük olması (Polat, 2001; Risk, 2006), anne ve babanın eğitim seviyelerinin düşük olması (Özen ve diğeri, 2007), çocukluk çağında istismar yaşamış olmaları, ruhsal ve fiziksel hastalıklarının olması durumu, aile içi şiddetin varlığı, aile içi anlaşmazlıkların yaşanması, ebeveynlerin alkol veya madde kullanmaları, üvey anne ya da babaya sahip olunması, tek ebeveynli olunması (Hotopf ve diğeri, 2000; Polat, 2001; SHÇEK, 2010; Kara ve diğeri, 2004; Finkelhor ve diğeri, 2006) çocukluk dönemi travmaları için risk faktörlerini oluşturmaktadır. Çevresel şartlarda sosyal desteğin az olması, kötü ve izole yaşam koşulları (Polat, 2007; Hughes ve diğeri, 2017) da çocukluk dönemi travmalarının artmasına sebep olan durumlar arasında sayılmaktadır.

2.1.4.Çocukluk Çağı Travması Uzun Dönemli Etkileri

1986- 2016 yılları arasında yayımlanmış olan akademik tezleri inceleme konusu edinen bir araştırmada çocuk istismarının öncelikli olarak hukuki boyutları sonra da sağlık ve eğitim alanlarının inceleme konusu yapıldığı ortaya çıkarılmıştır (Erkan, 2018). Yapılmış olan bu araştırmadan yapılacak çıkarıma göre çocukluk dönemi olumsuz yaşanmışlıkların hayat boyunca birbirinden farklı boyutlarının önemli düzeyde etkilendiğini söylemek yanlış olmayacaktır. Bu etkilerin nedenleri gelişimsellik bağlamında incelenecek olursa, çocukluk döneminde yaşanmakta olan etkileşim büyüme adına kritik bir önem taşıyan bu çağda özellikle fiziksel gelişimde travmatik geçmişin HPA yolağında salınım problemleri ortaya çıkarabilmektedir (Tarullo ve Gunnar, 2006). Bu durum immün ve metabolik sistemin etkilenmesine neden olabilmektedir (Teicher ve diğeri, 2016).



Şekil 2.2. Çocukluk Çağı Travması Beyin Görüntüsü

Kaynak: Perry, 2002

3 yaşında olan bir çocuğun normal şekilde gelişimi esnasında beyindeki görüntülenme soldaki şekilde gösterilirken; yine 3 yaşındaki çocukluk dönemi travmaları yaşamış olan çocuğun beyin görüntüsü sağdaki gibidir. Büyüklük, kortikal atrofi ve serebral ventriküllerin ölçülerinde önemli derecede farklılık bulunmaktadır.

İnsan doğduğu anda gelen genleriyle çevresel etkileşimin etkisi altında yaşamakta ve gelişmektedir. Genler bahsi geçen gelişimin doğal akışını takip etmekte iken çocuğun dışarıdan almış olduğu her dokunuş, davranış ve duygu genleri de etkisi altına alabilen kimyasal veya elektriksel bir etkinliğe dönüşmektedir (Dumlu ve Cimilli, 2003). Bütün bu bahsi geçen etkinliklerin olumsuz yaşanmışlıkları içerisinde barındırması sonucunda meydana gelen çocukluk çağı travmaları belirlenmiş olan bir hastalığa özgü olmasa da (Park ve diğerleri, 2014) yetişkinlik çaığında da birden fazla ruhsal ve fiziksel hastalığa neden olduğu bilinmektedir (Çıkılı Uytun ve diğerleri, 2014; Kessler ve diğerleri, 1997; Green ve diğerleri, 2010; McLaughlin ve diğerleri, 2012). Dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu (Ford ve diğerleri, 2000; Famularo ve diğerleri, 1992), duygudurum bozuklukları (Edwards ve diğerleri, 2003; Kessler

ve diğeri, 2010; Green ve diğeri, 2010; Lu ve diğeri, 2013), anksiyete bozukluğu (Anderson ve diğeri, 2002; Chapman ve diğeri, 2004; Turner ve diğeri, 2006; Park ve diğeri, 2014), somatizasyon bozukluğu (Brown ve diğeri, 2005; Van Dijke ve diğeri, 2010; Park ve diğeri, 2014), madde ve alkol kullanımı (Mersky ve diğeri, 2013; Turner ve Butler, 2003; Edwards ve diğeri, 2003), özkıyım (Luntz ve Widom, 1994; Bruffaerts ve diğeri, 2010), travma sonrasında oluşan stres bozukluğu (Lilly ve diğeri, 2014; Gaher ve diğeri, 2013; Yehuda, 2001; Felitti ve diğeri, 1998; Famularo ve diğeri, 1992), disosiyatif bozukluk (Felitti ve diğeri, 1998; Sar ve diğeri, 2006; Gaher ve diğeri, 2013; Lilly ve diğeri, 2014), kişilik bozuklukları (Paris, 1998; Yen ve diğeri, 2002; Zanarini ve diğeri, 2002; Afifi ve diğeri, 2010), cinsel işlev bozuklukları (Hughes ve diğeri, 2017), obsesif kompulsif bozukluk (Park ve diğeri, 2014), yeme ve uyku bozuklukları (Pignatelli ve diğeri, 2017; Edwards ve diğeri, 2003; Kessler ve diğeri, 2010; McLaughlin ve diğeri, 2010; Lu ve diğeri, 2013; Callaghan, 2004; Greenfield ve diğeri, 2011), fobiler (Ay, 2013), otizm spektrum bozukluğu (Rutter ve diğeri, 1998; Rutter ve diğeri, 1999), psikotik bozukluk (Read ve diğeri, 2001) gibi psikiyatrik kökenli hastalıklarla (Kessler ve diğeri, 2010; Green ve diğeri, 2010; McGowan ve Szyf, 2010; Chu ve diğeri, 2013) ilişkili bulunmuştur.

Meydana gelmekte olan sorunlar yalnızca psikiyatri alanıyla ilgili değildir. Diyabet, kalp rahatsızlıkları, bağışıklık sistemi bozuklukları, sinir sistemi sorunları, kronik ağrı hastalıkları (Dodge ve diğeri, 1995; Felitti ve diğeri, 1998; Cottrell ve Seckl, 2009; Lupien ve diğeri, 2009; Miller ve diğeri, 2009; Cole ve diğeri, 2012; Slavich ve Cole, 2013) ve epigenetik farklılıklar (Cottrell ve Seckl, 2009; Bale ve diğeri, 2010; Teicher, 2002; Teicher ve diğeri, 2003; Teicher ve Samson, 2016) da ortaya çıkabilmektedir. 9508 kişinin katılımıyla gerçekleştirilen bir çalışmada çocukluk dönemi travmalarıyla yetişkin ölümleri arasında kuvvetli bir bağ tespit edilmiştir (Felitti ve diğeri, 1998).

Fizyolojik ve psikiyatrik sorunların yanı sıra bireyin yetişkinlik döneminde sosyal problemler, ilişki bozulmaları, (Schussler- Fiorenze Rose ve diğeri, 2014; Larkin ve Park, 2012; Nurius ve diğeri, 2012), psikososyal işlevsellikte bozulmalar (Wickrama ve diğeri, 2010; Turner, 2013), kendine zarar verme davranışı, şiddet

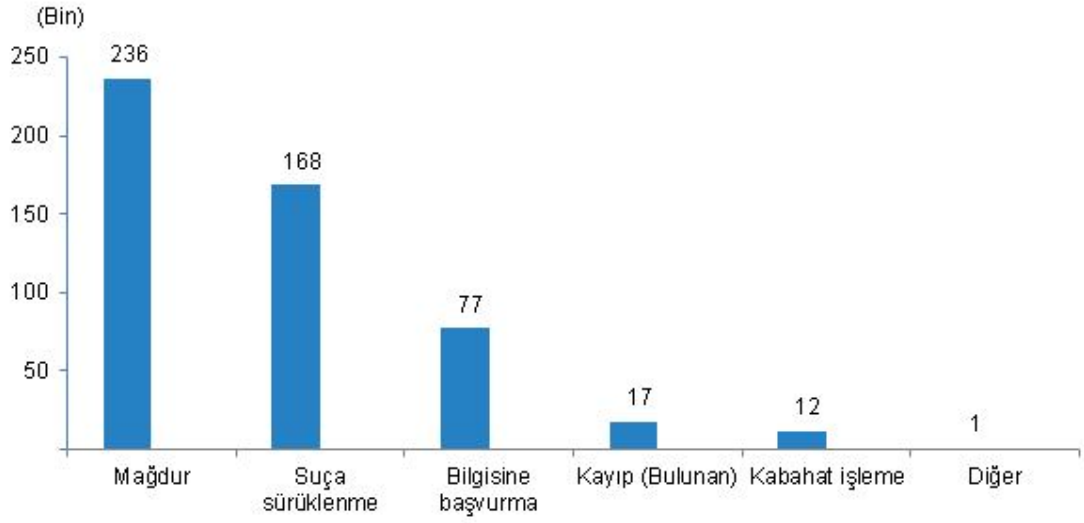
davranışı (Ford ve Gomez, 2015; Hawton ve diğerleri, 2012; Lang ve Sharma- Patel, 2011; Gratz, 2003) bahsi geçenlerle ilişkili olarak akademik öğrenme sorunları, işyeri ve sosyoekonomik problemleri (Aşırız, 2006; Zielinski, 2009; Evans ve Kim, 2010; Sansone ve diğerleri, 2012), bilinç ve dikkat problemleri, duygu düzenleme işlevselleklerinde güçlükler (Herman, 1992; Pelcovitz ve diğerleri, 1997) yaşanmasına neden olabilmektedir.



Şekil 2.3. Çocukluk Çağı Travmaları Piramidi

Kaynak: <https://www.cdc.gov/violenceprevention/>

TUİK verilerine göre güvenlik birimlerine başvuran ya da güvenlik güçleri tarafından güvenlik birimlerine getirilen çocukların büyük bir kısmı mağdur sıfatıyla gelmiştir. Çocuklar bazı yetişkin ya da akranları tarafından çeşitli ihmal ve istismara maruz kalmaktadır. Çocukluk çağı travmalarına sebep olan bu durumların 2019 yılımda güvenlik birimlerine yansıyan istatistiksel verileri şekil 2.4' de gösterilmiştir.



Şekil 2.4. Geliş sebebine göre güvenlik birimine gelen veya getirilen çocukların maruz kaldığı olay sayısı, 2019

Kaynak: TUIK, 2019

2.2. Madde Bağımlılığı

Madde bağımlılığı tıbbi nitelik taşıyan psikolojik ve biyolojik yönleri olan bir hastalıktır. İlaç niteliği taşıyan bir maddenin keyif vermekte olan etkilerini duyumsamak ya da yokluğu durumunda kaynaklanan huzursuzluk hissinden uzaklaşmak için, periyodik bir şekilde devamlı olarak madde kullanma isteği ve bazı davranışsal bozukluklarla karakterize edilmekte olan bir beyin hastalığıdır (Uzbay ve Yüksel, 2003).

Bağımlılıktan bahsedildiğinde fizyolojik, psikolojik ve davranışsal bağımlılık akıllara gelmektedir. Fizyolojik bağımlılık ile kastedilen madde kullanımının fiziksel etkileridir. Psikolojik bağımlılıkla kastedilen ise disforik olarak oluşan durumdan kaçınmak için ilgili maddenin aşerilmesi ve kullanılması kastedilmektedir. Davranışsal bağımlılık ile de kastedilen patolojik kullanma teknikleri ve madde arama davranışlarıdır.

İnsanın beynini etkisi altına alarak kendini normalde olduğundan daha iyi hissetmek, günlük hayatta daha iyi performans göstermek ya da alınan hazzı arttırmak madde kullanımının temel sebeplerini oluşturmaktadır. Bağımlılık yapan maddelerin kötü amaçlar için kullanılması durumu insanlık tarihi kadar eski bir konudur. Örnek

olarak opium maddesinin en az 3.500 yıldır kullanıldığı bilinmektedir. Antik Çin verilerine göre ise kannabis maddesinin kullanımına dair kaynaklara rastlanmaktadır.

Bağımlılık yapıcı maddeler ve bu maddelerin sebep olduğu bağımlılık durumuna 20. yüzyılın ikinci yarısına kadar ciddi bir halk sağlığı sorunu gözüyle bakılmamıştır. Bu yüzyılda kannabis ve opiatlar başta olmak kaydıyla, kokain ve barbitüratların insan bünyesinde bağımlılık yarattığı ve bu maddelerin kötü yönde kullanımının bir davranış bozukluğu olduğu tıp literatürüne girmiştir. Fakat bağımlılık durumunun nedenleri, tedavisi ve önlenmesine ilişkin yürütülmekte olan ciddi araştırmaların yapılması 1980'lere tekabül etmektedir. Bu çalışmaların hızlanmasına sebep olan durum; Vietnam Savaşı'ndan dönen askerlerin 200.000'den fazlasının opiyat bağımlısı olduğunun tespit edilmesidir (Uzbay, 2009).

2.2.1. Opiyatlar

Kimyasal olarak dünya üzerinde birbirinden farklı yapıda yirmiden fazla opiyat klinik kullanılmaktadır. Kötüye kullanıma ve bağımlılığa en çok eşlik etmekte olan opiyat madde -özellikle gelişmiş ülkelerde- eroindir. ABD'de eroin terapötik amaçlar için kullanımda olmayan bir maddedir. Eroinin dışında kalan opiyatlara olan bağımlılık en sık şekilde, tıbbi olarak yürütülen bir tedavinin devamı esnasında bağımlı hale gelmiş olan bireylerde, bu tip ilaç niteliği taşıyan maddelere kolay bir şekilde erişebilen sağlık çalışanlarında ve kullanmakta olduğu ilaçları tıbbi ilaç sağlayıcıları vasıtasıyla kolaylıkla elde eden bireylerde görülmektedir. Klinik bir şekilde karşılaşılmakta olan opiyat bağımlılığı ve ilgili maddenin kötüye kullanımının hemen hemen hepsine prototipik μ -agonist tipi opiyatlar eşlik etmektedir. Tüm μ -agonistlerin birbirine benzeyen öznel etkileri bulunmaktadır. Bunun yanı sıra, kullanım biçimi ve opiyat toksisitesinin bazı özellikleri özgün olan opiyatın uygulanma biçimi ve metabolizmasının yanı sıra saflığını ve fiyatını belirlemekte olan tıbbi nitelik taşımayan kullanımına eşlik eden yaptırımlardan ve sosyolojik faktörlerden oldukça fazla etkilenmektedir (Jaffe ve Strain, 2007). Bilindiği üzere eski yıllarda doğal yollarla elde edilebilen afyon-morfin ve benzeri maddeler opiyat; yarı sentetik bir şekilde elde edilen eroin ve morfin benzeri etkisi bulunan Hidromorfon, Oksodon, Metadon, Meperidin Fentanil, Kodein gibi maddeler de opioid olarak anılmaktadır. Ancak bu isimlendirme DSM-IV TR'de değişime uğramıştır. Bu değişimle birlikte

doğal, sentetik, yarı sentetik olması farketmeksizin morfin ve benzeri etkisi bulunan tüm maddelere opioid denilmiştir. Böylece bu konu kapsamında çıkmakta olan ve daha sonra da çıkabilecek olan tüm karışıklıkların önüne geçilmiştir (Özden, 2004).

2.2.1.1. Opiyatların Tarihçesi

Opium (opioid, opiyat); insanlık tarihinde, bilinmekte olan en eski ilaç türlerinden biridir. Ağrıyı önlemesi yönündeki faydaları ve psikolojik etkileri konusundaki bilgiler, M.Ö. 2000 yılında yaşamış olan eski Mısırlılar ve M.Ö. 4000 yılında yaşamış olan Sümerlilere değin dayanmaktadır. Latince ismi “Papaver Somniderum Linee” olan haşhaş yani afyon bitkisinden elde edilebilmektedirler (Yaluğ ve diğerleri, 2008). Afyon olarak de bilinen haşhaş bitkisinin ise hangi koşullarda ne şekilde üretildiği ise henüz çözülebilmüş değildir. İlk tahmin ise tüm papaver türü bitkilerin melezlenmesi sonucunda oluştuğu yönündedir. İkinci tahmine ise yabani olarak yetişen bir papaver türünün üretiminin kontrol altına alındığı düşüncesi hakimdir.

Haşhaş üretiminin de ilk kez hangi bölgede yapıldığı hususu da hala açıklığa kavuşabilmiş değildir. Bazı araştırmacılara göre ilk olarak tarımının yapılmaya başladığı bölge Anadolu, Akdeniz ya da Mezopotamya’dır. Bazı araştırmacılara göre ise Orta Asya ya da Uzak Doğu bölgesidir. Anadolu bölgesinde haşhaş tarımının hangi zamanda başladığına ilişkin kesin bilgilere erişilemese de yapılmış olan arkeolojik kazılar neticesinde elde edilen Eti Uygarlığına ait taş eserlerin bazılarının üzerinde resimlerine rastlanmaktadır. Sümerlerin ise haşhaşa “gil” adı verdiği o zamana ait tablet yazılarından anlaşılmaktadır. O dönemde kullanımına ilaç olarak başlanmıştır. Genellikle karın ağrısı, öksürük gibi şikayeti olanlara verilmekte olduğu; öte yandan ise sakinleştirici etkisi sebebiyle çocukların üzerinde kullanıldığı yine o döneme ait olan tabletlerden yola çıkılarak elde edilen bilgilerdir. Bunun yanı sıra bahsi geçen döneme ait mezar taşlarının üzerinde bulunan kabartmalarda da haşhaşın toplanması anlatılmıştır. Döneme ait en önemli bilgileri ise Dios Curides vermiştir. Haşhaş sütünün uykuya yol açtığını, nohut kadar afyonun yutulması sonucunda ağrıların dindiğini, hazım sürecini kolay kıldığını, suda eriyebildiğini ve fazla alındığı takdirde ölüme kadar giden sonuçlar doğurabileceğini bildirmiştir (Özden, 2004).

Anadolu toprakları yabani haşhaş türleri için oldukça verimlidir ve dolayısıyla yabani haşhaş türlerine bu topraklarda çok fazla rastlanmaktadır. Fedde, hazırlamış olduğu papaverance monografisinde Anadolu Bölgesi içerisinde 40'a yakın yabani haşhaş türüne rastlandığı kayıt altına alınmıştır. Bu bölgede bulunan haşhaşların çiçekleri genellikle viole ve beyazdır. Ancak pembe ve kırmızı renk çiçekleri olanlara da rastlanmıştır. Bahsi geçen bu çiçekler genel itibariyle sabah saat dört ile gün doğuşu arasındaki saatlerde açmaktadırlar. Çiçeğin yaprakları oldukça geniştir. Şekilleri külâhı andırmaktadır. Bitkinin gövdesinde yalnızca bir gün süresince kalmaktadır. Bu çiçeklerin kokusu yoktur ve bal özünü de taşıyamamaktadır. Çiçeğin taban kısmında sayıları 80 ve 280 arasında değişmekte olan ercikleri ile on binlerce tomurcukları bulunmaktadır. Dişi organ ise 8- 18 gözlü bir kapsülden oluşmaktadır. Bahsi geçen bu kapsüller zaman içerisinde olgunlaşarak meyveyi oluşturmaktadır (Nebioğlu ve diğerleri, 2013). Bu meyveler iki hafta içerisinde çizim aşamasına elverişli bir hal almaktadır. Haşhaş bitkisinin önemli olan organı bahsi geçen bu kapsüllerdir. Türkiye'de bu kapsüller koza, kelle, kobalak ve baş adıyla bilinmektedir. Afyon ve tohumlar bu kapsülden meydana getirilmektedir.

Günümüzde afyon alma işleminin çizme yöntemiyle yapılması tamamen yasaktır. Çizme işlemi esnasındaki en önemli safha kapsülün gerekli olan olgunluk derecesine sahip olduğu anı tespit edebilmektir. Eğer bu işlem için geç kalınırsa kapsül kurumaya başlamakta ve süt verimi azalmaktadır. Bir adet haşhaş kapsülü için elde edilen afyon verimi 0,02 gr civarındadır. Her bitki başına ise ortalama verim 0,1-0,3 gr arasında değişmektedir. Bu miktar nadiren de olsa 0.4 gr seviyelerine erişebilmektedir. Afyonun en önemli alkaloidi morfindir. 1803'de Sertüner morfini izole etmiştir. Adını ise uyuşturucu etkisinden dolayı uyku tanrıçası olarak bilinen Morpheus'tan almıştır. 1924'de morfin strüktürü Robinson ve Gulland tarafınca açıklanmıştır. 1952 yılına kadar sentezi yapılmamış olan morfin Tscendi ve Gates ikilisi tarafından sentezlenerek Robinson'un sunmuş olduğu strüktür doğrulanmıştır (Özden, 2004).

1832 yılında ise Kodein maddesinin izolesi gerçekleştirilmiştir. Bir opium türeviden olan diasetilmorfin ya da eroin tıp bilimine 1898 yılında giriş yapmıştır. İlk saf sentetik ilaç olan morfin benzeri opiyatlardan meperidin ve metadonun ise tıp bilimine girişi 1940'lı yıllarda gerçekleşmiştir. Opiyat bağımlılığı ve yoksunluğu ilk olarak 1700'lü

yıllarda fark edilmeye başlanmıştır. 19. yüzyılın ortalarında opiyat bağımlılığı yaygın bir halde bulunmaktadır. Fakat önemli bir tıbbi sorun teşkil ettiğine rastlanması 20. yüzyılın sonlarına doğru söz konusu olmuştur. Bu gelişmelere paralel olarak opiyat bağımlılığının tedavi yöntemlerinde de pek çok yeni gelişmeler yaşanmıştır. Böylelikle kesin bir tedavisinin olmadığına yönelik algı terk edilmiştir. İleri düzeyde psikososyal tedavileri geliştirilmiştir. Sürdürüm adıyla bilinen tedavi yöntemi de etkinliğini göstermeye başlamıştır. Bununla birlikte uzun ve etkili opiyat antagonistlerinin geliştirilmesiyle eroïn kullanımının ve suçun azaldığı gözlemlenmiştir (Jaffe ve Strain, 2007).

2.2.1.2. Opiyatların Etkileri

Opiyatlar karaciğerin içerisinde metabolize olmaktadır. Metabolitler ise safra ve idrar ile atılmaktadır. İlk yirmi dört saatte atılımın %90'ından fazlası gerçekleşmektedir. Fakat metabolitlere idrar içerisinde kırk sekiz saatten biraz fazla rastlanabilmektedir. Ancak çok uzun süreli bir etkiye sahip olan metadon bahsi geçen bu kurala uymamaktadır. Opiyatların emilimi nazal mukozadan, gastrointestinal sistemden ve akciğerden hızlı bir şekilde gerçekleşmektedir. Kan seviyesi ise parenteral uygulamada hızlı bir şekilde yükselmektedir. Alınmakta olan dozun miktarına göre intoksikasyon oluşumu gerçekleşebilmektedir. Plazma seviyesinin en yüksek seviyesine yarım saatte ulaşmakta ve bu plazma vücut dokularında yoğunlaşmaktadır.

İntoksikasyon derinliği ve plazma seviyesi doğru orantılı bir şekilde hareket etmektedir. Seçici bir şekilde opiyatlar özgül nöronal reseptörlere bağlanmaktadır. Bu reseptörlerin ise bulunduğu yerler beyin ve bağırsaktır. Doğal opioid peptidlerin yani dinorfin, enkefalinler ve endorfinin etkisine bu opiyat reseptörleri aracılık etmektedir. Opioid maddeler, insan vücudundaki etkilerini Delta (d), Mu (μ) ve Kappa (K) adı verilen üç ana reseptör üzerinden göstermektedir. Opioid reseptörleri, medulla spinaliste, beyinde, otonom sinir sisteminin diğer kısımlarında, lokositlerde ve gastrointestinal sistem içerisinde yer alan sinir pleksuslarında bulunmaktadır. μ reseptörleri, solunum depresyonu, sedasyon, öfori, konstipasyon, bağımlılık durumu gibi istenilmeyen etkilerden ve analjezik olarak gerçekleşmekte olan etkilerin büyük bir kısmından sorumludur. Opioid analjeziklerin büyük bir kısmı μ reseptör

agonistisidir. Delta reseptörlerinin ise bağımlılık ile alakası bulunmamaktadır. Analjeziyle bağlantılı oldukları düşünülmele birlikte periferdeki önemi daha fazladır. Enkefalinler perifer üzerindeki etkilerini d reseptörleri aracılığıyla göstermektedirler. Kappa reseptörleri ise hem periferik hem de spinal seviyede analjeziye katkıda bulunmaktadır. Bunun yanı sıra disfori, endokrin düzenlemeler, sedasyon ve diürez benzeri etkileri de mevcuttur. Ayriyeten d ve μ reseptörlerinin duygudurumu etkilemekte olan sistemlerle bir alakaları bulunduğu sanılmaktadır (Rowe, 2009; Knapp ve diğerleri, 2005; Yaluğ ve diğerleri, 2008).

Opioid maddelerin en bilindik etkileri gastrointestinal sistem ve Merkezi Sinir Sistemi (MSS) üzerine yönelik olan etkileridir. MSS'de görülen etkileri öksürük refleksinin baskılanması, tolerans gelişimi, duygudurum üzerine olan etkiler, analjezi, fiziksel ve psikolojik bağımlılıktır. Opioidlerin bahsi geçen bu etkileri kronik ilaç kullanımını takip ederek gelişmekte olan ve narkotik bağımlılığı adı verilen istenilmeyen yan etkilerinin en büyüğünün sorumlusudur. Bunlarla beraber solunum depresyonu, ısı regülasyonu, miyozis, bulantı, kusma ve nöroendokrin sistem ile alakalı birtakım değişikliklere de sebep olabilmektedir. Nöroendokrin sistemdeki en önemli istenmeyen etkileri gonadotropin salgılatıcı hormonun baskılanması neticesinde meydana gelmektedir. Bu durum erkeklerde testesteron seviyelerinde düşüşe ve kadınlarda menstrüel düzensizliklere neden olmaktadır. Öte yandan, kortikotropin salgılatıcı hormonu baskısı altına alarak kortizol seviyelerinde düşüşe sebep olmaktadır. Böylesi bir durumun oluşması sonucu opioidlerin anksiyete ve stres giderici etkilerine aracılık ettiği gözlemlenebilmektedir. Opioidler, vücutta bulunan tüm sfinkterlerin kasılmasına yol açarak idrar retansiyonuna ve konstipasyonuna neden olabilmektedirler.

μ reseptör agonistleri özellikle gastrointestinal pasajda yavaşlamaya neden olduklarından dolayı diarenin tedavi edilmesinde rol oynayan anahtar niteliğindeki difenoksital ve loperamid gibi ilaçlardır. Ağrı ve ağrının algılanması durumu üzerinde mevcut olan etkileri çok güçlü olmaktadır. Yüksek dozlarda majör nitelikteki bir cerrahi işleme izin verebilecek düzeyde ağrı duyumsamasını azaltmaktadır. Fakat yüksek seviye dozlarda derin bir solunum depresyonuna neden olacağından dolayı böylesi bir durumla karşı karşıya kalındığında mekanik solunum desteğine ihtiyaç duyulmaktadır. Yaygın olarak opioidlerin kullanılması sonucu analjezik etkilere

rastlanmaktadır. Bu etkileri görmek için düşük dozlar bile yeterli olabilmektedir. Örnek olarak 10 mg morfin bahsi geçen bu etkilerin görülmesi için yeterlidir. Böylesi düşük doz alımlarında bilinç seviyesinde herhangi bir değişikliğe rastlanmamaktadır. Yalnızca ağrıyı dindiren etkileri meydana gelmektedir (Rowe, 2009).

Analjezik doz seviyesinde kullanıldıkları takdirde opioidlerin duygudurum üzerinde de etkili olduğu bilinmektedir. Bu nedenle hastanede yatışı gerçekleşen hastalardaki anksiyeteyi azaltmak ve depresif semptomların önüne geçmek adına tranklizan etkisinden faydalanılabilmektedir. Opioid bağımlılığı olan kişilerin duygudurumunda bir özgüven ve elevasyon artışı meydana gelmektedir. Ancak opioidin ilk kez kullanımında bilinç bulanıklığı ve sersemlik gibi hoş olamayan etkileri de görülebilmektedir. Bazı bağımlı bireylerde paranoid düşünceleri ve öfkeyi baskılamakta olan bir etki de yapabilmektedir (Knapp ve diğerleri, 2005; Yaluğ ve diğerleri, 2008). Opioidlerin dopaminerjik ve noradrenerjik sistemler üzerinde de etkisi bulunmaktadır. μ opioid agonistler, beyin içerisinde noradrenerjik nöronların merkezi olan lokus seruleustaki faaliyeti baskılamaktadır ve muhtemel kuvvetle anksiyeteyi gideren etkilerini bu sayede gerçekleştirirler.

2.2.1.3. Afyon Alkaloidleri

Afyon çiçeğinin kapsüllerinin içinde yer alan öz süte “rohoium” adı verilmektedir. İçinde yirmiye yakın opium alkaloidi bulunmaktadır. Bunların başında morfin gelmektedir. Doğal opioidler; benzilizokinolin grubu ve fenantren grubu olmak kaydıyla iki kimyasal sınıfta incelenmektedirler. Kronik ve şiddetli ağrıda morfin alkaloidi günümüzde halen en sık kullanılan ve en etkili olan analjezik ilaçtır. Opium içerisinde yaklaşık olarak %5 düzeyinde bulunmakta olan kodein alkaloidi insan vücudu içerisinde morfine dönüşmektedir. Eroin ve hidromorfon gibi yarı sentetik olan opioidler; doğal olan opioidlerin sentezlenmesi sonucu ortaya çıkmaktadır. Sentetik opioidlerin yani narkotiklerin başlıcaları methadon, meperidin, propoksifen ve pentazosin maddeleridir. Güçlü bir bağımlılığa yol açtıkları için Türkiye’de kırmızı reçeteye verilmektedirler (Özden, 2004; Rowe, 2009; Simon, 2005; Yaluğ ve diğerleri, 2008).

2.2.1.3.1. Morfin

Morfin; oral, intravenöz ve cilt altı yollar ile vücuda alınmaktadır. Morfinin intravenöz olarak alınması durumunda analjezik etki ancak maksimum yirmi dakika sonra görülebilmektedir. Bu durum ilacın yavaş bir şekilde penatre olmasından kaynaklanmaktadır. Çabuk detoksifikasyon ve yavaş absorpsiyon gerçekleşiyor olması sebebiyle morfini oral olarak almak doğru değildir. İlaçtan çabuk bir etki bekleniyor ise cilt atlı yöntemini kullanmak uygun olacaktır. Cilt altına enjekte edilen morfinin, %60'lık bir kısmının ilk yarım saatte absorbe edildiği yönünde tahmin yürütülmektedir. Cilt altına enjeksiyonu gerçekleştirildikten sonra yarım saat ile bir saat arasında beyin dokusu içerisindeki konsantrasyonu maksimum seviyeye ulaşmaktadır. Maksimum analjezi ise bir saat ile bir buçuk saat arasında görülmektedir. İntravenöz yoldan verilmesine göre etki süresi daha uzun olmaktadır. Morfin vücutta karaciğer, böbrek ve dalak gibi parankimatöz dokular içerisinde toplanmaktadır. Beyin bariyerinde kan çok az düzeyde penatre olmaktadır (Özden, 2004). Morfin maddesinin büyük bir kısmı glukuronik aside bağlanmaktadır. Konjuge olarak ise bağırsaklardan itrah olmaktadır. Çok az bir bölümü demetilasyon ile detoksike edilmektedir. Morfin aynı zamanda plasentadan çocuğa da geçebilmektedir.

Merkezi sinir sisteminde morfinin etkisi birbirinden farklı hayvan türlerinde büyük farklılıklar gösterebilmektedir. Toksik dozlarda kullanıldığında morfin beyin hücrelerinin oksijen kullanımını inhibe etmektedir. Ancak çizgili kasların ise oksidatif metabolizmasını arttırmaktadır. 5-10 mg gibi terapötik seviyedeki dozlarda morfin zihinsel bulanıklık, baş dönmesi ve analjezi ortaya çıkarmaktadır. Morfinin etkisi normal bünyeye sahip bireylerde keyif verici bir nitelik göstermemektedir. Normal şartlarda korku, disfori ve heyecana neden olmaktadır. Kişinin yüzünde, burnunda ve kulaklarında kaşıntılara rastlanmaktadır. Aynı zamanda bulantı ve kusma görülmektedir. Terapötik dozlarda alınan morfin uyku ve uyuşukluk hissi vermektedir. Bunun yanı sıra iradi aktiviteleri azaltmaktadır. Kişi bundan dolayı dikkat dağınıklığı yaşamakta ve sersemlemiş gibi görünmektedir. Morfinin oforik, analjezik, emetik ve diğer özelliklerinin büyük bir bölümü hipotalamus, serebral korteks ve medüller merkezler üzerindeki depresyonun etkisi altında bulunmaktadır. Yüksek seviye dozlarda opiyatlar ve analogları, spinotalamik sistemlerdeki sinaptik iletiyi inhibe etmektedir. Vücut ısısının ise termoregülatör merkezlere etki ederek düşmesine neden

olmaktadır. Supraoptik nükleusa etki etmekte olan morfin; hipofizin antidiüretik hormon sekresyonunda artışa sebep olmaktadır. Morfin alımından sonra antidiüretik hormon sekresyonunun artması dolayısıyla oligüri görülmektedir. Morfin myosiz yapmakta ve dolayısıyla pupilları küçültmektedir. Bu durumun morfinin korteksinin okulomotor merkez üzerindeki inhibitör etkisini kaldırması neticesinde meydana geldiği ileri sürülmektedir. Pupillalar üzerinde olan etkisi ise toleransa bağlı bulunmamaktadır. Morfinin ağrı kesici özelliklerinin yanında başka özellikleri de bulunmaktadır. Kendinden emin olma, kendini iyi hissetme duygusunun oluşmasına sebebiyet vermektedir. Bağımlı olmayan bireylerin %10'luk bir kısmında öfori durumu söz konusu olurken, morfin bağımlılarının %80'lik bir kısmında öfori durumu meydana gelmektedir. Morfin olunum merkezini inhibe etmektedir. Bu etki düşük dozlarda bile gözlemlenmektedir. Bu durumun oluşması neticesinde solunum hacmi ve miktarı azalmaktadır. Daha yüksek seviye dozlarda ise Cheyn- Stokes solunumu görülmektedir. Morfin intoksikasyonunda suni solunum yapılmadan önce O2 inhalasyonu yapmak hatalı olacaktır. O2 inhalasyonu PCO2'nin düşmesine neden olmaktadır. Bu durumda O2 inhalasyonu uyarılma eşiği zaten yükselmiş vaziyette bulunan solunum merkezinin uyarılmasına yeterli gelmeyecektir ve solunumda durma meydana gelecektir. Öksürük merkezi de morfin tarafından inhibe edilmektedir. Böylelikle morfinin kusturma etkisi bulbusta "kemoreseptör" trigger zon'da ortaya çıkmaktadır. Morfin aynı zamanda konstipasyona da sebebiyet vermektedir. Bu etkisinden dolayı yüzyıllar boyunca afyon bitkisi diarenin tedavi edilmesinde kullanılmıştır. Morfin mesanede ve üreterde spazmların oluşmasına sebep olmaktadır. Mesane sfinkterinin kasılmasıyla idrar retansiyonuna neden olmaktadır. Vücutta bulunan tüm sfinkterler morfin etkisi ile kasılmaktadır (Özden, 2004).

2.2.1.3.2. Eroin

Eroin, morfinden 2,5 kat daha fazla analjezik etki etme gücüne sahip olan bir maddedir. Buna bağlı olarak da kişide bağımlılık oluşturma potansiyeli morfinden daha fazladır. Eroinin bir ya da iki defa kullanılmış olması bağımlılık durumunun söz konusu olması için yeterlidir. Vücut içerisinde hızla tolerans ortaya çıkarmaktadır. 24 saat etkisini devam ettirmesi için gerekli olan doz 0,02-0.5 gr arasındadır. Bir eroin bağımlısı ise bu miktarın elli katına kadar kullanabilmektedir. Bir bağımlının gün

içerisinde 2 gr ya da daha fazla eroin kullanması söz konusu olabilmektedir. Bir bağımlı tarafından günlük olarak kullanılan ortalama doz miktarı ise 1 gr olarak kayıt altına alınmıştır. Alkoloid bir madde özelliği taşıyan diasetil morfin 1898 yılında ilk kez Almanya menşeli Bayer firması tarafından piyasaya sunulmuştur. Sunulan bu madde asetik asit ise bir miktar morfinin karıştırılarak ısıtılması neticesinde elde edilmektedir. Bu maddenin kullanımı şiddetli bir düzeyde bağımlılık yaratmaktadır. Bahsi geçen bu madde bir opium çeşididir. Kokusu olmayan, beyaz renkte ve kristalize halde bulunan bir tozdur. Fenantren sınıfı türevlerinden olmakla birlikte kodein ve morfin ile aynı sınıfa mensuptur. Vücutta ortaya çıkardığı fizyolojik etkileri neredeyse tamamen morfinle aynıdır ancak daha şiddetlidir. 85 derecelik bir ısı ortamında asetik anhidrid ve baz morfini karıştırılarak benmari içerisinde 6 saat kaynatılarak, saf halde bulunmayan eroin üretilmektedir. Bu işlem sonucunda elde edilen madde birkaç kez yıkama işlemine tabi tutulduktan sonra aseton ile eritilip süzülmemektedir. Sonrasında ise hidroklorik asit ile karışımı sağlanarak eroin elde edilmektedir. 1936'da Türkiye'de bir Japon markası hükümetten izin alma işlemlerini tamamladıktan sonra İstanbul içerisinde yer alan Mecidiye kışlasına eroin üretmeye başlamıştır. Yaklaşık olarak bir yıl boyunca çalışan bu fabrika kısa bir sürede geniş bir piyasa ağı kurmuştur ve üretimi giderek arttırmıştır. Bu fabrikada çalışmakta olan işçiler ilk başlarda huzur, mutluluk ve neşe hislerine sahip olduklarını fakat geçen süre içerisinde bu hislerin yerini halsizliğin ve yorgunluğun aldığını belirtmişlerdir. Hatta bu sebeple sağlık kuruluşlarına müracaat etmişlerdir. İlk başlarda bu işçilerin eroin kullanmış olduklarına yönelik bir algı oluşsa da daha sonra bu hislere sebebiyet veren durumun afyonun işleme girmesi esnasında ortaya çıkan tozların etkisi olduğu anlaşılmıştır (Özden, 2004). İstanbul'da son hızla devam eden eroin üretimi sonucu elde edilen kazanç sayesinde fabrika sayısı üçe çıkmıştır. İnanılmaz düzeyde harika faydalarının olduğuna yönelik yoğun bir reklam stratejisi uygulanmıştır. Ancak eroinin kötü neticeleri çok kısa bir süre içerisinde anlaşılmıştır. Bu gelişme üzerine Atatürk önderliğinde toplanmış olan Bakanlar Kurulu eroin satışına derhal yasak koymuştur. Bunun bir sonucu olarak fabrikalar kapatılmış, mal ve aletlerine el konulmuştur. Aynı zamanda asetik anhidrinin üretimine de yasak getirilmiştir (Özden, 2004).

2.2.2.Opiyat Bağımlılığı

Madde bağımlılığının psişik(psikolojik) ve fiziksel(fizyolojik) olmak üzere iki yönü bulunmaktadır. Psişik yön; ilgili maddenin pozitif yönde pekiştiri yapmasına bağılı olarak gelişmektedir. Bireyin kullandığı maddeyi devamlı olarak alma isteğı (craving) bulunmaktadır. Maddeye duyulan hasret bireyi şiddetli bir şekilde madde aramaya itmektedir. Böylesi bir durumda madde alımının kontrolüne karşı olan irade ortadan kaybolmaktadır. Psişik(psikolojik) olarak gelişen bağımlılığın düzeyi maddenin türüne ve bireyin bünyesine bağılı olarak değışkenlik göstermektedir. Fiziksel yön psişik yöne göre şiddet ve süre olarak bağımsız bir konumda bulunmaktadır. Fakat genellikle psişik yöne eşlik etmekte olan bir durumdur. Maddenin belirli bir süre vücut içerisinde bulunmasına bağılı olarak; reseptörler, nöronlar ve reseptör sonrası gelişen olaylarda ortaya çıkan adaptif farklılıklar neticesinde oluşmaktadır. Aslına bakıldığında fiziksel komponent bir nöroadaptasyon durumunu ifade etmektedir.

Vücuda verilen maddenin kesilmemesi durumunda belirti vermemekte dolayısıyla fark edilememektedir. Nöroadaptasyon maddeye verilen bir yanıt niteliğı taşıdığı için kontradaptasyon olarak da isimlendirilmektedir. Bağımlılık yapıcı niteliğe sahip olan maddeler agonist bir nitelik taşımaktadır. Agonist tesir ve kontra-adaptif farklılıklar birbirlerini dengelemektedir. Bu sayede yeni bir homeostaz oluşumu meydana gelmektedir (Sağlam ve diğeri, 2003). Opiyata karşı olan bağımlılık, opiyat maddelerini tıbbi bir sebep olmadan uzun bir süre kullanmak veya opiyat tedavisini gerektirmekte olan tıbbi bir sebep bulunsa da gerekenden daha yüksek dozda almadan duramama durumunu ifade etmektedir. Buna kompulsif davranış adı verilmektedir. Opiyat bağımlılığı olan bireyler günlük aktivitelerini, ilgili maddeyi kullanmaya ve bulmaya göre planlamaktadırlar. Genellikle yasa dışı yollarla temin edildikleri için belirli bir maddi kaynak ve çaba gerektirmektedir (Köroğlu, 2009).

2.2.2.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu

Opiyat kullanımına dair oluşan bozukluk, kullanımına bağılı bir şekilde belirgin olan sorunlara yol açabilmesine rağmen kullanım durumunun tekrarlandığı psikolojik, sosyal, fizyolojik, davranışsal ve bilişsel olarak ortaya çıkan belirtiler kümesidir.

Eroin, gelişmiş olan ülkelerde bağımlılığa ve kötüye kullanıma en sık neden olan opiyat türüdür. Bunun yanı sıra tıbbi tedavi gerçekleştirme amacıyla kullanılmakta olan opiyatlara karşı gelişen bağımlılıksa büyük bir oranda artış göstermektedir. Bu durum önemli bir halk sağlığı sorununun oluşuma neden olmaktadır. Opiyat kullanımı genellikle bağımlılık durumunun oluşmasıyla neticelenmektedir. Tedaviye rağmen çok sık nüksettiğine rastlanmaktadır.

Özellikle düşük seviyedeki sosyoekonomik sınıfa mensup olan gençlerde çok sık görülmektedir. Ancak bu durum yalnızca bulunduğu kesimi değil tüm sınıfları etkisi altına almaktadır. Aile büyüklerinin boşanması, vefat etmesi ya da aile mensuplarından birinin madde kullanımı gençlerin opiyat kullanımını tetikleyen risk faktörlerindedir. Opiyat kullanımına çok büyük oranda başka psikiyatrik problemler de eşlik etmektedir. Madde kullanıcılarında büyük bir oranda işlevsellikte bozulmalara ve iş gücü kaybına rastlanmaktadır (Sadock ve diğerleri, 2014).

2.2.2.2. Opiyatın Genel Kullanımının Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi

Dünya üzerinde uyuşturucu niteliği taşıyan madde kullanımının yasal sınırlıkları net olarak belli değildir. Ayrıca yasa dışı olması nedeniyle bahsi geçen maddelerin kullanımının yaygınlığına kesin ve tam bir şekilde ulaşmak mümkün olmamaktadır. Ancak sağlık kuruluşlarına başvuruda bulunan bireyler içerisinde tespiti gerçekleştirilenler bazında yapılan anket çalışmaları sonucunda belirli bazı oranlara erişmek mümkün olmaktadır (Ögel, 2005).

Opiyat kullanımına dair yapılmakta olan araştırmalara bakıldığında dünyada genel olarak 15-20 milyon bireyin en az bir defa olmak kaydıyla opiyat kullandıkları bilgisine erişilmiştir. DSÖ'nün ülkeler bazında yapmış olduğu opiyat kullanımı değerlendirmesinde kıtaların nüfuslarına göre veriler derlenmiştir. Bu veriler ışığında edinilen bilgilere göre %0,6-%0,7 ile en yüksek yüzdeliğe sahip olan bölge Avrupa'dır. En düşük yüzdeliğe ise %0,2 ile Afrika bölgesi sahiptir (Evren ve Bozkurt, 2015). Türkiye'de ise altı ili kapsayan bir çalışma yürütülmüş ve opiyat kullanımının 16-64 yaş aralığında %0.05 olduğu tespit edilmiştir (Tubim, 2010).

Türkiye'yi genel olarak içerisine alan bir araştırmada ise bireylerin hayatları boyunca en az bir defa uyuşturucu madde kullanım sıklığı 15-64 yaş aralığında %2,7

olarak gözlemlenmiştir. Bahsi geçen bu araştırma dahilinde madde kullanım yaygınlığına yaş aralığı bağlamında bakıldığında genç nüfusun daha yaygın bir biçimde kullanıma sahip olduğu tespiti yapılmıştır (BMUSO, 2004). Avrupa Uyuşturucu Bağımlılığı ve Bağımlılığı İzleme Merkezi'nce yürütülen bir çalışmada Avrupa'da opiyat kullanım yaygınlığının %0,4 seviyesinde olduğu gözlemlenmiştir (Emcdda, 2018).

Opiyat suiistimaliyle birçok sosyal, davranışsal, ekonomik ve psikolojik risk etmeni ilişkilendirilebilmektedir (Brown, 2004). Risk etmenleri, bir kişinin hastalık geliştirme ihtimalini arttırmakta olan herhangi bir şey olabilmektedir. Maddenin kötüye kullanımı ile etkileşime giren etmenler sebebiyle madde kullanımı riski her kişiye özgü olarak ortaya çıkmaktadır.

Opiyat kullanımında birçok etmenin birlikte etkili olduğu bazı tıbbi tedavilere öncülük eden nadir araştırmalarda bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi Webster'in 2017 yılında yapmış olduğu çalışmadır. Bu çalışma ile opioid tedavisiyle yönetilmekte olan kronik ağrının, opioid kötüye kullanımı adına bir risk etmeni olduğu; hasta olan kişinin çevresine opioidleri getirdiğini ve bu bağlamda opioidlere gereksinim hissettiği tespit edilmiştir. Bu tip kötüye kullanımları engellemek için doktorlar, hastalarını aile hikayesi, yaş ortalaması ve geçmiş kullanım macerası gibi durumlarını öğrenerek öncelikle risk etmenlerini değerlendirmeye tabi tutmaktadır.

Tıpkı diğer uyuşturucu madde kullanımlarında olduğu gibi opiyat kullanımında da genetik etmenlerin etkisinde bahsedilebilmektedir. Goldman 2005 yılında yapmış olduğu araştırmalarda, genetiğin madde kullanım bozukluğu çerçevesinde risk faktörü oluşturduğunu gözlemlenmiştir. Goldman; dizotik (DZ) ve monozigotik (MZ) arasındaki kalıplara bakarak bağımlılık durumu oluşumunun kalıtımsallığını değerlendirmeye tabi tutmuştur. Goldman, madde kullanım çeşidine bağlı olarak katılım seviyesinin %40-%80 arasında olabileceği neticesine ulaşmıştır. Bu çıkarımla beraber bazı demografik unsurların opiyat bağımlılığı risk etmenleri olarak etkili olduğunun da tespiti yapılmıştır. Aynı zamanda kadınlara oranla erkeklerin madde kullanım oranlarının daha fazla olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Fisher, 2014).

Ayriyeten ruh sağlığı hastalıklarının da uyuşturucu madde bağımlılığıyla kuvvetli bir şekilde ilişkili olduğu sonucuna varılan çalışmalar da bulunmaktadır (Katz

ve diğeri, 2013). 2010 yılında Trull, kişilik bozukluğu problemi olan kişilerin, kişilik bozukluğu problemi olmayanlara göre madde kullanma ihtimallerinin %12 daha fazla olduğunu tespit etmiştir. 2014 yılında ise Fisher; bağımlılığı bulunan kişilerin %70'inde zihinsel sağlık problemlerinin bulunduğu sonucuna ulaşmıştır. Bu zihinsel sağlık problemleri arasında en sık rastlanılanların kaygı bozukluğu, şizofreni ve bipolar bozukluk olduğu gözlemlenmiştir.

Uyuşturucu nitelik taşıyan maddenin toplum içinde dışlanmaması ve kabul görmüş olması; ilgili maddeye ulaşımı kolaylaştırmakta ve kullanımının yaygınlaşmasına aracı olmaktadır. Herhangi bir psikolojik rahatsızlığın, kişinin farklılık arayışının, risk içeren davranışlara meyilli olmasının ve kişinin dürtüselliklerinin opiyat kullanımında etkili olan faktörler olduğu gözlemlenmiştir (Strain ve diğeri, 2011).

2.2.2.3. DSM 5'e Göre Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri

Kapsama Kriterleri

12 aylık bir süreç içerisinde meydana gelmekte olan, aşağıdaki durumlardan en az ikisi ile kendisini gösteren, klinik bakımdan belirgin bir sıkıntıya veya işlevsellikten düşmeye sebep olan bir opiyat kullanım örüntüsüdür (American Psychiatric Association, 2013).

1. Opiyatlar, çoğu zaman istenilenden daha uzun süreli ve daha fazla miktarda alınabilmektedir.

2. Opiyatı kullanmayı denetim altına almak veya bırakmak için sürekli olarak istek duyulmakta ve bu istek doğrultusunda netice alınamayan çabalar harcanmaktadır.

3. Opiyat kullanmak, opiyatı elde etmek veya bünyede yaratmış olduğu etkilerden kurtulabilmek için gerekli olan etkinliklere çok zaman harcanmaktadır.

4. Opiyat kullanmak için kendini zorlanmış hissetme veya kullanmaya dair çok büyük bir arzu duyma durumu meydana çıkabilmektedir.

5. Okulda, iş yerinde veya evde bulunduğu konumun bir gereği olarak başlıca sorumluluklarını yerine getirememeye ile sonuçlanmakta olan yineleyici opiyat kullanım durumunun ortaya çıkmasıdır.

6. Opiyatın etkilerinin harladığı veya sebep olduğu, yineleyici veya sürekli kişilerarası problemler veya toplumsal sorunlar oluşmasına karşılık opiyat kullanımının sürdürülüyor olması durumudur.

7. Opiyat kullanımından dolayı önemlilik arz etmekte olan birtakım işlerin veya dinlenme- eğlenme aktivitelerinin bırakılması veya azaltılması durumunun oluşmasıdır.

8. Yineleyici nitelik taşıyan bir şekilde, tehlikeli olabilecek durumlarda opiyat kullanımının söz konusu olmasıdır.

9. Büyük bir ihtimalle opiyatın sebep olduğu veya harladığı, yineleyici veya sürekli ruhsal ya da bedensel bir problem olduğu bilgisine rağmen opiyat kullanımının sürdürülmeye devam ettirilmesidir.

10. Aşağıdakilerden bir tanesi ile tanımlandığı üzere, tolerans gelişmiş olması:

a. Esrikliliği veya istenmekte olan etkiyi gerçekleştirmek adına belirgin bir şekilde artmakta olan ölçülerde opiyat kullanma gereksiniminin duyulması durumudur.

b. Aynı miktarda opiyat kullanımının devam ettirilmesine rağmen daha az etki sağlanması durumunun oluşmasıdır.

11. Aşağıdakilerden bir tanesiyle tanımlandığı gibi, yoksunluk durumunun gelişmekte olması:

a. Opiyata özgü nitelikler taşıyan yoksunluk sendromunun oluşması durumunu ifade etmektedir.

b. Yoksunluk sonucu meydana gelen belirtilerden kaçınmak veya kurtulmak adına opiyat veya yakından ilişkili bir madde kullanımına işaret etmektedir.

Belirleyiciler

Erken yatışma aşamasında; önceden opiyat kullanım bozukluğu olanlar için tanı kriterlerinin tamamı karşılandıktan sonra, opiyat kullanım bozukluğu kriterlerinden hiçbir tanı (A4 tanı kriteri hariç), 12 aydan daha uzun bir süre içerisinde hiçbir şekilde karşılanmamaktadır.

Uygulanmakta olan sürdürüm tedavisinde; bireyler tarafından buprenorfin veya metadon gibi reçetelenmiş olan bir agonist ilaç alınıyor ise ve bu ilacın yer almış

olduğu küme için opiyat kullanım bozukluğuna ilişkin hiçbir tanı kriteri karşılanmıyor ise belirleyiciler kullanılmaktadır. Bir agonist-antagonist ile sürdürme tedavisi uygulanmakta olan bireylerde de bu belirleyicilerin kullanımına rastlanmaktadır.

Ağırlık Belirleyicileri

Ağır: Kapsayıcı kriterlerden altı ya da daha çoğunun bulunması

Orta Derecede: Kapsayıcı kriterlerden dört ya da beş tanesinin bulunması

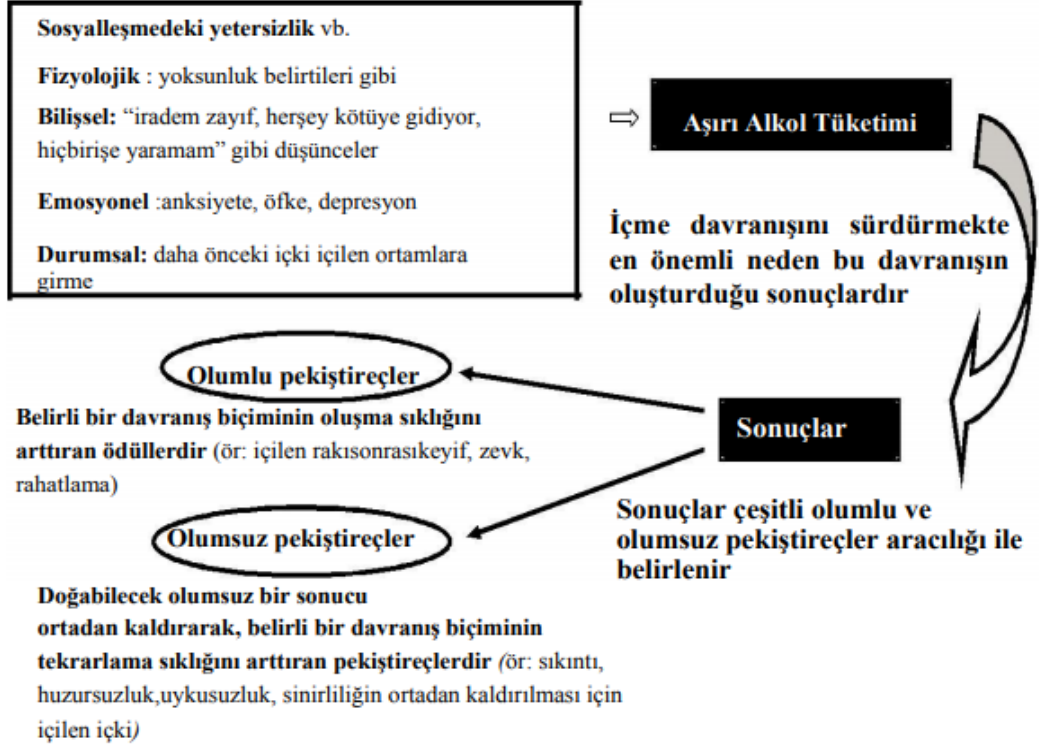
Ağır Olmayan: Kapsayıcı kriterlerden iki ya da üç tanesinin bulunması

2.3. Alkol Bağımlılığı

Klinik tıp bilimi alanında gelişmelerin yaşandığı 19. yüzyıl içerisinde alkolizm bir hastalık biçimi olarak irdelenmektedir. 1849'da ilk defa Magnus Huss tarafından alkolizm terimi ortaya atılmıştır. Bu terimin bağımlılıktan öte, alkolün toksik tesirleri bağlamında ele alındığı bilinmektedir (Room ve diğerleri, 2015). Fakat alkolizmin ilerleyen zaman içerisinde bağımlılık kavramını içine alan bir kullanıma kavuştuğunu söylemek mümkündür. Bu durum Adsız Alkolikler'in ortaya çıkmasından sonra iyiden iyiye baskın bir hale gelmiştir. 1951'de Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanan raporda alkol bağımlılarından alkolikler şeklinde bahsedilmektedir (DSÖ, 1951: 16).

1976 yılında Gross ve Edwards'ın yapmış oldukları alkol bağımlılığı sendromu tanımı genel olarak tüm dünya tarafınca benimsenmiştir. Özellikle ICD ve DSM tanı kriterleri bu tanımı temel alarak yapılandırılmıştır. Gross ve Edwards, fenomenolojik bir temele dayanan alkol bağımlılığı sendromu tanımı içerisinde temel teşkil eden yedi unsura değinmiştir. Bu unsurlar; içki arama davranışının yoğunluğu, içme repertuarının daralma göstermesi, tekrarlayan kesilme belirtileri, alkole toleransın artması, içme davranışının zoraki bir hal alması ve öznel farkındalığın oluşması, kesilme belirtilerinin içerek iyileştirilmesi veya önlenmesi, bırakma dönemlerinden sonra bağımlılığın yeniden başlaması biçiminde karşımıza çıkmaktadır. Bir kişiyi alkol bağımlısı olarak nitelendirebilmek için sayılmış olan bu yedi temel unsurdan herhangi üçünün varlığının arandığı söylenebilmektedir. Fakat tanı koyma esnasında üç unsur yeterli gelmemektedir (Doğan ve İlhan, 2014). Edimsel koşullanma kavramına göre alkol bağımlılığı şekil 2.5'de gösterilmiştir.

İçme davranışı öncesi tetikleyici faktörler



Şekil.2.5. Edimsel Koşullanma Kavramına Göre Alkol Bağımlılığı

Kaynak: Nurmedov, 2008

2013 yılında beşincisi basılan DSM tanı kriterlerinde alkol bağımlılığı sendromu kavramının kullanılmadığına rastlanmaktadır. Madde İlişkili ve Bağımlılık Bozuklukları başlığı içerisinde Alkolle İlişkili Bozukluklar içeriği bulunmaktadır. Türkiye’de Sağlık Bakanlığı kararı gereğince tanı koyma işlemi esnasında Dünya Sağlık Örgütü’nce yayımlanmış olan ICD kodlama dizgesi kullanılmaktadır.

ICD; sağlık problemlerinin uluslararası sınıflandırma sistemidir. Tanı sistemleri içerisinde alkol bağımlılığının farklı tanı adlarıyla anıldığı gözlemlenmektedir. En önemli husus ise klinik ortamında alkol kullanım problemiyle gelecek olan kişilerin durumuna etki etmeyecek bir biçimde çok boyutlu ve doğru bir yaklaşım sergilemek gerekliliğidir. Problemlerin çözüme kavuşturulması esnasında bu çerçevede hareket etmenin kritik bir önemi bulunmaktadır (APA, 2013).

2.3.1. Alkol Kullanım Bozukluğu

Dr. Benjamin Rush 1700’lü yıllar içerisinde sürekli tekrar etmekte olan sarhoşluk durumunun bir problem teşkil ettiğini ve bu problemin bir hastalık olarak

kabul edilmesi gerektiğini belirtmiştir (Brown, 2008). Magnus Hus ise 1849 yılında ilk defa alkolizm kelimesini ortaya çıkarmıştır. Kronik alkol kullanımını ve tekrarlamakta olan sarhoşluk durumunu tanımlamak amacıyla kullanılmıştır (Gaumond ve diğerleri, 2009). Tıbbi bir kavram olarak alkolizm hastalık olarak kabul edilmiş olup, 1956'da Amerikan Tıp Birliği tarafınca tasnif edilmiştir (Brown, 2008; Kalyoncu ve Mırsal, 2000).

Alkol bağımlılığı farklı biçimlerde tanımlanmıştır. 1960 yılında Dünya Sağlık Örgütü alkol bağımlılığını alkol kullanmanın yapılan işe engel teşkil ettiğini değil de, yapılan işin alkol kullanımına engel teşkil ettiğini düşünmeye başlama durumu olarak tanımlamıştır (Kalyoncu, 2010). Alkol bağımlılığının bir başka tanımında ise kişinin ruhsal ve bedensel sağlığının, aile ve iş yaşantısını dolayısıyla sosyal yaşantısını bozacak düzeyde fazla ve sık bir biçimde alkol kullanma; alkol kullanma arzusuna engel olamama ile ortaya çıkan bir psikik bozukluk olduğundan bahsedilmektedir (Öztürk, 2001: 520).

1952 yılında Jellinek tarafından alkol kullanımı üç biçimde ele alınıp incelenmiştir. Bunlar sosyal düzeyde içicilik, alkolün kötüye kullanımı ve bağımlılık şeklinde ifade edilmektedir. Sosyal düzeyde içicilik, kişinin eğlenmek amacıyla az bir miktarda alkol kullanımında bulunması durumudur. Kişinin öncelikle aile ve iş hayatına negatif yönde tesir edecek miktarda alkol kullanılması ancak alkole karşı herhangi bir bağımlılığının olmaması ise alkolün kötüye kullanımı durumunu ifade etmektedir. Bağımlılık durumu ise kişinin uzun bir süre zarfında alkolü riskli bir şekilde kullanması, aile ve iş hayatını negatif biçimde etkilemesinin yanında, kişinin alkol kullanma davranışını kontrolsüz bir şekilde devam ettirmesi sonucunda ortaya çıkmaktadır (Piazza ve Wise, 1988).

Hem Türkiye'de hem de gelişmiş olan ülkelerde gittikçe artan bir problem olarak alkol bağımlılığı büyük yankı uyandırmaktadır. Alkol tüketimi, Avrupa'da ve Amerika Birleşik Devletleri'nde yaygın bir şekilde görülmektedir. Fakat bahsi geçen bu tüketimin bağımlılığa dönüşmesi oldukça önem teşkil eden bir sağlık problemi haline almaktadır (İnce ve diğerleri, 2002).

Amerika Birleşik Devletleri'nde alkol tüketenlerin toplam nüfusa olan oranlarının 2001 yılında Ulusal Hane Araştırması (National Household Survey)'nin

elde etmiş olduğu verilere göre %84 olduğu tespit edilmiştir (WHO, 2004). 2001-2002 yılları arasında yapılan bir diğer çalışmada ise Amerika Birleşik Devletleri içerisinde gerçekleştirilen taramada alkol bağımlılığı oranının %3.81 olarak tespiti gerçekleştirilmiştir (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2006).

Alkolün kötüye kullanımı ve alkol bağımlılığı, madde kullanımına ilişkin bozukluklardan en sık rastlanılanı olarak göze çarpmaktadır. Gerek gelişmekte olan ülkelerde gerekse de gelişmiş olan ülkelerde giderek yükselen boyutlarıyla gözlemlenmektedir. Alkol kullanım bozukluğu ciddi boyuttaki sağlık problemlerini de beraberinde getirmektedir. Bu hastalıklara örnek olarak siroz ve kardiyomiyopati verilebilmektedir (Bayar ve Yavuz, 2008).

Son iki yüzyıldır bu konu üstünde yapılmakta olan araştırmaların sayısı giderek artış göstermektedir. Kişinin sahip olduğu aşırı öz güvenle birlikte ben bağımlı olmam fikrine sahip olması bağımlılık davranışının temelini oluşturmaktadır. Bu bağlamda bağımlılık halinin oluşmasına neden olan döngü şekil 2.6'de gösterilmiştir.



Şekil 2.6. Bağımlılık Döngüsü

Kaynak: Yeşilay, 2021

Bağımlılarda alkol tüketme isteğinde kuvvetli bir artış yaşanmaktadır. Aynı zamanda bağımlı olan birey alkol alamadığında kaygılanmakta ve sınırlı bir hale bürünmektedir. Tüm bunların yanı sıra terleme ve titreme gibi fiziksel etkiler de gözlemlenmektedir. Alkol tüketimi oldukça yaygındır. Buna rağmen her alkol alan kişi bağımlı olarak nitelendirilmemektedir. Bu durumun meydana gelmesinde çevresel, bireysel ve biyolojik etmenlerin etkisi oldukça fazladır (Erdoğan, 2016).

Alkol kullanımı kişide birçok sağlıksal probleme yol açabilmektedir. Bunun yanı sıra iş, aile, sosyal çevre ve ekonomik alanlarda da bozulmalar yaşanmasına sebep olmaktadır. Alkolizm ya da alkol bağımlılığı dolayısıyla sosyal, ruhsal, ekonomik ve tıbbi yönleri olan çok boyutlu bir problem olarak karşımıza çıkmaktadır (Evren ve Bozkurt, 2015; Güngör ve diğerleri, 2014).

2.3.2. Alkol Kullanımının Epidemiyolojisi ve Etiyolojisi

Dünyanın birçok ülkesinde nikotinden sonra yasal olarak kullanılan en yaygın madde alkoldür. Alkol kullanımının başlangıcı tarih öncesi zamana kadar dayanmaktadır. Geçtiğimiz bin yıl sürecinde de kullanımı yaygınlaşmıştır. Ancak alkol kullanımının sağlıksal problemlere neden olduğu ve ciddi hasarlara yol açtığı son yüzyıl içerisinde tespit edilmiş olan bir konudur.

DSÖ (Dünya Sağlık Örgütü), dünya genelinde yaklaşık olarak iki milyar kişinin alkol tükettiği ve bunlardan 76.3 milyonunun alkol kullanım bozukluğu yaşadığını belirtmektedir. Buna dair hazırlanmış olan rapora bakıldığında, dünyada alkol kullanımdan dolayı bir yılda 1,8 milyon kişinin yaşamını yitirdiğinin ve 58,3 milyon kişinin ise alkol kullanımı nedeniyle sakat kaldığının tespit edildiği görülmektedir (WHO, 2014).

En çok alkol tüketimine Avrupa'da ve ABD'de rastlanmaktadır. Ortadoğu ülkelerinde ve Güney Asya ülkelerinde de alkol tüketim miktarının yüksek olduğu ancak Avrupa ve ABD kadar olmadığı kayıt altına alınmıştır. Bunun yanı sıra kaydedilemeyen alkol tüketiminin de yapıldığı bilinmektedir. Kayıt edilemeyen alkol tüketiminin Doğu Avrupa ve Latin Amerika'daki tüketimin üçte biri kadar olduğu yönünde tahmin yürütülmektedir (Rehm ve diğerleri, 2003).

Son yıllarda, Türkiye’de alkol kullanım bozuklukları sebebiyle tedavi görmek için sağlık kuruluşlarına başvuruda bulunan kişilerin sayıları artış göstermiştir. Bahsi geçen bu artış alkol kullanım problemlerinin gittikçe artan bir düzeye ulaştığını göstermektedir. Verilerdeki artışa karşın Türkiye’de alkol kullanım oranları özellikle Amerika Birleşik Devletleri’ne ve Avrupa ülkelerine göre daha düşük durumdadır. Bu durumun sebebinin ise Türkiye’de İslam dininin genel itibariyle benimsenmiş olması durumu olduğu tahmin edilmektedir. İnanış gereği alkol kullanan kişilerin sosyal baskılardan çekinmesi sebebiyle kendilerini saklama eğilimi gösterdikleri gözlenmektedir (Kalyoncu, 2010).

Gelişmiş ülkelerde alkol tüketimine düşük seviyedeki sosyal tabakalarda daha çok rastlanmaktadır. Gelişmemiş ülkelerde ise yüksek tabakaların eğlence anlayışı alkol tüketimi üzerine olduğu için gelişmiş ülkelerde tüketim yapan sosyal tabakanın tam tersi bir durumla karşı karşıya kalınmaktadır. Hangi ülkede hangi sınıf tarafından tüketilirse tüketilsin alkol kullanım bozukluğu evrensel bir nitelik taşımaktadır (Mason ve diğerleri, 2010). Bu nedenledir ki alkol kullanım bozukluğu dünya çapında ciddi bir problem oluşturmaktadır. Bahsi geçen bu bozukluk dünya üzerinde var olan hastalıkların %5,1’lik bir kısmını tetikleyici niteliğe sahiptir. Ölümünün ise %5,7’si alkol kullanım bozukluğundan kaynaklanmaktadır (WHO, 2011). Türkiye’de ise alkol nedeniyle gerçekleşen ölüm oranı %4,3 olarak tespit edilmiş iken alkol bağımlılığı sebebiyle gerçekleşmekte olan ölümlerin oranı genele kıyasla %1,9 olarak tespit edilmiştir.

2014 yılında yine Dünya Sağlık Örgütü tarafından yapılmış olan başka bir araştırmada ise alkol bağımlısı sayısı dünya nüfusunun %0,8’ini oluşturmaktadır. Bahsi geçen bu oranın %0,04’ünü kadınlar oluştururken, %1,3’ünü ise erkekler oluşturmaktadır (WHO, 2014). Türkiye’de Sağlık Bakanlığınca yürütülmüş olan bir araştırmada ise ülke sınırları içerisinde son 12 ayda alkol kullanım bozukluğu teşhisi konan kişi sayısı %0,8 olduğu tespit edilmiştir (Erol ve diğerleri, 1998).

Alkol kullanım bozukluğunda genetik olan etmenlerle beraber bireysel ve çevresel etmenlerin de oldukça çok etkisi bulunduğu bilinmektedir. Genel anlamda bakıldığında alkol kullanımının kişilere vermiş olduğu haz ile birlikte geçmekte olan zaman dahilinde toleransın artmasına bağlı bir şekilde bağımlılık durumunun geliştiği

ve fizyolojik sebeplerin bahsi geçen bu bağımlılık durumu üzerinde etkisi bulunduğu düşünülmektedir.

Psikolojik perspektiften bakıldığı takdirde alkolün kişiler üzerinde öz güven, kaygı, duygusal boşluk hissi oluşturduğu karışımına çıkmaktadır. Bu etmenlere bağlı bir şekilde bağımlılığın gelişmekte olduğu vurgulanmaktadır. Psikanalitik olarak bakıldığında ise süper egonun kişi üstünde engelleyici bir tutum oluşturduğu gözlemlenmektedir. Bu tutumu engellemek adına kişinin ağız yoluyla alkol kullanması söz konusu olmaktadır ve elde etmeyi arzuladığı hazzı yakalaması sağlanmaktadır (Hagele ve diğerleri, 2014).

Başka bir kuram olan bilişsel davranışsal kuram ise öğrenmenin önemli olduğuna değinmektedir. Bireyler başlangıçta alkolü sosyal ve çevresel sebeplerle kullanmaktadır. Kullanım sonucu gelen mutluluk ve rahatlama hissi zaman geçtikçe edimsel bir koşullamaya dönüşmektedir. Buna paralel olarak alkol kullanımının zaman içerisinde olumlu bir pekiştireç olarak görülmesi mümkün olmaktadır. Böylelikle kişide fizyolojik olarak meydana gelen tolerans sonucunda bağımlılık davranışı gözlemlenmektedir (Levin, 1995).

Alkol kullanım bozukluğunun tespitine dair aileler, ikiz kardeşler üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda kalıtsal etmenlerin %60 oranında etkisinin olduğu anlaşılmıştır. Bu bağlamda ise %40 oranında çevresel etmenlerin etkili olduğu tespit edilmiştir (Kendler ve diğerleri, 2003; Prescott ve Kendler, 1999).

Yapılan araştırmalarda alkol bağımlılığı olan kişilerin %33,5'inin ebeveynlerinde de alkol kullanım bozukluğu olduğu tespit edilmiştir. Bunun yanı sıra alkol kullanım bozukluğu teşhisi konan kişilerin ilerleyen zaman diliminde çocuklarında da bu bozukluğa rastlanma riski %25 olarak belirtilmiştir (Zheng ve diğerleri, 2010; Köroğlu, 2007; Zimmermann ve diğerleri, 2007).

Alkol kullanım bozukluğunda çevresel etmenler değerlendirilmeye tabi tutulduğunda kişilerin erken çocukluk çağında yaşamış oldukları olumsuz aile atmosferi, stres düzeyi yüksek bir çevrede büyüme, travmatik hadiselerin yaşanmış olması alkol kullanım bozukluğunun gelişimde oldukça etkili olmaktadır (Enoch, 2011). Aynı zamanda ergenlik çağında yaşanmakta olan kimliksel bunalımlara bağlı olarak kişilerin sosyal çevreleriyle adaptasyon sağlamaya çalışması ya da yaşlılarıyla

bulunduğu ortamlarda alkol tüketilmesi durumu ilerleyen zaman içerisinde alkol bağımlılığı riskini meydana getirecektir (Enoch, 1999).

Alkol bağımlısı olan kişilerin alkolü tüketmeleri için her zaman bir sebebi bulunmaktadır. Neşesizlik, mutsuzluk, mutluluk, gerginlik, sakinlik gibi birçok ruh hali alkol tüketmek için bir fırsat olarak algılanmaktadır. Parti, doğum günü, arkadaş buluşmaları, tatil vb. aktiviteler alkol kullanımını tetiklemektedir. Alkol bağımlılığı arttıkça sorunlar da artmaktadır. Kullanımına karşı çıkan kişiler olur ise de yalnız balına alkol tüketmeye başlamaktadır. Hatta gizlice tüketim yapılmakta, alkol şişeleri saklanmakta ve problemin üstü örtülmeye çalışılmaktadır (Kendler ve diğerleri, 2003).

Alkol kullanımını gizli bir şekilde yapan kişide suçluluk ve pişmanlık duygusu baş göstermektedir. Ancak bu durumlarla da başa çıkmak için kişi tarafından daha çok alkol tüketimi yapılmaktadır. Alkol alımı artış gösterdikçe depresyon riski artmaktadır. Depresyon durumu arttıkça da daha çok alkol tüketimi tetiklenmektedir. Böylece kişinin uykudan aldığı verimde düşüş yaşanır. Gece uyanmaları ve panik nöbetlerine rastlanmaktadır. Bunun yanı sıra ağrılar ve nefes darlığı da tetiklenmektedir. Bu rahatsızlıkları bastırmak isteyen kişi daha çok alkol tüketimi yapmaktadır. Bu durum bir kısır döngü şeklinde devam etmektedir (Enoch, 2011).

Bu perspektiflerden bakıldığı takdirde genetik etmenlerle başlayan etkilerle beraber birçok sosyal, psikolojik ve gelişimsel etmenlerin alkol kullanımını bozukluğu hususunda bir bütün olarak etkisinin bulunduğu rastlanmaktadır.

2.3.3. DSM 5'e Göre Alkol Kullanım Bozukluğu Tanı Kriterleri

DSM- 5'e göre alkol kullanım bozukluğunun tanı kriterleri aşağıdaki gibidir; 12 aylık bir süreçte, aşağıda bulunanlardan en az ikisi kendini gösterdiği takdirde, klinik açılarından belirgin bir soruna veya işlevsellikte düşüşe yol açmaktadır. Bu bağlamda sorunlu bir biçimde alkol kullanım şekilleri aşağıda belirtilmiştir.

1) Defalarca, istenilenden daha çok miktarlarda veya daha uzun sürelerde alkol alımı yapılmaktadır.

2) Alkol tüketimini denetim altına almak veya bırakmak adına sürekli bir şekilde sonuç vermeyen çabalar sarf edilmektedir.

3) Alkollü maddeyi elde etmek, alkol kullanmak veya yaratmış olduğu etkilerden kurtulmak adına gereken aktivitelere çok zaman ayrılmaktadır.

4) Alkol kullanmak için can atmak veya alkol kullanımına çok büyük bir istek duymak ya da kendini bu hususta zorlanmış hissetmektedir.

5) Okulda, işte veya evde sahip olunan konum gereği var olan başlıca sorumlulukları yerine getirmemeye neticelenen, tekrar eden bir şekilde alkol kullanımına devam edilmesidir.

6) Alkol kullanımının etkilerinin sebep olduğu veya alevlendirdiği, yineleyici veya sürekli bir şekilde kişilerarası veya toplumsal problemler olmasına rağmen alkol tüketiminin devam edilmesidir.

7) Alkol tüketiminden dolayı birtakım önem arz eden toplumsal etkinliklerin ya da dinlenme, eğlenme etkinlikleri azaltılmakta ya da tamamen bırakılmaktadır.

8) Tehlikeli boyutlarda tekrar eden bir şekilde alkol tüketilmektedir.

9) Büyük bir ihtimalle alkol kullanımının sebep olduğu veya harladığı, tekrar eden bir şekilde sürekli ruhsal veya bedensel bir problem olmasına rağmen alkol kullanımı sürdürülmektedir.

10) Aşağıdakilerden birisiyle tanımlandığı şekilde, toleransın gelişmiş durumda bulunması:

a) Arzulanan etkiyi veya esrikliği sağlamak adına belirgin bir şekilde artış gösteren miktarlarda alkol kullanma gereksiniminin duyumsanması.

b) Sürekli olarak aynı miktarda alkol tüketimi yapılmasına rağmen ilerleyen süreçte daha az etkisine rastlanması.

11) Aşağıda belirtilen durumlardan biriyle tanımlandığı şekliyle, yoksunluk durumunun gelişme göstermiş olması:

a) Alkol tüketimine özgü yoksunluk sendromu.

b) Yoksunluk ile ilgili belirtilerden kaçınmak veya kurtulmak adına alkol alımının tekrarlanması.

Erken Yatışma Evresinde: Alkol kullanım bozukluğu için daha önce tanı kriterleri tamamen karşılandıktan sonra, tanı kriterlerinden A4 tanı kriteri hariç hiçbir 3 aylık bir süre diliminden az 12 aylık bir süre diliminden çok karşılanamamaktadır.

Sürekli Yatışmayla Giden: Alkol kullanım bozukluğuyla ilgili daha önce tanı kriterleri tam olarak karşılandıktan sonra A4 tanı kriteri hariç 12 ay veya daha da uzun bir süreç içerisinde hiçbir zaman karşılanmamıştır.

Denetimli çevrede: Bireyin alkole erişiminin kısıtlandığı bir çevrede aşağıdaki ek belirleyiciler kullanılmaktadır.

Ağır: Altı veya daha fazla belirtinin olması.

Orta derecede: Dört ya da beş belirtinin olması.

Ağır olmayan: İki ya da üç belirtinin olması.

2.4. Alkol ve Madde Bağımlılığı Risk Faktörleri

Alkol Bağımlılığı Risk Faktörleri

Hayat içerisinde var olan birçok etmen, alkol kullanımına karar verme durumunun, küçük yaşlarda alkol kullanımıyla ilgili sıkıntılar çekme durumunun ve ileride bağımlılık oluşması durumunun gelişmesi üzerinde etkili olmaktadır. Alkol kullanımı psikolojik ve sosyo-kültürel sebeplere bağlı gelişmekle birlikte, batı toplumlarında kabul görmüş olan bir olgu olarak görülmektedir. Bu duruma rağmen alkol kullanımını tetiklemekte olan faktörler kimi durumlarda geçici sorunlar meydana getirirken, kimi durumlarda alkol bağımlılığına sebep olabilmektedir (Schuckit, 2000).

Yüzyılı aşkın bir süredir birçok kültürde kullanılmakta olan ve bağımlılık sürdürme niteliği olan alkol, psikoaktif bir madde şeklinde tanımlanmaktadır. Kötüye kullanım sonucunda alkol; birbirinden farklı çok çeşitli hastalıklara neden olabilmektedir. Ayriyeten ekonomik ve sosyal neticeleri bakımından toplum için oluşturduğu maliyette oldukça büyüktür. Alkol kullanımı neticesinde kişiyi doğrudan etkilemekte olan üç farklı işleyişten bahsetmek mümkündür. Bunlardan birincisi, dokular ve organlar üzerindeki toksik etkisidir. İkincisi ise fiziksel koordinasyonunda, biliş, bilinç, duygu, algı ve davranışta bozulmalara sebep olan intoksikasyondur.

Üçüncü durum ise alkol kullanmakta olan bireyin alkol alma davranışı üzerindeki kontrolünde bozulmalara sebebiyet veren bağımlılık olarak karşımıza çıkmaktadır (WHO, 2014). Alkol bağımlılığının gelişim süreci ele alınırken biyolojik, psikolojik ve sosyolojik faktörlerin birlikte ele alındığı ve her birinin ortak bir bütünleşik etkisinin olduğu bir bütüncül yaklaşım takip edilmektedir (Doğan ve İlhan, 2014).

Bu bağlamda aşağıda alkol bağımlılığının başlama süreci ve gelişim sürecinde yer alan risk faktörler açıklanmıştır.

-Biyolojik Risk Faktörleri

Yapılmış olan çalışmalar neticesinde alkol bağımlılığının kalıtsal etkisinin varlığı meydana çıkarılmıştır. Bir kişinin akrabalarında alkole bağımlı olan kimselerin bulunması, alkol kullanan akrabaları bulunmayan kişilere göre 3-4 kat daha fazla alkol ile ilgili sorun yaşama olasılıklarını artırmaktadır (Schukit, 2000). İkiz kardeşler üzerinde yürütülen bir çalışma neticesinde tek yumurta ikizlerinin çift yumurta ikizlerine göre daha yüksek eş tanı oranlarının olduğu belirtilmiştir (Health ve diğerleri, 1997). Ayrıca alkol bağımlılığı durumunda alkolün sebebiyet verdiği etkilere yüksek düzeyde tolerans gösterme gücü bireysel olarak yatkınlık sağlanabileceğine işaret etmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Yürütülen çoklu genom araştırmalarında birinci ve yedinci kromozomların alkol bağımlılığına yatkınlık ile pozitif bir ilişkisinin olduğu tespit edilmiştir. Buna ek olarak dördüncü kromozomda yer alan alkol dehidrogenaz genlerine yakın bir bölgenin alkol kullanımının bağımlılık boyutuna doğru evrilmesi riskine karşı koruyucu bir rolü olduğu ve bu rolün Asya ülkelerinde daha çok gözlemlendiği bilgisine ulaşılmıştır (Reich ve diğerleri, 1998).

-Psikolojik Risk Faktörleri

Alkol kullanım bozukluğu ve bağımlılığı hususunda belirgin olan tek bir faktörden bahsetmek mümkün olamamaktadır. Risk oluşturma kapasitesine sahip olan davranışsal niteliklerden bir tanesinin alkol kullanımının duygudurumu değiştirmek olduğu anlaşılmıştır. Alkol kullanımı bilişsel kapasiteyi bozmakta ve dikkat seviyesini düşürmektedir. Böylelikle alkol tüketmekte olan kişi çevredeki bazı hususlara gerekli olsa da olmasa da odaklanabilmektedir. Bu durum araştırmacılar tarafından alkol

miyopisi durumu olarak adlandırılmaktadır. Böylesi bir durumda kişi üzüntüsü ile yaşadığı olay arasında doğru bir değerlendirme yapamamaktadır. Kişinin dikkati can sıkıcı durumlara odaklanmaktan çok olayın kendisine odaklandığı için bireyin kaygı düzeyinin azalabileceği düşünülebilmektedir. Fakat alkolün bazı durumlar neticesinde duygusal olarak gerilimi artırabileceği vurgusu yapılmaktadır. Kişi alkollü bir durumda ile bilgi işleme yönünden kapasitesinde bozulmalar meydana gelebilmektedir. Bunun bir sonucu olarak da negatif düşüncelere odaklanması söz konusu olabilmektedir. Bahsi geçen bu negatif fikirler bireyin depresifliğini ve olumsuz duygudurumunu tetikleyebilmektedir (Davison ve Neale, 2004).

Stresli bir şekilde hayatını idame ettirmekte olan insanların yoğun stres düzeyiyle başa çıkmak ve bu konuyla ilgili olarak duydukları kaygıları azaltmak için alkol kullanma davranışını sergileyebilecekleri düşünülmektedir. Aynı zamanda sorunlu bir şekilde içme davranışının gelişmesinde bahsi geçen bu durumun önemli bir yeri olduğu varsayılmaktadır (Edwards ve diğerleri, 2003). Stresli olaylar yaşandıktan sonra alkol kullanılması durumunun duygusal gerilimi azalttığı yönünde bir etkisinin bulunmadığı belirtilmektedir. Stres düzeyini azalttığı için değil yalnızca stres düzeyini azaltacağı düşüncesi hakim olduğu için kişilerin alkol kullanma eğilimlerinin olduğu belirtilmektedir (Davison ve Neale, 2004).

-Sosyo-kültürel Risk Faktörleri

Toplum içerisinde alkol kullanım oranının üst seviyede olması alkol kullanımına dair problemlerin de üst seviyede olmasına neden olmaktadır. Toplumun alkol kullanımına karşı bakmış olduğu perspektifle doğru orantılı olarak alkol kullanımına dair problemler de değişiklik göstermektedir. Bazı kültürler alkol kullanımını destekleyici ve özendirici niteliklere sahipken; bazı kültürler ise bu hususta yasaklayıcı bir tutum sergilemektedir. Kültür içerisinde önemli bir unsur olan inanç ve din faktörü toplum içerisindeki alkol tüketimine yönelik yaklaşımlarda belirleyici bir rol oynamaktadır. Aynı zamanda inanç ve din faktörü alkole erişebilirliği de yüksek düzeyde etkilemektedir. Bunlara ilaveten toplumun en küçük yapı taşı olan ailenin gelenekleri, alışkanlıkları, kutlama biçimleri ve günlük düzenleri de alkol kullanımını ve alkol tüketme alışkanlığını etkilemektedir (Edwards ve diğerleri, 2003).

Kişilerin içerisinde bulunduğu sosyal çevre alkol kullanma alışkanlıklarını büyük bir oranda etkilemektedir. Çalışılmakta olan ortamın alkol konusunda esnek oluşu, arkadaş çevrelerinin alkol tüketimine yatkın oluşu, kişi üzerinde içme davranışının gelişmesinde etkili olmaktadır (Davisan ve Neale, 2004).

Madde Bağımlılığı Risk Faktörleri

Madde kullanılmasıyla bağlantılı olan çeşitli risk faktörleri mevcuttur. Bahsi geçen risk faktörleri özellikle bağımlılığın tedavi edilmesi sürecinde oldukça etkili ve önemlidir. Risk faktörleri aşağıdaki başlıklarla açıklanabilmektedir:

- Bireysel Faktörler: Kişinin psikolojik olarak iyi olma seviyesinin düşmesi ve kişinin fizyolojik sağlığı konusunda yeterli olmayan bilgilerin bulunması durumunu ifade etmektedir.

- Gelişimsel Faktörler: Kişinin yaşamış olduğu gelişim süresi içerisinde bedensel, ruhsal ve sosyal düzeylerde dengeli olmayan bir değişimin olması durumunu ifade etmektedir.

- Sosyal Faktörler: Kişinin kendisini ait hissettiği sosyal alanda madde kullanımının yaygın olmasını, medya organlarının negatif etkisini ve madde kullanımının üzerine ilgi çekmek için kullanılması durumunu ifade etmektedir (Gürcah ve diğerleri, 2010).

Bağımlılık yapmakta olan maddelerin kullanılmasında toplumsal etmenlerin önemli seviyede etkileri bulunmaktadır. Türkiye’de de stresli bir durum karşısında bu durumla başa çıkabilmek adına çeşitli ilaç niteliğindeki maddelerin kullanıldığına sıklıkla rastlanılmaktadır. Kişilerin stres seviyelerini düşürmek veya stresi ortadan kaldırmak için kullanmış oldukları ilaçların bilinçsiz bir şekilde kullanılması kişinin kendi benliğinin farkındalığına erişememesine ve kendini tanıyamamasına sebep olmaktadır (Ögel, 2017). Aynı zamanda aile içerisinde madde kullanmakta olan ebeveynlerin varlığı da çocuklar için önemli derece riskli bir durum oluşturmaktadır (Chassin ve diğerleri, 1994).

Madde bağımlılığının genetik olarak da aktarılabileceği görülmektedir. Yürütülmüş olan bazı çalışmalarda eş yumurta ikizi olan kardeşlerin bağımlılık

düzeylerinin, çift yumurta ikizlerine nazaran daha yüksek bir seviyede olduğu tespit edilmiştir (Karataş, 2005).

Hayatı boyunca sorunlu durumlardan sürekli bir şekilde kaçmış olan kişilerin belirli bir süre sonra herhangi stresli bir durumla karşı karşıya kaldığında yetersiz kalması söz konusu olabilmektedir. Ebeveynlerine bağımlı bir şekilde yetiştirilmiş olanların, güven duygusunu hissedebilecek bir ortamda yetişmemiş olanların, bulunduğu ortam içindeki otoriteye karşı sürekli bir eylem içerisinde olanların, ailevi ilişkileri kopmuş ya da aileleri parçalanmış olanların, hayatlarını yalnızca haz alma üzerine düzenleyenlerin madde kullanımının daha fazla miktarlarda olduğu fark edilmiştir (Balçoğlu, 1984).

2.5. Çocukluk Çağı Travmalarının Opioid ve Alkol Bağımlılığı Üzerine Etkisi

Opioid ve alkol kullanmakta olan kişilerin çocukluk dönemlerinde travma yaşamış olmaları ihtimali, sağlıklı bir şekilde hayatını devam ettirmekte olan kişilere göre daha fazladır. Opioid ve alkol kullanmakta olan kişilerin %84'ünde çocukluk dönemine ait travmalara rastlanmıştır (Cohen ve Densen-Gerber, 1982). Ergenlik dönemindeki kişiler üzerinde ise bu oran %60 olarak gözlemlenmiştir (Danielson ve diğerleri, 2009). Türkiye'deki yetişkinlerde ise bu oran %56 olarak belirlenmiştir (Evren ve diğerleri, 2006).

Çocukluk döneminde yaşanmış olan travmatik durumların opioid ve alkol kullanım oranını yükselttiği ve travma değişkenleri ile doğrudan ilişkisinin bulunduğu tespitinde bulunulmuştur (Khoury ve diğerleri, 2010). Çocukluk dönemi travmalarıyla opioid ve alkol kullanımı arasında ise cinsiyet yönünden anlamlı farklılıklar tespit edilmiştir. Yalnızca kadınlara yönelik yapılan çalışmalarda cinsel istismara uğrama durumu yaygınlık göstermekteyken, yalnızca erkekler üzerinde yapılan bir araştırmada fiziksel istismara uğrama durumunun yüksek derece yaygınlık gösterdiği belirlenmiştir (Kilpatrick, 2003).

Opioid ve alkol kullanılmasıyla asıl amaçlanan karşılaşılmakta olan sorunların oluşturmuş olduğu negatif nitelik taşıyan duyguları en aza indirmek veya olumlu nitelik taşıyan duyguları fazlalaştırmaktadır. Çocukluk çağında duygusal ve fiziksel olarak tahrip edilen kişiler düşük benlik algısını yok etmek ve depresif olarak ortaya

çıkan belirtileri denetim altında tutmak hedefiyle opioid ve alkol kullanmaya eğilimli olmaktadır (Steward ve Conrad, 2003). Kadınların erkeklere göre daha fazla travma yaşadıkları belirlenmiştir. Kadınların duygusal ve cinsel yönden tahrip edilmelerinin erkeklere oranla daha fazla olduğu ortaya çıkmıştır (Umeno ve diğerleri, 2009).

Opioid ve madde kullanımı ile çocukluk dönemi travmaları arasındaki ilişkiyi ortaya çıkarmaya çalışmakta olan çok çeşitli araştırmalar mevcuttur. Örneğin Almanya’da yürütülmüş olan bir çalışmada çocukluk dönemi travmalarının opioid ve alkol tüketimi üzerinde etkisinin olduğu çıkarımına varılmıştır (Schafer, 2007). Kanada’da yapılmış olan bir çalışmada ise yaşanmış olan fiziksel istismar ile damar yolu aracılığıyla vücuda enjekte edilen opioid kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu belirlenmiştir (Kerr ve diğerleri, 2009). Brezilya içerisinde yapılmış bir çalışmada ise opioid ve alkol kullananların her türlü istismar çeşidiyle karşı karşıya kalma düzeylerinin yüksek olduğu tespit edilmiştir (Adriana, 2010). Türkiye’de yürütülmüş olan bir çalışmada ise opioid bağımlısı olan kişilerin, çocukluk döneminde travmatik olaylar deneyimleme oranlarının, opioid bağımlısı olmayanlara nazaran daha yüksek oranda olduğu tespit edilmiştir (Cüneyt ve diğerleri, 2006).

Erkeklerin çocukluk çağında yaşamış oldukları travmalar ile alkol tüketimi arasında bir ilişki olmadığı tespit edilmekle birlikte kadınların alkol tüketiminin çocukluk çağında yaşanmış olan travmatik olaylarla ilişkili olduğu belirlenmiştir (Langeland ve diğerleri, 1998). Öte yandan yapılmış olan başka bir çalışmada çocukluk döneminde yaşanmış olan travmaların etkisinde olan kişilerin opioid ve alkol bağımlısı olma riskinin, sağlıklı bir çocukluk çağı geçirmiş olan kişilere göre daha yüksek oranda olduğu; yaşanan travmatik durumun şiddetine göre ise alkol ve opioid kullanımının da şiddetinin artıp azaldığı gözlemlenmiştir (Enoch ve diğerleri, 2010). Alkol ve opioid bağımlılarında çocukluk döneminde yaşanmış olan travmaların bağımlılık düzeyini şiddetlendirdiği ve uygulanacak olan tedaviye ise yüksek bir direnç gösterdikleri belirlenmiştir. Yetişkinler arasında yapılmış olan bir çalışmada istismara veya ihmale uğramış kişilerin bağımlılık düzeylerinin şiddetinin, istismara veya ihmale uğramayanlara göre daha yüksek seviyede olduğu gözlemlenmiştir (Westermeyer, 2001).

Nasıl ki çocukluk döneminde yaşanmış olan travmalar opioid ve alkol kullanımını arttırmakta ise aynı doğrultuda opioid ve alkol kullanan kişilerin, kullanılan maddenin tesiri altındayken travmatik olaylar yaşaması olasılığını da arttırmaktadır. Opioid ve alkol kullananların ilgili maddeyi elde edebilme esnasındaki bilişsel ve psikolojik durumları, o bireylerin travmatik olaylarla karşılaşabilmesine neden olabilecek davranışlar göstermesine sebep olabilmektedir. Kişinin çocukluk çağında yaşanan travmalardan zedelenmemiş gibi görünmeye çalışması ve travmatik olaylar hiç yaşanmamış gibi davranması ileride gerçekleşecek olumsuz durumlardan kaçabilmesine engel teşkil etmemektedir. O dönemde oluşmuş olan negatif bilişsel şemalar yetişkinlik dönemine kadar taşınmaktadır (Toker ve diğerleri, 2011).

Kadınlara göre erkeklerin daha küçük yaşlarda opioid ve madde kullanımına başladıkları gözlemlenmekle birlikte kadınların ilgili maddelere daha çabuk bağımlı olabildikleri ortaya çıkarılmıştır. Kadınların daha hızlı bir şekilde bağımlı olmaları durumu opioid ve alkol kullanımının neden olduğu olumsuz fiziksel belirtilerin kadınlarda daha şiddetli bir şekilde ortaya çıktığı tespit edilmiştir (Thomas ve diğerleri, 2003).

Yapılmış olan bir çalışmada travmatik yaşantı geçmişleri mevcut olan ve opioid ve alkol kullanan çocukların yaşadıkları sorunları ortadan kaldırmak adına duygusal odaklı başa çıkma yöntemine sıklıkla başvurdukları ortaya çıkarılmıştır. Bu yöntemle kişinin kendi kontrolü dışında meydana gelen problemi çözmeye yetersiz bulunduğu ve oluşan neticelere göz yumulması gerektiğini düşündüğü anda sıklıkla başvurulmaktadır. Problemlere duygu odaklı başa çıkma yöntemiyle yaklaşılması durumunun opioid ve alkol kullanımını tetiklediği görülmektedir. Çocukluk çağında ihmal ve istismara uğramış olan kişilerin, opioid ve alkol bağımlılığına yönelik uygulanan tedavilere gereken ilgiyi göstermedikleri ve uygulanan tedaviyi bırakma eğiliminde oldukları belirtilmiştir (Palmer ve diğerleri, 1995). Aynı zamanda çocukluk çağında yaşanan travmaların psikiyatrik sorunlara yol açtığı görülmektedir. Özellikle opioid ve alkol kullanmakta olan kişilerin, ebeveynlerinin işlevsellik düzeylerinin düşük olduğu ve çocukluk çağı ihmal ve istismar düzeylerinin yüksek olduğu belirlenmiştir (Mırsal ve diğerleri, 2004).

2.5.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Opioid Bağımlılığı Üzerindeki Etkisi

Çocukluk döneminde yaşanmış olan travmatik durumlar ekseninde, kişinin yetişkinlik çağında da tetikleyici travmalarla karşılaşması mümkündür. Bu durum ilerleyen süreçte opioid bağımlılığına bir yönelim gösterilmesine sebebiyet vermektedir. Kişilerin geçmiş yaşantısında meydana gelen birçok ihmal ve istismar durumu, kişileri antisosyal kişilik bozukluğuna itmekte ve bu durum opioid kullanım bozukluğuna diğer maddelerdeki kullanım bozukluğuna oranla daha fazla neden olmaktadır (Sher ve Trull, 1994).

Opioid kullanımıyla beraber kişide görülmekte olan psikiyatrik bulgularda; genel olarak sık bir şekilde dissosiyatif belirtiler gözlemlenmiştir. Yürütülen bir çalışma sonucunda opioid tedavisi almakta olan kişilerde, çocukluk dönemi travmaları ve dissosiyatif belirtiler arasında anlamlı ilişkiler olduğu belirtilmiştir (Gast ve diğerleri, 2001).

Çocukluk döneminde yaşanmış olan ihmal ve istismar durumlarından dolayı opioid kullanan kişilerde, ağır bir şekilde benlik saygısı yitirmekte ve opioid kullanımı öncesi ve sonrasında da kendine zarar verici eğilimlerde bulunulmasına sebep olmaktadır. Bahsi geçen bu zarar verici eğilimler intihar girişimine kadar gidebilmektedir. Çünkü; travmatik geçmişi olan kişilere, ilerleyen dönemlerde travmayı tetikleyecek durumlarla nasıl başa çıkılacağı öğretilmediğinden ve bu kişiler yeterli düzeyde psikolojik tedavi görmediğinden kişilerin yaşamları negatif yönde etkilenmektedir (Jarvis ve Copeland, 1997).

Çocuklar cinsel, duygusal ya da fiziksel bir biçimde istismara uğradıklarında, travmayı tetiklemekte olan etkenlerle beraber, ilerleyen çağlarda kişide opioid kullanım durumu söz konusu olabilmektedir. Özellikle kadınlarda, yaşanmış olan travmatik durumları unutmak amacıyla, opioidin yatıştırıcı etkisinden yararlanmak istemesi neticesinde çok sık bir şekilde bu maddenin kullanıldığı görülmektedir (Messine ve Grella, 2006).

2.5.2. Çocukluk Çağı Travmalarının Alkol Bağımlılığı Üzerindeki Etkisi

Çocukluk döneminde meydana gelmiş olan travmatik yaşantıların kişilerin ilerleyen dönemlerinde çeşitli psikiyatrik sorunlarla karşılaşmasına neden olduğu

görülmektedir. Yetişkinlik döneminde ortaya çıkan alkol kullanım bozuklukları da çocukluk döneminde yaşanan istismar, ihmal ve sağlıklı olamayan aile yaşantısı ile doğrudan ilişkilidir (Mırsal ve diğerleri, 2004).

Yapılmış olan birçok çalışmada çocukluk çağı travmaları ile alkol bağımlılığı arasında ciddi bir şekilde bağlantı olduğu tespit edilmiştir (Enoch ve diğerleri, 2010; Nelson ve diğerleri, 2006; Rothman ve diğerleri, 2008; Shin ve diğerleri, 2009). Çocukluk döneminde yaşanmış olan travmatik durumları bulunan kişilerin sağlıklı bir çocukluk çağı geçirmiş bireylere oranla daha çok alkol bağımlılığı eğilimi gösterdikleri tespit edilmiş ve bu durumun çoklu madde kullanımına kadar gidebildiği belirlenmiştir (Enoch ve diğerleri, 2010).

Çocukluk döneminde yaşanmış olan her travmatik durum, kişilerin ilerleyen yıllarda oluşacak olan ömür boyu alkol bağımlısı olma riskini %16 fazlalaştırmaktadır (Wu ve diğerleri, 2010). Fiziksel olarak istismara uğramış olan kişilerde ise fiziksel istismara uğramamış kişilere oranla daha çok alkolü kötüye kullanma durumuna rastlanmaktadır. Bu durumdaki kişilerde anksiyete bozukluklarına ve dışavurum sorunlarına daha çok rastlanılmaktadır (Afifi ve diğerleri, 2006).

Alkol bağımlısı bulunan kişilerle alkol bağımlısı olmayan kişiler karşılaştırıldığında çocukluk döneminde fiziksel istismara uğrama durumunun alkol bağımlısı olan kişilerde 6-12 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir. Yine benzer bir araştırmada ise cinsel istismara uğrama durumunun alkol bağımlısı olan kişilerde 18-21 kat daha fazla olduğu tespit edilmiştir (Mırsal ve diğerleri, 2004). Bazı çalışmalarda ise alkol bağımlılığına yönelik tedavi gören kişilerde fiziksel ve cinsel istismara dayalı geçmiş yaşantılara oldukça sık rastlanmıştır (Arellona, 1996; Brems ve diğerleri, 2004; Jasinski ve diğerleri, 2000; Walton- Mossa ve McCaulb, 2006).

Hem alkol bağımlısı olan kişilerin çocukluk dönemlerini incelemekte olan geriye yönelik çalışmalar, hem de çocukluk döneminde ihmal ve istismar durumuyla karşı karşıya kalmış kişiler üzerinde yapılan ileriye dönük çalışmalar neticesinde alkol bağımlılığı olan kişilerin yüksek bir seviyede fiziksel ve cinsel istismar geçmişine sahip olduğu ortaya çıkarılmıştır (Anda ve diğerleri, 2006; Dube ve diğerleri, 2005; Jasinski ve diğerleri, 2000; Mırsal ve diğerleri, 2004).

Alkol bağımlılığı tanısı konmuş olan kadınların, aynı tanı konmuş olan erkeklere göre daha çok çocukluk çağında travmatik durumlarla karşılaştığı gözlemlenmiştir (Brems ve diğerleri, 2004; Galaif ve diğerleri, 2001; Hyman ve diğerleri, 2006). Çocukluk döneminde cinsel istismara uğramış kadınlarda, diğer kadınlara oranlı 3 kat daha fazla alkolün kötüye kullanımına rastlanmıştır (Tucci ve diğerleri, 2010). Cinsel istismar durumuna alkol bağımlısı olan kadınlarda daha çok rastlanmaktadır. Fiziksel istismara ise daha çok alkol bağımlısı olan erkeklerde rastlanmaktadır. İnsan yaşamını negatif yönde etkileme potansiyelinin çok olduğu alkol, en sık şekilde karşılaşılan uyuşturucu madde olarak tarif edilmektedir. Alkole başlama ve bu içkiye bağımlı olma yaşı giderek düşmektedir (Mırsal ve diğerleri, 2004). Çocukluk dönemine ait olan travmatik yaşantıları olan kişilerin daha küçük yaşlarda alkolü kötüye kullanmaya başladıkları görülmektedir. Çocukluk çağında yaşanmış olan travmalar ne kadar fazla ise alkol alıp sarhoş olma isteği de alkol bağımlısı olan kişilerde o derecede fazladır. Ayriyeten duygusal istismar yaşantısı bulunan kişilerde alkole gösterilen dayanıklılığın daha yüksek düzeyde olduğu görülmektedir (Schafer ve diğerleri, 2007).

Çocukluk çağına ait travmatik yaşantıları bulunan kişilerin, travmatik durumlarla karşı karşıya kalmamış olan kişilere göre daha sık ve daha çok olacak şekilde alkol kullandıkları görülmektedir (Anda ve diğerleri, 2006; Dube ve diğerleri, 2005; Cüneyt ve diğerleri, 2006; Nelson ve diğerleri, 2006). Alkol tüketmekte olan 2157 ergen birey ile gerçekleştirilen ve alkol kullanımı ile istismar çeşitleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada, istismar geçmişi olmayan ergenlerin %16.5'inin, duygusal yönden istismara maruz kalanların %24.2'sinin, fiziksel istismara uğramış olanların ise %31.6'sının, cinsel bir saldırı şeklinde gerçekleşen istismara uğrayanların %41.7'sinin, hem cinsel hem fiziksel istismara maruz kalanların ise %49.6'sının alkolü kötüye kullandıkları ve bağımlı oldukları neticesine varılmıştır (Anda ve diğerleri, 2006). İstismara maruz kalmış olan kişilerde alkol kullanım yatkınlığı daha fazladır. Bu nedenle fiziksel, duygusal ve cinsel istismarlar orta ve uzun vadede alkol bağımlılığının gelişmesinde risk etmenini oluşturmaktadır (Anda ve diğerleri, 2006; Dube ve diğerleri, 2005; Cüneyt ve diğerleri, 2006; Nelson ve diğerleri, 2006).

İntihar girişiminde bulunmuş alkol bağımlısı kişiler, intihar girişiminde bulunmamış olan kişilere göre daha çok çocukluk çağı ihmal ve istismarına maruz

kalmıştır (Roy, 2003). Çocukluk döneminde meydana gelen istismar ve ihmal durumlarının ilerleyen dönemlerde kişide depresyon ve stres artışına neden olduğu belirtilmektedir. Çocukluk döneminde kazanılan olumsuz deneyimler kişilerin yetişkinlik döneminde duygu düzenleme zorluklarıyla karşılaşmasına neden olmaktadır. Yapılmış olan bir araştırmaya göre ise kişiye en fazla tesir eden istismar tipi duygusal istismar olarak tespit edilmiştir (Alpay ve diğerleri, 2017).



ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

YÖNTEM VE TEKNİKLER

Araştırmada uygulanan plan, araştırmanın evren ve örnekleme, araştırmada bilgi toplamaya yarayan araç ile bu aracın uygulanması ve toplanan verilerin değerlendirilmesi bu bölümde açıklanmıştır.

3.1. Araştırmanın Modeli

Bu çalışmada betimsel nitelikte ilişkisel tarama modelinden faydalanılmıştır. Bir örneklem grubunun belirli bazı özelliklerini belirlemek amacıyla verilerin elde edilmesi için yapılan çalışmalara tarama (survey) araştırması adı verilir.

Tarama modelleri geçmiş dönemlerde veya günümüzde devamlılığını sürdüren durumları olduğu şekliyle betimlemeyi amaçlar. Diğer tarama modellerinin aksine ilişkisel tarama modelleri değişkenler arası değişimin varlığını ve değişimin düzeyini belirlemek üzere kullanılan modellerdir.

3.2. Araştırmanın Evreni

Araştırmada alkol ve opioid bağımlıları çalışma evrenini oluşturmaktadır. Araştırmanın uygulanması için 65 erkek katılımcıya anket dağıtılmış 65 kişiden 63 tanesi geri dönüt vermiştir. Araştırmanın güvenilirliğini ve normallliğini kaybetmemesi amacıyla birden fazla işaretleme yapan ya da hiç işaretleme yapmayan 3 kişi örnekleme dâhil edilmemiştir. Sonuç olarak araştırmanın örnekleme 30 alkol bağımlısı, 30 opioid bağımlısı birey olmak üzere toplam 60 erkek birey olarak belirlenmiştir. Anketler Mersin Toros Devlet Hastanesi'ne bağlı AMATEM kliniğinde yüz yüze uygulanmıştır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veriler, araştırmada kullanılan ölçekler ve araştırmaya katılan alkol/madde bağımlılarının demografik özellikleriyle ilgili sorular içeren anket yoluyla elde edilmiştir. Araştırmada uygulanan anket 3 bölümden oluşmaktadır. Birinci bölümde, katılımcıların demografik özelliklerini bulmaya yönelik sorular,

ikinci bölümde Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu, üçüncü bölümde ise Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu bulunmaktadır.

3.3.1. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu araştırmacı tarafından hazırlanmıştır. Katılımcıların cinsiyeti, yaşı, medeni durumu, çocuk durumu, eğitim düzeyi gibi sorular sorulmuştur.

3.3.2. Bağımlılık Profil İndeksi (Klinik Formu)

Araştırmada katılımcıların, bağımlılık profillerini belirlemek amacıyla Ögel ve ark. (2012) tarafından geliştirilen Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu kullanılmıştır. Bu klinik form 11 adet alt boyut ile 58 maddeden oluşmaktadır. Bu alt boyutlar şunlardır:

- 1- Madde Kullanım Özellikleri Alt Boyutu
- 2- Bağımlılık Tanı Ölçütleri
- 3- Madde Kullanımının Kişinin Yaşamına Etkisi
- 4- Şiddetli Madde Kullanma İsteği
- 5- Maddeyi Kullanımını Bırakma motivasyonu
- 6- Öfke Kontrol Sorunu
- 7- Güvenli Davranış Eksikliği
- 8- Heyecan Arama Davranışı
- 9- Dürtüsel Davranış
- 10- Depresyon
- 11- Anksiyete Riski

3.3.3. Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu

Araştırmadaki katılımcıların, çocukluk dönemindeki istismar geçmişi düzeyini belirleme amacıyla şar ve ark. Tarafından 28 sorudan oluşan kısa formu da 1996'da Türkçe 'ye uyarlanmıştır. Bernstein ve ark. (2003) tarafından geliştirilen Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu 5 alt boyuttan ve 28 maddeden oluşmaktadır. Ve bu alt ölçekler şunlardır:

- 1- Fiziksel İstismar Alt Boyutu

- 2- Cinsel İstismar Alt Boyutu
- 3- Duygusal İstismar Alt Boyutu
- 4- Fiziksel İhmal Alt Boyutu
- 5- Duygusal İhmal Alt Boyutu

3.4. Verileri Analizi

Araştırmada kullanılan veri toplama aracı örneklem dahilindeki katılımcılar tarafından uygulanmıştır. Araştırmadan toplanan veriler SPSS 22.0 (Statistical package for the Social Sciences) paket programından faydalanılarak, bağımlı ve bağımsız değişkenler kapsamında veri tabanı oluşturularak değerlendirilmiştir.

Demografik bilgilerin dağılımlarının hesaplanması amacıyla frekans (f) ve yüzdeler (%) belirlenmiştir. Ölçeklerin alt boyut ve maddelerine dair ortalamalar, standart sapma değerleri ve madde toplamları bulunarak veriler değerlendirilmiştir. Alkol ve opioid bağımlılarının demografik özelliklerinin ankette kullanılan çeşitli ölçeklerle ve alt boyutlarla ilişkisi ile birbirlerinin değişimine ne kadar etki ettiklerini belirlemek hedefiyle Bağımsız Örneklem T-Testi ve Tek Yönlü Varyans (ANOVA) analizleri uygulanmıştır. Korelasyon analizi ile araştırmada kullanılan ölçekler arasında anlamlı ilişkiler olup olmadığı ve bu ilişkinin ne düzeyde olduğu belirlenmiştir. Araştırmada uygulanan bu testlerin anlamlılıklarını belirlemek için anlamlılık (sig.) değeri 0.05 kabul edilmiş bu bağlamda 0.05 değerinin altında bulunan sonuçlar anlamlı olarak değerlendirilmiştir.

3.5. Güvenilirlik Analizi

Bir ağırlıklı standart değişim ortalaması olan Alfa katsayısı, testte yer alan soruların varyanslarının toplamının genel varyansa oranlanması ile elde edilmekte ve 0 ile 1 aralığında değerler almaktadır. Cronbach Alfa Katsayısı, testte bulunan soruların homojen bir yapıyı açıklamak için bir bütün oluşturup oluşturmadıklarını belirlemeyi ve elde edilen verilerin güvenilirliklerinin analiz edilmesini amaçlar. Alfa Katsayısı, kişilerin kendilerine ait cevaplandırmalar yaptığı testlerde elde edilen yanıtların toplanması ile soruların ilişkisini değerlendirmektedir. Alfa katsayısının aldığı değerler ile hangi aralıklarda hangi güvenilirlik kabulüne denk geldiği aşağıda belirtilmiştir.

$0.00 \leq \alpha < 0.40$ ise test güvenilir değildir,

$0.40 \leq \alpha < 0.60$ ise test düşük güvenilirliktedir,

$0.60 \leq \alpha < 0.80$ ise test oldukça güveniliridir,

$0.80 \leq \alpha < 1.00$ ise test yüksek derecede güvenilir bir testtir.

Çalışmamızda asıl uygulamadan önce gerçekleştirilen bir ön uygulama aracılığıyla testlerin güvenilirlik ve geçerlikleri onaylanmıştır.

Tablo 3.1. Güvenilirlik Testi

Güvenilirlik Analizi			
Ölçekler	Alt Boyut	Cronbach's Alpha	Toplam
Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu	Fiziksel İstismar	.870	.763
	Cinsel İstismar	.937	
	Duygusal İstismar	.749	
	Fiziksel İhmal	.812	
	Duygusal İhmal	.715	
Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu	Madde Kullanım Özellikleri	.763	.881
	Bağımlılık Tanı Ölçüleri	.844	
	Madde Kullanımının Kişinin Yaşamına Etkisi	.862	
	Şiddetli Madde Kullanma İsteği	.835	
	Maddeyi Kullanımını Bırakma Motivasyonu	.898	
	Öfke Kontrol Sorunu	.778	
	Güvenli Davranış Eksikliği	.699	
	Heyecan Arama Davranışı	.658	
	Dürtüsel Davranış	.645	
	Depresyon	.782	
Anksiyete Riski	.779		

Yukarıdaki tablo araştırmada elde edilen verilerin Alpha Cronbach alfa (a) güvenilirliğinin oldukça güvenilir olarak değerlendirilebileceğini göstermektedir.

3.6. Normallik Analizi

Araştırmada parametrik ya da parametrik olmayan analiz metotlarından hangisinin kullanılacağını belirlemek amacıyla elde edilen verilerin normallik analizi yapılmaktadır.

Çarpıklık ve basıklık değerlerinin bulunması ile ölçeklere verilen cevapların normal dağılıma uygunluğunun belirlenmesi sağlanmaktadır. +3 ve -3 değerleri arasında bulunan çarpıklık ve basıklık değerleri normal kabul edilerek testin normallik analizi yapılmaktadır. (Groeneveld ve Meeden, 1984; Moors, 1986; Hopkins ve Weeks, 1990; De Carlo, 1997). Bu bağlamda araştırmanın normalliğe uygun olduğu belirlenmiş buna ek olarak araştırmada uygulanan ölçek ve boyutların histogramları, grafikleri ve varyasyon katsayıları da incelenerek normalliği analiz edilmiştir. Araştırmada parametrik yöntemler kullanılması uygun görülmüştür. Araştırmanın devamında Bağımsız Gruplar T-Testi, ANOVA testi kullanılmıştır.

Tablo 3.2. Normallik Analizleri

Alt Boyut	Ortalama	Std. Sapma	Çarpıklık	Basıklık
Fiziksel İstismar	10.7833	5.89194	1.010	.175
Cinsel İstismar	9.8500	6.68878	1.299	.356
Duygusal İstismar	11.3833	5.25967	.684	-.161
Fiziksel İhmal	9.5333	3.20734	.596	.665
Duygusal İhmal	13.6333	3.33429	.222	-.322
Madde Kullanım Özellikleri	1.7306	.43052	1.077	.861
Bağımlılık Tanı Ölçüleri	3.3271	.96854	-.832	.228
Madde Kullanımının Kişinin Yaşamına Etkisi	3.5783	.84875	-1.221	1.948
Şiddetli Madde Kullanma İsteği	3.1667	1.17771	-.239	-.937
Maddeyi Kullanımını Bırakma Motivasyonu	4.5056	.89882	-1.515	-.967
Öfke Kontrol Sorunu	2.0167	.56055	.251	-.693
Güvenli Davranış Eksikliği	2.0100	.49598	.382	-.490
Heyecan Arama Davranışı	1.8000	.53923	.260	-.436
Dürtüsel Davranış	2.0111	.50596	-.389	-.481

Depresyon	2.1042	.56240	-.210	-.902
Ankisyete Riski	1.9722	.57993	.192	-.679



DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırmaya katılan katılımcıların demografik bilgilerine ait tablolara yer verilmiştir.

4.1. Katılımcıların Demografik Bilgilerine İlişkin Bulgular

Tablo 4.1. Katılımcıların Cinsiyetleri Açısından Dağılımları

		Cinsiyetiniz			
		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Erkek	60	100,0	100,0	100,0
	Toplam	60	100,0	100,0	

Araştırma örneklemindeki bireylerin 60'ı da erkek katılımcılardan seçilmiştir. Araştırmadaki bireylerin %100 ü erkek olduğu için demografik özelliklerle ölçeklerin ilişkileri belirlenirken cinsiyet değişkeni göz önüne alınmamıştır.

Tablo 4.2. Katılımcıların Doğum Tarihleri Açısından Dağılımları

		Doğum Tarihiniz			
		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
	1956	2	3.3	3.3	3.3
	1958	2	3.3	3.3	6.7
	1960	1	1.7	1.7	8.3
	1965	4	6.7	6.7	15.0
	1967	4	1.7	1.7	16.7
	1968	3	5.0	5.0	28.3
	1971	2	3.3	3.3	31.7
	1972	4	6.7	6.7	38.3
	1973	1	1.7	1.7	40.0
	1975	1	1.7	1.7	41.7
	1976	1	1.7	1.7	43.3

1977	1	1.7	1.7	45.0
1980	1	1.7	1.7	46.7
1981	2	3.3	3.3	50.0
1982	3	5.0	1.7	55.0
1983	1	1.7	1.7	56.7
1984	1	1.7	1.7	58.3
1985	1	1.7	1.7	60.0
1986	2	3.3	3.3	63.3
1987	1	1.7	1.7	65.0
1988	2	3.3	3.3	68.3
1989	1	1.7	1.7	70.0
1990	3	5.0	5.0	75.0
1991	3	5.0	5.0	80.0
1992	3	5.0	5.0	85.0
1993	1	1.7	1.7	86.7
1994	3	5.0	5.0	91.7
1995	1	1.7	1.7	93.3
1996	1	1.7	1.7	95.0
1997	1	1.7	1.7	96.7
1998	1	1.7	1.7	98.3
2000	1	1.7	1.7	100.0
Toplam	60	100.0	100.0	

Araştırma örneklemindeki bireylerin 18'i 20-30 yaş arası, 15'i 31-40 yaş arası, 9'u 41-50 yaş arası, 14'ü 51-60 yaş arası, 4'ü 60+ yaşındadır. Bu bağlamda araştırmaya katılan kişilerin çoğunluğu 20-30 yaş arası bireylerdir.

Tablo 4.3. Katılımcıların Medeni Durumları Açısından Dağılımları

		Medeni Durumuz			
		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Evli	21	35.0	35.0	35.0
	Bekar	25	41.7	41.7	76.7
	Ayrı	1	1.7	1.7	78.3
	Boşanmış	11	18.3	18.3	96.7
	Dul	2	3.3	3.3	100.0
	Toplam	60	100.0	100.0	

Araştırma örneklemindeki kişilerin 21'i (%35) evli, 25'i (%41.7) bekar, 1'i (%1.7) ayrı, 11'i (%18.3) boşanmış, 2'si (%3.3) duldur. Bu bağlamda araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğu bekarlardır.

Tablo 4.4. Katılımcıların Çocuk Durumu Açısından Dağılımları

		Çocuğunuz Var Mı?			
		Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli	Evet	31	51.7	51.7	51.7
	Hayır	29	48.3	48.3	100.0
	Toplam	60	100.0	100.0	

Araştırmada örneklem grubundaki 31 kişi (%51,7) çocuk sahibi, 29 kişi (%48.3) çocuk sahibi değildir. Bu bağlamda araştırmaya katılan katılımcıların çoğu çocuk sahibi bireylerden oluşmaktadır.

Tablo 4.5. Katılımcıların Eğitim Düzeyleri Açısından Dağılımları

Eğitim Düzeyiniz				
	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli İlkokulu Bitirmiş	14	23.3	23.3	23.3
Ortaokulu Bitirmiş	21	35.0	35.0	58.3
Liseyi Bitirmiş	17	28.3	28.3	100.0
Üniversiteyi Bitirmiş	8	13.3	13.3	100.0
Toplam	60	100.0	100.0	

Araştırmada katılımcıların 14'ü (%23.3) ilkokulu bitirmiş, 21'i (%35) ortaokulu bitirmiş, 17'si (%28.3) liseyi bitirmiş, 8'i (%13.3) üniversiteyi bitirmiş eğitim düzeyindedir. Bu bağlamda araştırmaya katılan katılımcıların çoğunluğunu ortaokulu bitirmiş bireyler oluşturmaktadır.

Tablo 4.6. Katılımcıların Psikolojik veya Psikiyatrik Yardım Almış Olma Durumu Açısından Dağılımları

Daha Önce Herhangi Bir Psikiyatrik veya Psikolojik Tedavi Gördünüz mü?				
	Frekans	Yüzde	Geçerli Yüzde	Kümülatif Yüzde
Geçerli Evet	37	61.7	61.7	61.7
Hayır	23	38.3	38.3	100.0
Toplam	60	100.0	100.0	

Araştırmada örneklem gurubunda bulunan kişilerin 37'si (%61.7) daha önce psikolojik, psikiyatrik tedavi görmüş, 23'ü (%38.3) daha önce psikolojik, psikiyatrik tedavi görmemiştir. Bu bağlamda araştırmadaki katılımcıların çoğunluğu daha önce psikiyatrik ya da psikolojik tedavi almış bireylerden oluşmaktadır.

4.2. Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formuna İlişkin Bulgular

Tablo 4.7. Katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formuna Verdikleri Cevaplar Açısından Dağılımları

	N	Ortalama	Std. Sapma
Çocukluğumda, yeterli düzeyde beslendiğime inanmıyorum	60	3.1667	1.56407
Çocukluğumda, benimle ilgilenen ve beni koruyan birinin/birilerinin olduğunu bilirdim	60	2.3333	1.38597
Çocukluğumda, ailemdeki kişiler bana "aptal", "tembel" ya da "çirkin" diye hitap ederdi	60	2.1167	1.47397
Çocukluğumda, annem ve babam ailemizle ilgilenmeyecek kadar sarhoş ya da uyuşturucunun etkisi altındaydı	60	1.9000	1.41061
Çocukluğumda, ailemde kendimi önemli ya da özel hissetmemi sağlayan biri/birileri vardı	60	2.6667	1.34878
Çocukluğumda, kirli giysiler giymek zorunda kalırdım	60	2.5167	1.58907
Çocukluğumda, sevildiğimi hissederdim	60	2.6833	1.43198
Çocukluğumda, annem ve babamın benim hiç doğmamış olmamı dilediklerini düşünürdüm	60	2.4000	1.61770
Çocukluğumda, ailemdeki kişilerden, bir doktora ya da hastaneye gitmek zorunda kalacak kadar kötü dayak yediğim oldu	60	2.1500	1.42407
Çocukluğumda, ailemle ilgili değiştirmek istediğim hiçbir şey yoktu	60	3.0667	1.36378
Çocukluğumda, ailemdeki fertler beni, yara bere içinde bırakacak kadar kötü döverlerdi	60	2.0667	1.47138

Çocukluğumda, kemer, sopa, kablo ya da benzeri sert cisimlerle dövülerek cezalandırıldım	60	2.3667	1.57272
Çocukluğumda, ailemdeki fertler birbirlerini koruyup kollarlardı	60	2.4833	1.50132
Çocukluğumda, ailemde fertler bana incitici veya aşağılayıcı şeyler söylediler	60	2.4333	1.46561
Çocukluğumda, fiziksel olarak istismar edildiğime inanıyorum	60	2.1333	1.45517
Mükemmel bir çocukluğum oldu	60	2.6667	1.32341
Çocukluğumda, öğretmen, komşu ya da doktor gibi kişiler tarafında fark edilecek kadar kötü dayak yedim	60	2.0667	1.32597
Çocukluğumda, ailemde benden nefret eden birisi/birileri olduğunu hissedirdim	60	2.2000	1.48210
Çocukluğumda, ailemdeki fertler birbirlerine yakındılar	60	3.5500	1.46629
Çocukluğumda, birisi/birileri bana cinsel amaçla dokunmayı ya da ona/onlara dokundurtmayı istedi	60	1.9333	1.42456
Çocukluğumda, birisi/birileri, cinsel içerikli taleplerini karşılamazsam, bana zarar vermekle ya da hakkımda yalanlar söylemekle beni tehdit etti	60	1.8667	1.41980
Dünyadaki en iyi aileye sahiptim	60	3.0833	1.46475
Çocukluğumda, birisi/birileri beni cinsel içerikli eylemlerde bulunmaya veya cinsel içerikli şeyler izlemeye zorladı	60	2.0833	1.56543
Çocukluğumda, birisi/birileri bana cinsel tacizde bulundu	60	1.8833	1.47397

Çocukluğumda, duygusal olarak istismar edildiğime inanıyorum	60	2.2333	1.39450
Çocukluğumda, ihtiyacım olduğunda beni doktora götürecek birisi/birileri vardı	60	2.1333	1.46677
Çocukluğumda, cinsel olarak istismar edildiğime inanıyorum	60	2.0833	1.59758
Çocukluğumda, ailem benim için bir güç ve destek kaynağıydı	60	2.2500	1.42168
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	60	2.3158	.72237
Geçerli N (liste halinde)	60		

Araştırmada testi uygulayan kişilerin çocukluk çağı travma düzeyi “Katılmıyorum-Biraz Katılıyorum” arasında ($X=2.3158$) bulunmuştur. Bulunan bu değer araştırma örnekleminin çocukluk çağı travma düzeyinin ortalamasının altı olduğunu kanıtlar niteliktedir. Ölçek soruları içerisinde en düşük seviyede ortalama değerine sahip olan ($X=1.8667$) ifade “Çocukluğumda, birisi/birileri, cinsel içerikli taleplerini karşılamazsam, bana zarar vermekle ya da hakkımda yalanlar söylemekle beni tehdit etti” ifadesidir. Ölçek soruları içerisinde en yüksek seviyede ortalama değerine sahip olan ($X=3.5500$) ifade “Çocukluğumda, ailemdeki fertler birbirlerine yakındılar” ifadesidir. Burada bulunan en yüksek, en düşük değerler araştırmaya katılan kişilerin çocukluk döneminde çoğunlukla cinsel istismara maruz kalmadıklarını aynı zamanda aile fertlerinin uyumlu yakınlık içerisinde olduğunu göstermektedir.

Tablo 4.8. Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu ile Yaş Değişkenine İlişkin Sonuçlar

		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Anlamlılık Düzeyi
Fiziksel İstismar	20-30	18	9.7222	5.35565	1.26234	.780
	31-40	15	10.4000	6.36733	1.64404	

	41-50	9	12.0000	6.59545	2.19848	
	51-60	14	12.0714	6.12013	1.63567	
	60+	4	9.7500	5.61991	2.80995	
	Total	60	10.7833	5.89194	.76065	
Cinsel İstismar	20-30	18	7.7222	4.76267	1.12257	
	31-40	15	9.6000	6.10386	1.57601	
	41-50	9	12.6667	9.38083	3.12694	.395
	51-60	14	11.2857	7.37385	1.97074	
	60+	4	9.0000	6.73300	3.36650	
	Total	60	9.8500	6.68878	.86352	
Duygusal İstismar	20-30	18	9.5000	4.59219	1.08239	
	31-40	15	12.3333	5.77763	1.49178	
	41-50	9	13.5556	4.44722	1.48241	.341
	51-60	14	11.7143	5.94110	1.58783	
	60+	4	10.2500	4.57347	2.28674	
	Total	60	11.3833	5.25967	.67902	
Fiziksel İhmal	20-30	18	9.1667	3.12956	.73764	.606

	31-40	15	8.8667	4.10342	1.05950	
	41-50	9	9.3333	1.80278	.60093	
	51-60	14	10.6429	2.76258	.73833	
	60+	4	10.2500	4.11299	2.05649	
	Total	60	9.5333	3.20734	.41407	
Duygusal İhmal	20-30	18	13.4444	3.34703	.78890	
	31-40	15	13.4000	2.97129	.76718	
	41-50	9	12.1111	3.62093	1.20698	.361
	51-60	14	15.0000	3.48624	.93174	
	60+	4	14.0000	3.16228	1.58114	
	Total	60	13.6333	3.33429	.43046	
Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu	20-30	18	61.2222	18.01488	4.24615	
	31-40	15	65.4667	19.01829	4.91050	
	41-50	9	72.1111	19.73857	6.57952	.547
	51-60	14	71.0714	18.63605	4.98069	
	60+	4	65.7500	20.51625	10.25813	
	Total	60	66.5167	18.67246	2.41060	

* One-Way ANOVA, post hoc Tukey

Araştırmaya katılan kişilerin çocukluk çağı travma toplam ve alt boyutları ile yaş arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ANOVA analizine göre anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Bu bağlamda yaş değişimi, çocukluk çağı travma, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal düzeyinde herhangi farklılığa yol açmamaktadır.

Tablo 4.9. Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu ile Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Sonuçlar

		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Anlamlılık Düzeyi
Fiziksel İstismar	İlkokulu bitirmiş	14	12.0000	7.00549	1.87230	.830
	Ortaokulu bitirmiş	21	10.6190	5.09388	1.11158	
	Liseyi bitirmiş	17	10.0000	6.21490	1.50734	
	Üniversiteyi bitirmiş	8	10.7500	5.87367	2.07666	
	Total	60	10.7833	5.89194	.76065	
Cinsel İstismar	İlkokulu bitirmiş	14	10.8571	7.36788	1.96915	.643
	Ortaokulu bitirmiş	21	9.0476	5.29600	1.15568	
	Liseyi bitirmiş	17	9.0000	7.16764	1.73841	
	Üniversiteyi bitirmiş	8	12.0000	8.22887	2.90934	
	Total	60	9.8500	6.68878	.86352	

Duygusal İstismar	İlkokulu bitirmiş	1 4	12.6429	5.45763	1.4586 1	.359
	Ortaokulu bitirmiş	2 1	10.3333	4.76795	1.0404 5	
	Liseyi bitirmiş	1 7	10.6471	6.05125	1.4676 4	
	Üniversite yi bitirmiş	8	13.5000	4.03556	1.4267 8	
	Total	6 0	11.3833	5.25967	.67902	
Fiziksel İhmal	İlkokulu bitirmiş	1 4	11.6429	3.29585	.88085	.002
	Ortaokulu bitirmiş	2 1	10.0476	2.87187	.62669	
	Liseyi bitirmiş	1 7	8.2353	2.96920	.72014	
	Üniversite yi bitirmiş	8	7.2500	1.75255	.61962	
	Total	6 0	9.5333	3.20734	.41407	
Duygusal İhmal	İlkokulu bitirmiş	1 4	13.4286	3.73578	.99843	.695
	Ortaokulu bitirmiş	2 1	14.3333	3.56838	.77868	
	Liseyi bitirmiş	1 7	13.1176	3.37050	.81747	
	Üniversite yi bitirmiş	8	13.2500	1.75255	.61962	
	Total	6 0	13.6333	3.33429	.43046	

Çocukluk Çağı Travmalar 1 Kısa Formu	İlkokulu bitirmiş	1 4	71.0714	20.6898 9	5.5296 0	.740
	Ortaokulu bitirmiş	2 1	65.5714	17.2382 5	3.7616 9	
	Liseyi bitirmiş	1 7	63.6471	22.0168 7	5.3398 8	
	Üniversite yi bitirmiş	8	67.1250	11.0510 2	3.9071 2	
	Total	6 0	66.5167	18.6724 6	2.4106 0	

* One-Way ANOVA, post hoc Tukey

Araştırmaya katılan kişilerin çocukluk çağı travmaları düzeyi ile eğitim durumu değişkeni arasında bir ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla One-Way ANOVA analizi verilere uygulanmıştır. Anlamlı fark çıkan değişkenlerde, bu farklılıkların hangi gruptan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla Tukey ve Tamhane Post Hoc Testleri kullanılmıştır.

Çalışmaya dâhil edilen katılımcıların fiziksel ihmal düzeyi ile eğitim durumu değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ANOVA analizine göre anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bağlamda eğitim durumu, fiziksel ihmal düzeyinde anlamlı farklılığa yol açmaktadır. Fiziksel İhmal boyutunda; ilköğretim mezunu katılımcıların puanları üniversite mezunu katılımcılarınkinden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Çalışmaya dahil edilen katılımcıların çocukluk çağı travma toplam ve alt boyutlarından fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, duygusal ihmal puanları ile eğitim durumu değişkenleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ANOVA analizine göre anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p > 0.05$). Bu bağlamda eğitim durumu, çocukluk çağı travma, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve duygusal ihmal düzeyinde herhangi farklılığa yol açmamaktadır.

Tablo 4.10. Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu ile Medeni Durum Değişkenine İlişkin Sonuçlar

		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Anlamlılık Düzeyi
Fiziksel İstismar	Evli	21	11.4762	6.82363	1.48904	.169
	Bekar	25	9.4800	4.41701	.88340	
	Ayrı	1	8.0000	.	.	
	Boşanmış	11	13.7273	6.52826	1.96834	
	Dul	2	5.0000	.00000	.00000	
	Total	60	10.7833	5.89194	.76065	
Cinsel İstismar	Evli	21	11.7143	8.51553	1.85824	.449
	Bekar	25	9.6400	5.85150	1.17030	
	Ayrı	1	5.0000	.	.	
	Boşanmış	11	7.9091	4.43744	1.33794	
	Dul	2	6.0000	1.41421	1.00000	
	Total	60	9.8500	6.68878	.86352	
Duygusal İstismar	Evli	21	11.9048	6.66262	1.45390	.393
	Bekar	25	10.5600	4.35966	.87193	
	Ayrı	1	7.0000	.	.	

	Boşanmı ş	1 1	13.3636	4.15386	1.2524 4	
	Dul	2	7.5000	.70711	.50000	
	Total	6 0	11.3833	5.25967	.67902	
Fiziksel İhmal	Evli	2 1	9.2857	2.64845	.57794	
	Bekar	2 5	9.5200	3.83101	.76620	
	Ayrı	1	12.0000	.	.	
	Boşanmı ş	1 1	9.1818	2.71360	.81818	.540
	Dul	2	13.0000	2.82843	2.0000 0	
	Total	6 0	9.5333	3.20734	.41407	
Duygusal İhmal	Evli	2 1	13.0476	3.27836	.71540	
	Bekar	2 5	13.8400	3.55528	.71106	
	Ayrı	1	14.0000	.	.	
	Boşanmı ş	1 1	14.2727	3.46672	1.0452 6	.892
	Dul	2	13.5000	2.12132	1.5000 0	
	Total	6 0	13.6333	3.33429	.43046	
Çocukluk Çağı	Evli	2 1	70.6667	23.3309 5	5.0912 3	.663

Travmalar 1 Kısa Formu	Bekar	2 5	63.8400	17.3245 5	3.4649 1
	Ayrı	1	57.0000	.	.
	Boşanmı ş	1 1	67.4545	12.6519 9	3.8147 2
	Dul	2	56.0000	4.24264	3.0000 0
	Total	6 0	66.5167	18.6724 6	2.4106 0

* One-Way ANOVA, post hoc Tukey

Araştırmaya katılan kişilerin çocukluk çağı travma toplam ve alt boyut düzeyleri ile medeni durum değişkenleri arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ANOVA analizine göre anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Bu bağlamda medeni durum, çocukluk çağı travma, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal düzeyinde herhangi farklılığa yol açmamaktadır.

Tablo 4.11. Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu ile Çocuk Durumu Değişkenine İlişkin Sonuçlar

	ÇOCUK VARLIĞI	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Anlam	Anlamlılık Düzeyi
Fiziksel İstismar	Evet	3 1	12.1613	6.75819	1.2138 1	.013
	Hayır	2 9	9.3103	4.45696	.82764	
Cinsel İstismar	Evet	3 1	10.6452	7.53458	1.3532 5	.036
	Hayır	2 9	9.0000	5.65685	1.0504 5	

Duygusal İstismar	Evet	31	12.4839	5.84734	1.05021	.099
	Hayır	29	10.2069	4.34560	.80696	
Fiziksel İhmal	Evet	31	9.6452	2.84662	.51127	.348
	Hayır	29	9.4138	3.60077	.66865	
Duygusal İhmal	Evet	31	13.6452	3.29189	.59124	.982
	Hayır	29	13.6207	3.43733	.63830	
Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu	Evet	31	69.9677	20.14693	3.61850	.366
	Hayır	29	62.8276	16.50772	3.06541	

* Bağımsız örneklem T-tesisi

Araştırmaya katılan kişilerin fiziksel ve cinsel istismar düzeyi ile çocuk durumu değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem T-tesisi analizine göre anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bağlamda çocuk durumu, çocukluk dönemi fiziksel ve cinsel istismar düzeyinde anlamlı bir farklılığa yol açmaktadır.

Araştırmaya katılan kişilerin çocukluk çağı travma toplam ve alt boyutlarından duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal puanları ile çocuk durumu değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem T-tesisi analizine göre anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p > 0.05$). Bu bağlamda çocuk durumu, çocukluk çağı travma, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal düzeyinde herhangi farklılığa yol açmamaktadır.

Tablo 4.12. Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu ile Daha Önce Aldıkları Psikolojik ve Psikiyatrik Tedavi Durumlarına İlişkin Sonuçlar

		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Anlamı	Anlamlılık Düzeyi
Fiziksel İstismar	Evet	37	10.5135	5.80049	.95359	.560
	Hayır	23	11.2174	6.14193	1.28068	
Cinsel İstismar	Evet	37	9.8108	7.06650	1.16173	.584
	Hayır	23	9.9130	6.18586	1.28984	
Duygusal İstismar	Evet	37	11.2703	4.97577	.81801	.205
	Hayır	23	11.5652	5.79832	1.20903	
Fiziksel İhmal	Evet	37	9.6486	3.43363	.56448	.596
	Hayır	23	9.3478	2.87004	.59845	
Duygusal İhmal	Evet	37	13.0270	3.08659	.50743	.150
	Hayır	23	14.6087	3.55143	.74052	
Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu	Evet	37	65.4054	17.51104	2.87880	.382
	Hayır	23	68.3043	20.68472	4.31306	

* Bağımsız örneklem T-tesisi

Araştırmaya katılan kişilerin çocukluk çağı travma toplam ve alt boyut düzeyi ile psikolojik ya da psikiyatrik tedavi almış olma durumu değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız örneklem T-tesisi analizine göre anlamlı bir ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Bu bağlamda psikolojik ya da psikiyatrik tedavi almış olma durumu, çocukluk çağı travma, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal düzeyinde herhangi farklılığa yol açmamaktadır.

4.3. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formuna İlişkin Bulgular

Tablo 4.13. Katılımcıların Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formuna Verdikleri Cevaplar Açısından Dağılımları

		Tanımlayıcı İstatistikler				
		N	Min.	Max.	Ortalama	Std. Sapma
Madde	Kullanım Özellikleri	60	2.18	7.18	4.6712	1.46511
Bağımlılık Tanı Ölçütleri		60	6.00	29.00	20.0500	5.87418
Madde	Kullanımının Kişinin Yaşamına Etkisi	60	10.00	50.00	35.7833	8.48746
Şiddetli Madde	Kullanma İsteği	60	4.00	20.00	12.6667	4.71085
Maddeyi	Kullanımını Bırakma Motivasyonu	60	3.00	15.00	13.5167	2.69646
Bağımlılık Şiddeti		60	5.23	22.26	16.9278	3.61776
Öfke Kontrol Sorunu		60	3.00	9.00	6.0500	1.68166
Güvenli Davranış Eksikliği		60	5.00	15.00	10.0500	2.47992
Heyecan Arama Davranışı		60	3.00	9.00	5.4000	1.61770
Dürtüsel Davranış		60	3.00	9.00	6.0333	1.51788
Depresyon		60	4.00	12.00	8.4167	2.24961
Anksiyete Riski		60	3.00	9.00	5.9167	1.73978
Valid N (listwise)		60				

Madde Kullanım Özellikleri alt ölçek puanları 2.18-7.18 aralığında değişmekte olup ve ortalama 4.6712 ± 1.46511 'dir.

Bağımlılık Tanı Ölçütleri alt ölçek puanları 6-29 aralığında değişmekte olup ve ortalama 20.0500 ± 5.87418 'dir.

Madde Kullanımının Kişinin Yaşamına Etkisi alt ölçek puanları 10-50 aralığında değişmekte olup ve ortalama 35.7833 ± 8.48746 'dır.

Şiddetli Madde Kullanma İsteği alt ölçek puanları 4-20 aralığında değişmekte olup ve ortalama 12.6667 ± 4.71085 'tir.

Maddeyi Kullanımını Bırakma Motivasyonu alt ölçek puanları 3-15 aralığında değişmekte olup ve ortalama 13.5167 ± 2.69646 'dır.

Bağımlılık şiddeti puanları 5.23-22.26 aralığında değişmekte olup ve ortalama 16.9278 ± 3.61776 'dır.

Öfke Kontrol Sorunu alt ölçek puanları 3-9 aralığında değişmekte olup ve ortalama 6.0500 ± 1.68166 'dır.

Güvenli Davranış Eksikliği alt ölçek puanları 5-15 aralığında değişmekte olup ve ortalama 10.0500 ± 2.47992 'dir.

Heyecan Arama Davranışı alt ölçek puanları 3-9 aralığında değişmekte olup ve ortalama 5.4000 ± 1.61770

Dürtüsel Davranış alt ölçek puanları 3-9 aralığında değişmekte olup ve ortalama 6.0333 ± 1.51788 'dir.

Depresyon alt ölçek puanları 4-12 aralığında değişmekte olup ve ortalama 8.4167 ± 2.24961 'dir.

Anksiyete Riski alt ölçek puanları 3-9 aralığında değişmekte olup ve ortalama 5.9167 ± 1.73978 'dir.

Tablo 4.14. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu ile Yaş Değişkenine İlişkin Sonuçlar

		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Anlamlılık Düzeyi
Madde Kullanım Özellikleri	20-30	18	4.9747	1.54712	.36466	.827
	31-40	15	4.6970	1.57372	.40633	

	41-50	9	4.4949	1.61034	.53678	
	51-60	14	4.5130	1.36275	.36421	
	60+	4	4.1591	1.00789	.50394	
	Total	60	4.6712	1.46511	.18914	
Bağımlılık Tanı Ölçütleri	20-30	18	21.6944	4.91139	1.15763	
	31-40	15	18.7667	7.36756	1.90230	
	41-50	9	20.9444	4.55826	1.51942	.586
	51-60	14	18.8929	6.40366	1.71145	
	60+	4	19.5000	4.69042	2.34521	
	Total	60	20.0500	5.87418	.75835	
Madde Kullanımının Kişinin Yaşamına Etkisi	20-30	18	38.8333	6.45573	1.52163	
	31-40	15	34.5333	10.96662	2.83157	
	41-50	9	35.5556	6.44420	2.14807	.333
	51-60	14	35.0000	8.49434	2.27021	
	60+	4	30.0000	9.20145	4.60072	
	Total	60	35.7833	8.48746	1.09573	
Şiddetli Madde	20-30	18	13.1111	4.65123	1.09631	.299

Kullanma İsteği	31- 40	15	13.6667	5.08031	1.31173	
	41- 50	9	14.1111	3.55121	1.18374	
	51- 60	14	10.7143	4.93697	1.31946	
	60+	4	10.5000	4.20317	2.10159	
	Total	60	12.6667	4.71085	.60817	
Maddeyi Kullanımını Bırakma Motivasyonu	20- 30	18	14.2778	.82644	.19479	
	31- 40	15	12.2667	4.13118	1.06667	
	41- 50	9	14.3333	.70711	.23570	.216
	51- 60	14	13.2143	3.11766	.83323	
	60+	4	14.0000	1.41421	.70711	
Total	60	13.5167	2.69646	.34811		
Bağımlılık Şiddeti	20- 30	18	18.0235	2.76107	.65079	
	31- 40	15	16.4352	5.11660	1.32110	
	41- 50	9	17.5993	2.57094	.85698	.458
	51- 60	14	15.9886	3.47854	.92968	
	60+	4	15.6212	2.40986	1.20493	
Total	60	16.9278	3.61776	.46705		

Öfke Kontrol Sorunu	20-30	18	6.3889	1.75361	.41333	.084
	31-40	15	6.6000	1.84391	.47610	
	41-50	9	6.0000	1.73205	.57735	
	51-60	14	5.5714	1.22250	.32673	
	60+	4	4.2500	.50000	.25000	
	Total	60	6.0500	1.68166	.21710	
Güvenli Davranış Eksikliği	20-30	18	10.4444	2.74874	.64788	.719
	31-40	15	10.2000	2.48424	.64143	
	41-50	9	9.4444	2.65100	.88367	
	51-60	14	10.1429	2.34872	.62772	
	60+	4	8.7500	1.50000	.75000	
	Total	60	10.0500	2.47992	.32016	
Heyecan Arama Davranışı	20-30	18	5.6667	1.32842	.31311	.017
	31-40	15	6.3333	1.71825	.44365	
	41-50	9	4.8889	1.16667	.38889	
	51-60	14	4.7857	1.76193	.47090	

	60+	4	4.0000	.81650	.40825	
	Total	60	5.4000	1.61770	.20884	
Dürtüsel Davranış	20-30	18	6.0556	1.47418	.34747	
	31-40	15	6.7333	1.62422	.41937	
	41-50	9	5.6667	1.41421	.47140	.091
	51-60	14	5.9286	1.32806	.35494	
	60+	4	4.5000	1.29099	.64550	
	Total	60	6.0333	1.51788	.19596	
Depresyon	20-30	18	8.5556	2.54887	.60077	
	31-40	15	8.6000	1.95667	.50521	
	41-50	9	8.0000	1.87083	.62361	.427
	51-60	14	8.8571	2.31574	.61891	
	60+	4	6.5000	2.38048	1.19024	
	Total	60	8.4167	2.24961	.29042	
Anksiyete Riski	20-30	18	5.9444	1.92422	.45354	
	31-40	15	6.1333	1.59762	.41250	.260
	41-50	9	6.5556	1.81046	.60349	

51-60	14	5.7143	1.58980	.42489
60+	4	4.2500	1.25831	.62915
Total	60	5.9167	1.73978	.22460

* One-Way ANOVA, post hoc Tukey

Araştırmaya katılan kişilerin bağımlılık profil indeksi ve alt boyutları ile yaş değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla ANOVA analizi yapılmış, anlamlı fark bulunan değişkenlerde, bu farklılıkların hangi gruplardan kaynaklandığını tespit etmek amacıyla yapılan Tukey ve Tamhane Post Hoc Testleri kullanılmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin heyecan arama davranışı ile yaş değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ANOVA analizi verilerine göre anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bağlamda yaş değişkeni, heyecan arama davranışında anlamlı bir farklılığa yol açmaktadır. Heyecan Arama boyutunda; 31-40 yaş arası katılımcıların tutumları 60 yaş ve üzeri katılımcılarınkinden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır.

Araştırmaya katılan kişilerin bağımlılık profil indeksi; madde kullanım özellikleri, bağımlılık tanı ölçütleri, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi, şiddetli madde kullanma isteği, maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu, bağımlılık şiddeti, öfke kontrol sorunu, güvenli davranış eksikliği, dürtüsel davranış, depresyon ve anksiyete riski ile yaş değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ANOVA analizi verilerine göre anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p > 0.05$). Bu bağlamda yaş değişkeni, madde kullanım özellikleri, bağımlılık tanı ölçütleri, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi, şiddetli madde kullanma isteği, maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu, bağımlılık şiddeti, öfke kontrol sorunu, güvenli davranış eksikliği, dürtüsel davranış, depresyon ve anksiyete riskinde herhangi farklılığa yol açmamaktadır.

Tablo 4.15. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu ile Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Sonuçlar

N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Anlamlılık Düzeyi
---	----------	------------	-----------	-------------------

Madde Kullanım Özellikleri	İlkokulu bitirmiş	1 4	4.4610	1.78018	.47577	.902
	Ortaokulu bitirmiş	2 1	4.8355	1.56792	.34215	
	Liseyi bitirmiş	1 7	4.6096	1.23640	.29987	
	Üniversite yi bitirmiş	8	4.7386	1.22685	.43376	
	Total	6 0	4.6712	1.46511	.18914	
Bağımlılık Tanı Ölçütleri	İlkokulu bitirmiş	1 4	18.8214	7.11339	1.9011 3	.574
	Ortaokulu bitirmiş	2 1	19.5952	5.66485	1.2361 7	
	Liseyi bitirmiş	1 7	21.6765	5.43122	1.3172 6	
	Üniversite yi bitirmiş	8	19.9375	5.26062	1.8599 1	
	Total	6 0	20.0500	5.87418	.75835	
Madde Kullanımının Kişinin Yaşamına Etkisi	İlkokulu bitirmiş	1 4	34.8571	11.7004 7	3.1270 8	.655
	Ortaokulu bitirmiş	2 1	35.1429	8.47517	1.8494 3	
	Liseyi bitirmiş	1 7	38.0000	5.29150	1.2833 8	
	Üniversite yi bitirmiş	8	34.3750	8.15804	2.8843 0	
	Total	6 0	35.7833	8.48746	1.0957 3	

Şiddetli Madde Kullanma İsteği	İlkokulu bitirmiş	1 4	11.7857	5.54948	1.4831 6		
	Ortaokulu bitirmiş	2 1	12.6190	4.37580	.95488		
	Liseyi bitirmiş	1 7	13.7647	4.91845	1.1929 0		.676
	Üniversite yi bitirmiş	8	12.0000	3.85450	1.3627 7		
	Total	6 0	12.6667	4.71085	.60817		
Maddeyi Kullanımını Bırakma Motivasyonu	İlkokulu bitirmiş	1 4	12.3571	4.04983	1.0823 6		
	Ortaokulu bitirmiş	2 1	13.1905	2.76801	.60403		
	Liseyi bitirmiş	1 7	14.4118	1.00367	.24343		.118
	Üniversite yi bitirmiş	8	14.5000	.75593	.26726		
	Total	6 0	13.5167	2.69646	.34811		
Bağımlılık Şiddeti	İlkokulu bitirmiş	1 4	15.9186	5.09950	1.3629 0		
	Ortaokulu bitirmiş	2 1	16.7495	3.26354	.71216		
	Liseyi bitirmiş	1 7	17.9627	2.86552	.69499		.479
	Üniversite yi bitirmiş	8	16.9631	2.84362	1.0053 7		
	Total	6 0	16.9278	3.61776	.46705		

Öfke Kontrol Sorunu	İlkokulu	1	5.8571	1.83375	.49009	
	bitirmiş	4				
	Ortaokulu	2	6.3333	1.55991	.34040	
	bitirmiş	1				
	Liseyi	1	6.3529	1.57881	.38292	
bitirmiş	7					
Üniversite	8	5.0000	1.77281	.62678		
yi bitirmiş						
Total	6	6.0500	1.68166	.21710		
	0					
Güvenli Davranış Eksikliği	İlkokulu	1	10.5714	3.08132	.82352	
	bitirmiş	4				
	Ortaokulu	2	10.1905	2.06444	.45050	
	bitirmiş	1				
	Liseyi	1	10.1176	2.61922	.63525	
bitirmiş	7					
Üniversite	8	8.6250	1.84681	.65295		
yi bitirmiş						
Total	6	10.0500	2.47992	.32016		
	0					
Heyecan Arama Davranışı	İlkokulu	1	5.2143	2.08211	.55647	
	bitirmiş	4				
	Ortaokulu	2	5.4762	1.50396	.32819	
	bitirmiş	1				
	Liseyi	1	5.5294	1.58578	.38461	
bitirmiş	7					
Üniversite	8	5.2500	1.28174	.45316		
yi bitirmiş						
Total	6	5.4000	1.61770	.20884		
	0					

Dürtüsel Davranış	İlkokulu bitirmiş	1 4	6.1429	1.40642	.37588	.565
	Ortaokulu bitirmiş	2 1	6.0000	1.37840	.30079	
	Liseyi bitirmiş	1 7	6.2941	1.68689	.40913	
	Üniversite yi bitirmiş	8	5.3750	1.76777	.62500	
	Total	6 0	6.0333	1.51788	.19596	
Depresyon	İlkokulu bitirmiş	1 4	8.2857	2.43148	.64984	.871
	Ortaokulu bitirmiş	2 1	8.3810	1.98686	.43357	
	Liseyi bitirmiş	1 7	8.7647	2.46296	.59736	
	Üniversite yi bitirmiş	8	8.0000	2.44949	.86603	
	Total	6 0	8.4167	2.24961	.29042	
Anksiyete Riski	İlkokulu bitirmiş	1 4	5.8571	2.10703	.56313	.989
	Ortaokulu bitirmiş	2 1	6.0000	1.67332	.36515	
	Liseyi bitirmiş	1 7	5.8235	1.77607	.43076	
	Üniversite yi bitirmiş	8	6.0000	1.41421	.50000	
	Total	6 0	5.9167	1.73978	.22460	

* One-Way ANOVA, post hoc Tukey

Araştırmaya katılan kişilerin bağımlılık profil indeksi ve alt boyutları ile eğitim durumu değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ANOVA analizi verilerine göre anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Bu bağlamda eğitim durumu değişkeni, bağımlılık profil indeksi ve alt boyutlarında herhangi farklılığa yol açmamaktadır.

Tablo 4.16. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu ile Medeni Durum Değişkenine İlişkin Sonuçlar

		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata	Anlamlılık Düzeyi
Madde Kullanım Özellikleri	Evli	21	4.2208	1.24102	.27081	.163
	Bekar	25	5.02557	1.53147	.30629	
	Ayrı	1	6.4545	.	.	
	Boşanmış	11	4.79347	1.60067	.48262	
	Dul	2	3.4091	.06428	.04545	
	Total	60	4.67121	1.46511	.18914	
Bağımlılık Tanı Ölçütleri	Evli	21	19.3810	6.29465	1.37361	.522
	Bekar	25	19.7000	5.51135	1.10227	
	Ayrı	1	14.0000	.	.	
	Boşanmış	11	22.3636	6.28129	1.89388	
	Dul	2	21.7500	2.47487	1.75000	

	Total	60	20.050 0	5.8741 8	.75835	
Madde Kullanımını n Kişinin Yaşamına Etkisi	Evli	21	32.238 1	9.3161 4	2.0329 5	
	Bekar	25	36.280 0	8.2841 2	1.6568 2	
	Ayrı	1	37.000 0	.	.	
	Boşanmış	11	41.000 0	4.7958 3	1.4460 0	.086
	Dul	2	37.500 0	7.7781 7	5.5000 0	
	Total	60	35.783 3	8.4874 6	1.0957 3	
Şiddetli Madde Kullanma İsteği	Evli	21	11.428 6	4.8843 8	1.0658 6	
	Bekar	25	13.960 0	4.4015 1	.88030	
	Ayrı	1	9.0000	.	.	
	Boşanmış	11	12.272 7	5.1398 6	1.5497 3	.404
	Dul	2	13.500 0	3.5355 3	2.5000 0	
	Total	60	12.666 7	4.7108 5	.60817	
Maddeyi Kullanımını Bırakma	Evli	21	13.142 9	3.5112 1	.76621	
	Bekar	25	13.520 0	2.6318 6	.52637	.890

Motivasyonu	Ayrı	1	13.0000	.	.	
	Boşanmış	11	14.1818	.87386	.26348	
	Dul	2	14.0000	.00000	.00000	
	Total	60	13.5167	2.69646	.34811	
Bağımlılık Şiddeti	Evli	21	15.8025	3.99846	.87254	
	Bekar	25	17.4207	3.60862	.72172	
	Ayrı	1	15.8439	.	.	
	Boşanmış	11	18.0194	2.97411	.89673	.475
	Dul	2	17.1212	2.10632	1.48939	
	Total	60	16.9278	3.61776	.46705	
Öfke Kontrol Sorunu	Evli	21	5.7143	1.64751	.35952	
	Bekar	25	6.4800	1.89561	.37912	
	Ayrı	1	5.0000	.	.	.466
	Boşanmış	11	6.0000	1.26491	.38139	
	Dul	2	5.0000	.00000	.00000	

	Total	60	6.0500	1.6816 6	.21710	
Güvenli Davranış Eksikliği	Evli	21	9.2381	2.0713 5	.45200	
	Bekar	25	10.640 0	2.6907 2	.53814	
	Ayrı	1	11.000 0	.	.	.160
	Boşanmış	11	10.636 4	2.5009 1	.75405	
	Dul	2	7.5000	.70711	.50000	
	Total	60	10.050 0	2.4799 2	.32016	
Heyecan Arama Davranışı	Evli	21	5.2857	1.7647 3	.38510	
	Bekar	25	5.8400	1.4910 8	.29822	
	Ayrı	1	3.0000	.	.	.247
	Boşanmış	11	5.0000	1.5491 9	.46710	
	Dul	2	4.5000	.70711	.50000	
	Total	60	5.4000	1.6177 0	.20884	
Dürtüsel Davranış	Evli	21	5.8571	1.5901 5	.34700	
	Bekar	25	6.1200	1.5631 2	.31262	.782
	Ayrı	1	6.0000	.	.	

	Boşanmış	11	6.3636	1.4333	.43218	
				7		
	Dul	2	5.0000	1.4142	1.0000	
				1	0	
	Total	60	6.0333	1.5178	.19596	
				8		
Depresyon	Evli	21	7.7619	2.1887	.47762	
				2		
	Bekar	25	8.5600	2.1228	.42458	
				9		
	Ayrı	1	8.0000	.	.	
	Boşanmış	11	9.4545	2.5441	.76709	.372
				6		
	Dul	2	8.0000	2.8284	2.0000	
				3	0	
	Total	60	8.4167	2.2496	.29042	
				1		
Anksiyete Riski	Evli	21	5.5238	1.5690	.34239	
				5		
	Bekar	25	6.2400	1.7860	.35721	
				6		
	Ayrı	1	4.0000	.	.	
	Boşanmış	11	6.1818	2.0405	.61523	.487
				0		
	Dul	2	5.5000	.70711	.50000	
	Total	60	5.9167	1.7397	.22460	
				8		

* One-Way ANOVA, post hoc Tukey

Araştırmaya katılan kişilerin bağımlılık profil indeksi ve alt boyutları ile medeni durumu değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ANOVA analizi verilerine göre anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Bu bağlamda medeni durumu değişkeni, bağımlılık profil indeksi ve alt boyutlarında herhangi farklılığa yol açmamaktadır.

Tablo 4.17. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu ile Çocuk Durumu Değişkenine İlişkin Sonuçlar

		N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Anlamı	Anlamlılık Düzeyi
Madde Kullanım Özellikleri	Evet	31	4.4692	1.42181	.25536	.996
	Hayır	29	4.8871	1.50455	.27939	
Bağımlılık Tanı Ölçütleri	Evet	31	19.9032	6.29208	1.13009	.256
	Hayır	29	20.2069	5.49922	1.02118	
Madde Kullanımının Kişinin Yaşamına Etkisi	Evet	31	35.0645	9.01826	1.61973	.655
	Hayır	29	36.5517	7.96683	1.47940	
Şiddetli Madde Kullanma İsteği	Evet	31	11.6129	4.90359	.88071	.299
	Hayır	29	13.7931	4.29601	.79775	
Maddeyi Kullanımını Bırakma Motivasyonu	Evet	31	13.3871	2.92891	.52605	.700
	Hayır	29	13.6552	2.46802	.45830	
Bağımlılık Şiddeti	Evet	31	16.4239	3.73195	.67028	.790
	Hayır	29	17.4666	3.47485	.64526	
	Evet	31	5.6452	1.42708	.25631	.102

Öfke Kontrol Sorunu	Hayır	29	6.4828	1.84431	.34248	
Güvenli Davranış Eksikliği	Evet	31	9.3871	2.02776	.36420	.069
	Hayır	29	10.7586	2.74714	.51013	
Heyecan Arama Davranışı	Evet	31	5.0323	1.72209	.30930	.207
	Hayır	29	5.7931	1.42376	.26439	
Dürtüsel Davranış	Evet	31	5.8387	1.39276	.25015	.810
	Hayır	29	6.2414	1.64002	.30454	
Depresyon	Evet	31	8.1290	2.27658	.40889	.846
	Hayır	29	8.7241	2.21837	.41194	
Anksiyete Riski	Evet	31	5.6774	1.66107	.29834	.662
	Hayır	29	6.1724	1.81401	.33685	

* Bağımsız Örneklem T-tesisi

Araştırmaya katılan kişilerin bağımlılık profil indeksi ve alt boyutları ile çocuk durumu değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem T testi analizi sonuçlarına göre anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p>0.05$). Bu bağlamda çocuk durumu değişkeni, bağımlılık profil indeksi ve alt boyutlarında herhangi farklılığa yol açmamaktadır.

Tablo 4.18. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu ile Psikolojik Tedavi Durumu Değişkenine İlişkin Sonuçlar

	Psikoloji Tedavi Durumu	N	Ortalama	Std. Sapma	Std. Hata Anlamı	Anlamlılık Düzeyi
Madde Kullanım Özellikleri	Evet	37	4.9607	1.51432	.24895	.367
	Hayır	23	4.2055	1.27927	.26675	
	Evet	37	19.9595	6.43922	1.05860	.380

Bağımlılık Tanı Ölçütleri	Hayır	23	20.1957	4.96520	1.03531	
Madde Kullanımının Kişinin Yaşamına Etkisi	Evet	37	36.4324	9.46203	1.55555	
	Hayır	23	34.7391	6.69611	1.39624	.418
Şiddetli Madde Kullanma İsteği	Evet	37	13.5405	4.98662	.81980	
	Hayır	23	11.2609	3.93374	.82024	.046
Maddeyi Kullanımını Bırakma Motivasyonu	Evet	37	13.3514	3.20777	.52735	
	Hayır	23	13.7826	1.59421	.33242	.307
Bağımlılık Şiddeti	Evet	37	17.2857	4.20611	.69148	
	Hayır	23	16.3520	2.36400	.49293	.095
Öfke Kontrol Sorunu	Evet	37	6.4865	1.77360	.29158	
	Hayır	23	5.3478	1.26522	.26382	.051
Güvenli Davranış Eksikliği	Evet	37	10.3243	2.73916	.45032	
	Hayır	23	9.6087	1.97114	.41101	.082
Heyecan Arama Davranışı	Evet	37	5.5676	1.53732	.25273	
	Hayır	23	5.1304	1.74002	.36282	.349
Dürtüsel Davranış	Evet	37	6.4054	1.51766	.24950	
	Hayır	23	5.4348	1.34252	.27994	.918
Depresyon	Evet	37	8.8108	2.19643	.36109	.752

	Hayır	23	7.7826	2.23518	.46607	
Anksiyete Riski	Evet	37	6.4054	1.67431	.27525	.911
	Hayır	23	5,1304	1,57550	,32852	

* Bağımsız Örneklem T-tesisi

Araştırmaya katılan kişilerin şiddetli madde kullanma isteği ile psikolojik/psikiyatrik tedavi almış olma durumu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem T testi analizi verilerine göre anlamlı bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bağlamda psikolojik/psikiyatrik tedavi almış olma durumu, şiddetli madde kullanma isteğinde anlamlı bir farklılığa yol açmaktadır.

Araştırmaya katılan kişilerin bağımlılık profil indeksi; madde kullanım özellikleri, bağımlılık tanı ölçütleri, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi, maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu, bağımlılık şiddeti, öfke kontrol sorunu, güvenli davranış eksikliği, heyecan arama davranışı, dürtüsel davranış, depresyon ve anksiyete riski alt boyutları ile psikolojik/psikiyatrik tedavi almış olma durumu arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan Bağımsız Örneklem T testi analizi verilerine göre herhangi anlamlı ilişki saptanamamıştır ($p > 0.05$). Bu bağlamda psikolojik/psikiyatrik tedavi almış olma durumu, madde kullanım özellikleri, bağımlılık tanı ölçütleri, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi, maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu, bağımlılık şiddeti, öfke kontrol sorunu, güvenli davranış eksikliği, heyecan arama davranışı, dürtüsel davranış, depresyon ve anksiyete riskinde herhangi farklılığa yol açmamaktadır.

Tablo 4.19. Çocukluk Çağı Travma ile Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Ölçeği Arasındaki İlişki

		7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
1	Pearson Korelasyonu	-,206	-,246	-,310*	,169	-,326*	-,317*	-,206	,136				
	Sig. (2-tailed)	,114	,058	,016	,195	,011	,014	,495	,114	,302	,282	,373	,814

	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	
2	Pearson Korelasyo nu	,003	-,055	-,120	- ,147	-,190	-,138	,046	-,092	,184	- ,024	-,107	,003
	Sig. (2-tailed)	,983	,678	,361	,261	,146	,294	,729	,484	,160	,857	,980	,414
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
3	Pearson Korelasyo nu	- ,279*	-,248	- ,351**	-,079	-,270*	-,299*	- ,203	- ,288*	,081	- ,217	- ,156	- ,008
	Sig. (2-tailed)	,031	,056	,006	,548	,037	,020	,120	,026	,539	,097	,235	,949
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
4	Pearson Korelasyo nu	-,100	-,138	-,149	- ,042	-,226	-,162	,071	-,046	,290*	,011	- ,196	,014
	Sig. (2-tailed)	,446	,292	,256	,750	,083	,215	,592	,729	,024	,933	,917	,133
	N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
5	Pearson Korelasyo nu	-,097	-,400**	-,298*	- ,212	- ,495**	- ,390**	- ,090	-,052	-,202	- ,206	- ,121	- ,092
	Sig. (2-tailed)	,462	,002	,021	,103	,000	,002	,495	,691	,122	,115	,359	,484

N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60
6 Pearson Korelasyo nu	-,139	-,102	-,050	-,104	-,003	-,102	-,180	-,186	-,014	-,125		
Sig. (2-tailed)	,289	,440	,707	,429	,981	,438	,110	,168	,155	,208	,916	,341
N	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60	60

* Korelasyon

Çocukluk Çağı Travmaları Kısa Formu 1, Fiziksel İstismar 2, Cinsel İstismar 3, Duygusal İstismar 4, Fiziksel İhmal 5, Duygusal İhmal 6, Madde Kullanım Özellikleri 7, Bağımlılık Tanı Ölçütleri 8, Madde Kullanımının Kişinin Yaşamına Etkisi 9, Şiddetli Madde Kullanma İsteği 10, Maddeyi Kullanımını Bırakma Motivasyonu 11, Toplam Bağımlılık Şiddeti Puanı 12, Öfke Kontrol Sorunu 13, Güvenli Davranış Eksikliği 14, Heyecan Arama Davranışı 15, Dürtüsel Davranış 16, Depresyon 17, Anksiyete Riski 18

Araştırmaya katılan katılımcıların Çocukluk Çağı Travma Ölçeği ile Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Ölçeği arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan Pearson Korelasyon testi sonuçlarına göre çocukluk çağı travma ile madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p = .016$) Bu tabloya göre çocukluk çağı travmaları madde kullanımının kişinin yaşamına etkisini negatif yönde etkilemektedir. Çocukluk çağı travma ile maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p = .011$). Tabloya göre çocukluk çağı travmaları maddeyi kullanımını bırakma motivasyonunu negatif yönde etkilemektedir. Çocukluk çağı travma ile toplam bağımlılık şiddeti puanı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p = .014$) Tabloya göre çocukluk çağı travmaları toplam bağımlılık şiddeti puanını negatif yönde etkilemektedir. Cinsel istismar ile madde kullanım özellikleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmıştır ($p = .031$). Tabloya göre cinsel istismar madde kullanım özelliklerini negatif yönde etkilemektedir. Cinsel istismar ile madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi arasında

anlamli bir iliŒki bulunmaktadir (p= .006). Tabloya göre cinsel istismar kiŒinin yaŒamına etkisini negatif yönde etkilemektedir. Cinsel istismar ile maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu arasında anlamli bir iliŒki bulunmaktadir (p= .037). Cinsel istismar maddeyi kullanımını bırakma motivasyonunu negatif yönde etkilemektedir. Cinsel istismar ile toplam bağımlılık Œiddeti puanı arasında anlamli bir iliŒki bulunmaktadir (p= .020). Bu tabloya göre cinsel istismar toplam bağımlılık Œiddeti puanını negatif yönde etkilemektedir. Cinsel istismar ile güvenli davranıŒ eksikliği arasında anlamli iliŒki bulunmaktadir (p=.026). Cinsel istismar güvenli davranıŒ eksikliğini negatif yönde etkilemektedir. Duygusal istismar ile heyecan arama davranıŒı arasında anlamli bir iliŒki bulunmaktadir (p= .024). Duygusal istismarın heyecan arama davranıŒını pozitif yönde etkilediği görülmektedir. Fiziksel ihmal ile bağımlılık tanı ölçütleri arasında anlamli bir iliŒki bulunmaktadir (p= .002). Fiziksel ihmal bağımlılık tanı ölçütlerini negatif yönde etkilemektedir. Fiziksel ihmal ile madde kullanımının kiŒinin yaŒamına etkisi arasında anlamli bir iliŒki bulunmaktadir (p= .021). Fiziksel ihmalin madde kullanımının kiŒinin yaŒamına etkisini negatif yönde etkilediği görülmektedir. Fiziksel ihmal ile maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu arasında anlamli bir iliŒki bulunmaktadir (p= .000). Bu tabloya göre fiziksel ihmal maddeyi kullanımını bırakma motivasyonunu negatif yönde etkilemektedir. Fiziksel ihmal ile toplam bağımlılık Œiddeti puanı arasında anlamli bir iliŒki bulunmaktadir (p= .002). Fiziksel ihmal toplam bağımlılık Œiddeti puanını negatif yönde etkilemektedir.

BEŞİNCİ BÖLÜM

TARTIŞMA VE YORUM

Bu çalışmada Mersin Toros Devlet Hastanesi'ne bağlı AMATEM kliniğinde 30 opioid, 30 alkol bağımlısı toplam 60 kişi değerlendirilmiştir. Literatürdeki birçok çalışmada bireylerde opioid ve alkol bağımlılığının çocukluk çağı travmalarıyla ilişkisi değerlendirilmiştir.

5.1. Araştırmanın Demografik Bilgilerine İlişkin Sonuçlar ve Tartışmalar

Araştırma örneklemindeki 60 kişinin 60'ı da erkektir, hiç kadın katılımcı bulunmamaktadır. Araştırma örneklemindeki 60 katılımcının 18'i 20-30 yaş arası, 15'i 31-40 yaş arası, 9'u 41-50, 14'ü 51-60 yaş arası, 4'ü 60 yaş üstü bireylerden oluşmaktadır. Araştırma örneklemindeki 60 kişinin 14'ü ilkokulu bitirmiş, 21'i ortaokulu bitirmiş, 17'si liseyi bitirmiş, 8'i üniversiteyi bitirmiş bireylerden oluşmaktadır. Araştırma örneklemindeki 60 katılımcının 21'i evli, 25'i bekar, 1'i ayrı, 11'i boşanmış, 2'si dul bireylerden oluşmaktadır. Araştırma örneklemindeki 60 katılımcının 31'i çocuk sahibi, 29'u çocuk sahibi olmayan bireylerden oluşmaktadır. Araştırma örneklemindeki 60 katılımcının 37'si daha önce psikolojik ya da psikiyatrik tedavi görmüş, 23'ü daha önce psikolojik ya da psikiyatrik tedavi görmemiş bireylerden oluşmaktadır.

5.2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeğine İlişkin Sonuç ve Tartışma

Araştırmada testi uygulayan kişilerin çocukluk çağı travma düzeyi "Katılmıyorum-Biraz Katılıyorum" arasında ($X=2.3158$) bulunmuştur. Bulunan bu değer araştırma örnekleminin çocukluk çağı travma düzeyinin ortalamasının altı olduğunu kanıtlar niteliktedir.

Araştırmaya katılan kişilerin çocuk sahibi olma durumu ile fiziksel istismar ve cinsel istismar yaşantısı arasında anlamlı bir ilişki saptanmıştır; buna göre çocuğu olan katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği fiziksel istismar ve cinsel istismar alt boyut puanları, çocuğu olmayan katılımcılara göre daha fazla bulunmuştur ($p= .013$ ve $.036$), ancak çocuk durumuyla diğer travma türleri arasında anlamlı bir ilişkiye

rastlanmamıştır. Bağrıaçık (2019) yaptığı çalışmada çocuk sahibi olan ve olmayan bireyler arasında çocukluk çağı travması ölçeğinden elde ettikleri toplam değerler ve ölçeğin istismar, ihmal gibi çeşitli alt boyutlarından elde ettikleri puanlar arasında anlamlı farklılıklar görmemiştir. Aynı şekilde Abalı (2017) yaptığı çalışmasında çocukluk çağı travmaları ölçeği ve alt boyutlar ile çocuk sahibi olma durumları arasında istatistiksel olarak fark bulmamıştır. Bizim çalışmamızdaki bazı farklı sonuçların, çalışmamızdaki örneklem azlığı, metodolojik farklılıklar olması gibi sebeplerden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin eğitim durumu ile fiziksel ihmal arasında bir ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla One-Way ANOVA analizi göre anlamlı ilişki saptanmıştır ($p = .002$). Bu bağlamda eğitim durumu, fiziksel ihmal düzeyinde anlamlı farklılığa yol açmaktadır. Fiziksel İhmal boyutunda; ilkökul mezunu katılımcıların puanları üniversite mezunu katılımcılarınkinden anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Yapılan çeşitli literatür araştırmalarında da farklı eğitim düzeylerinde olsalar da bireylerin benzer yüksek seviyelerde çocukluk çağı travma düzeyine sahip oldukları görülmüştür (Tuncer ve ark., 1987; Beyazyürek ve ark., 1990; Alpay ve ark., 1991). Abalı (2017) yaptığı çalışmasında ise çocukluk çağı travmaları ölçeği ve tüm alt boyutları ile eğitim durumu değişkeni arasında anlamlı bir ilişki bulmamıştır. Bu çalışma da genel olarak eğitim durumu ile ihmal ve istismar türleri arasında yukarıdaki çalışmayla uyumlu olmakta; sadece fiziksel ihmal ile eğitim durumunun arasında anlamlı bir ilişki saptanmasının nedeni olarak örneklemin azlığı, metodolojik farklılıklar ve üniversite bitiren örneklemin az olması gibi sebeplerin etkili olduğu düşünülmektedir.

Araştırmaya katılan kişilerin çocukluk çağı travma düzeyi ile psikolojik ya da psikiyatrik tedavi almış olma durumu değişkeni arasında bir ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla Bağımsız Örneklem T-testi analizi verilere uygulanmıştır. Bu analiz sonucu psikolojik ya da psikiyatrik tedavi almış olma durumu değişkeni ile çocukluk çağı travma düzeyi arasında anlamlı bir ilişkiye saptanamamıştır ($p = .382$). Travmatik geçmişi olan kişilere, ilerleyen dönemlerde travmayı tetikleyecek durumlarla nasıl başa çıkılacağı öğretilmediğinden ve bu kişiler yeterli düzeyde psikolojik tedavi görmediğinden kişilerin yaşamları negatif yönde etkilenmektedir (Jarvis ve Copeland, 1997). Bu çalışmada ilişki saptanamamış olmasının sebebi

olarak; toplumda psikolojik tedavi almanın stigmatizasyonla ilişkili görülmüş olmasından kaynaklı olabileceği düşünülmektedir. Farklı bir çalışmada ise Yıldız (2020) “Psikiyatrik Bozukluklarda Çocukluk Çağı Travmasının İntihar Eğilimleri ile İlişkisi” adı altında Dr. Ersin Arslan Eğitim ve Araştırma Hastanesi’ne başvuran 300 psikiyatri hastasını araştırmanın örnekleme dahil etmiştir. Bu bağlamda psikiyatri hastalarının çocukluk döneminde travmaya maruz kalma oranlarının yüksek olduğu saptanmıştır.

5.3. Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formuna İlişkin Sonuç ve Tartışma

Yapılan analize göre katılımcıların eğitim durumları ile bağımlılık profil indeksi ve alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek için yapılan ANOVA analizine göre aralarında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Bu çalışmanın aksine Güvaç (2019) yaptığı çalışmada eğitim düzeylerine göre sadece BAPİ- madde kullanım özellikleri alt ölçeği puanları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulmuştur. Yapmış olduğumuz çalışmamızın sonucu ile Güvaç (2019)’ın çalışmasının sonucu arasında farklılık olduğu görülmektedir. Eğitim durumları ile bağımlılık profil indeksi arasındaki ilişkinin iki çalışmada farklılık gözlenmesinin sebebi olarak araştırmanın örneklemini oluşturan grupların niteliklerinin ve sayılarının farklı olması gösterilebilir.

Çalışma sonucunda katılımcıların yaşları ile BAPİ alt boyutları arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ANOVA analizine göre, yaş ile maddeyi kullanımını bırakma motivasyonları aralarında anlamlı bir ilişki saptanamamıştır. Çalışma sonucuna ters düşecek şekilde Fridell ve arkadaşlarının (2006) yaptıkları çalışmada ise genç hastaların maddeyi bırakma motivasyonları daha yüksek bulunmuştur. Araştırmada katılımcıların yaş ortalaması artıkça madde bırakma motivasyonları azalmaktadır. Fridell ve arkadaşlarının (2006) yapmış oldukları çalışmada genç bireylerin madde kullanımını bırakma konusunda motivasyonlarının daha yüksek olmasının sebebi olarak bu bireylerin geleceğe yönelik daha fazla plan ve hayallerinin olması örnek verilebilir. Çünkü söz konusu bu genç bireyler yaşlı bireylere göre daha fazla yaşama isteğine sahiptirler ve onları uzun bir ömrün belediklerini düşünmektedirler.

Araştırmaya katılan kişilerin heyecan arama davranışı ile yaş değişkeni arasındaki ilişkiyi belirlemek amacıyla yapılan ANOVA analizi verilerine göre

anlamli bir ilişki saptanmıştır ($p < 0.05$). Bu bağlamda yaş değişkeni, heyecan arama davranışında anlamli bir farklılığa yol açmaktadır. Heyecan Arama boyutunda; 31-40 yaş arası katılımcıların tutumları 60 yaş ve üzeri katılımcılarınkinden anlamli olarak daha yuşsek saptanmıştır. Gvağ (2019) yaptığı çalışmasında ise yaş ile heyecan arama davranışı arasında anlamli bir fark bulmamıştır. Gvağ (2019) yaptığı bu çalışmada heyecan arama ve yaş arasında bir ilişkinin gözlenmemesinin sebebi olarak bireylerin madde kullanımına yneltmelerindeki asıl sebebin heyecan arayışı olmadığı, bu davranışı tetikleyen daha önemli faktörlerin olduğunu vurgulamıştır. Bizim yapmış olduğumuz araştırmada ise yaş ve heyecan arayışı arasında anlamli bir ilişki çıkmasının sebebini örnekleme oluşturan gruptaki bireylerin farklı yaş gruplarından oluşması ve bu bireylerin heyecan arayışı arasındaki ilişkisinin daha rahat görülmesi söylenebilir.

Araştırmaya katılan kişilerin psikolojik tedavi durumu ile BAPİ alt boyutu arasında bir ilişki olup olmadığını saptamak amacıyla One-Way ANOVA analizi göre psikolojik tedavi durumu ve şiddetli madde kullanma isteği anlamli ilişki saptanmıştır ($p = .046$). Tedavi alanlarda madde kullanma isteği anlamli olarak fazladır. Gvağ (2019) yaptığı çalışmasında bağımlılık tedavisi alma durumlarına göre BAPİ toplam ve alt ölçek puan ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamli bir fark bulmamıştır. Bireylerin psikolojik tedavi durumu ve madde kullanma isteği arasında ilişkinin gözlenmemesinin sebebi olarak bu bireylerin psikolojik tedavi görmelerine sebep olan rahatsızlıklarının yol açtığı davranış bozuklukları örnek gösterilebilir. Aksi şekilde Gvağ (2019)'ın yapmış olduğu çalışmasında bu iki değişken arasında anlamli bir ilişkinin gözlenmemesinin sebebi olarak tedavi gören bireylerin tedaviden olumlu sonuç almaları ve söz konusu rahatsızlıklarının bu bireylere herhangi bir madde kullanma isteğine yol amaması örnek gösterilebilir.

Bu araştırmada hastaların BAPİ anksiyete ve depresyon puanlarına göre; depresyon belirtilerinin fazla ve anksiyete düzeylerinin ise yuşsek olduğu söylenebilir. Literatürde madde bağımlılığı olan hastalarda depresyon ve anksiyete düzeylerinin yuşsek olduğunu gösteren çok sayıda çalışma bulunmaktadır (Gonzales ve ark. 2012; Brady, Back ve Greenfield 2009; Alavi ve ark. 2012; Mosher ve Danoff-Burg 2010; Shapira ve Courbasson 2011). Luoma J.B ve arkadaşlarının (2010) yaptıkları çalışmada; depresyonun alkol ve madde kullanımı riskini artırdığı bulunmuştur. Yine

Ahronovic ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada (2001) eroin bağımlılığı olan hastalarda maddeyi bırakma döneminde depresif semptomların daha sık görüldüğü saptanmıştır.

Çocukluk çağı travmaları toplam puanı, cinsel istismar ve fiziksel ihmal alt ölçekleri ile BAPİ alt ölçekleri arasında anlamlı ilişkiler bulunmaktadır. Çocukluk çağı travmaları, cinsel istismar ve fiziksel ihmal madde kullanımının kişinin yaşamına etkisini negatif yönde etkilemektedir. Yapılan çalışmalarda fiziksel istismar gibi çocukluk çağı travmalarına yüksek oranda maruz kalmış bireylerin maddeyi kötüye kullanma durumuna meyilli olduğunu gösterilmiştir (Westermeyer, 2001). Bunun nedeni olarak çocukların küçük yaşta yaşamış oldukları travmanın etkisinden kurtulmak adına madde bağımlılığını bir kaçış olarak görmeleri olarak düşünülebilir. Bireyler yaşamış oldukları psikolojik bunalımdan kaçmak için madde bağımlılığına yöneliyor olabilirler. Çocukluk çağı travmaları, cinsel istismar ve fiziksel ihmal maddeyi kullanımını bırakma motivasyonunu negatif yönde etkilemektedir. Bunun nedeni çocukluk çağında travma yaşayan bireylerin hayata olan bakış açılarında ve geleceğe yönelik hayallerinde, motivasyonlarında eksikliklerin olması olarak düşünülebilir. Bu bireylerin ileriye dönük hedeflerininin olmaması, madde kullanımını bırakma motivasyonlarına olumsuz yönde yansıtılmaktadır. Çocukluk çağı travma puanı, cinsel istismar ve fiziksel ihmal ile toplam bağımlılık şiddeti puanı arasında da anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p = .014$) Çocukluk çağı travmaları, cinsel istismar ve fiziksel ihmal toplam bağımlılık şiddeti puanını negatif yönde etkilemektedir.

Duygusal istismar ile BAPİ alt ölçeklerinden heyecan arama davranışı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır ($p = .024$). Duygusal istismarın heyecan arama davranışını pozitif yönde etkilediği görülmektedir. Türkiye içerisinde gerçekleştirilen araştırmalarda, en sık şekilde uygulanan istismar türünün %78 ile duygusal istismar olduğu gözlemlenmiştir (Turhan ve diğerleri, 2006). Yürütülen bir çalışmada birbirinden farklı beş ayrı ülkede; çocuğa bağırmanın en sık şekilde görülen duygusal istismar çeşidi olduğu ortaya çıkarılmıştır (Runyan ve diğerleri, 2002). Bulgumuz doğrultusunda, diğer istismar türleri kadar araştırılmış olmasa da, duygusal istismarın da heyecan arama davranışını artırmak yoluyla kişinin madde kullanımında etkin rol oynayabildiği söylenebilir.

Banducci ve diğ., (2014) çocukluk çağında yaşanan ihmal ve istismar durumlarının, yetişkinlik döneminde psikopatoloji olarak ortaya çıktığını; alkol, madde bağımlılığı gibi durumlara yol açtığını belirtmiştir. Yapılan bu çalışmada ise çocukluk çağı travmalarının alkol/madde bağımlılığı profiline orta düzeyde etki ettiği gözlemlenmiştir. Chasan (2010) çocukluk çağı travmalarının alkol bağımlılığı ile ilgisini incelediği araştırmas sonucunda çocukluk çağı travma düzeyi yüksek olan bireylerin şimdiki dönem ya da geçmişte alkol bağımlılığı yaşadıklarını ya da buna meyilli olduklarını göstermiştir. Ancak cinsel istismarın alkol bağımlılığına herhangi etkisi gözlenmemiştir. Yapılan bu çalışmada ise alkol ve madde bağımlılığının cinsel istismar da dâhil olmak üzere duygusal istismar ve fiziksel ihmale orta düzeyde bağlı olduğu görülmüştür. Bu durumda madde ve alkol bağımlısı olan bireylerin çocukluk dönemlerinde yaşamış oldukları fiziksel ihmallerin de bağımlılık süreçlerinde etkin rol oynadığı düşünülebilir. Dolayısıyla bireylerin çocukluk dönemlerinde yaşamış oldukları istismarların bağımlılıklarına olan etkileri gibi, fiziksel ihmallerin de bağımlılıklarında büyük rol oynadığı sonucuna ulaşılabilmektedir. Bununla beraber bireylerin çocukluk dönemlerindeki fiziksel ihmaller kadar duygusal ihmallerin de madde kullanımında etkili olduğu varsayımı açısından yapılan çalışmada anlamlı bir ilişki bulunamamıştır.

SONUÇ VE ÖNERİLER

Bu araştırma alkol ve madde bağımlısı kişilerde çocukluk çağı travmalarının, opioid ve alkol kullanımına etkisini incelemeyi amaçlayan bir çalışmadır. Amaca uygun olarak seçilen 30 opioid bağımlısı, 30 alkol bağımlısı birey, sosyodemografik özellikler, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Bağımlılık Profil İndeksi Klinik Formu üzerinden aldıkları puanlara göre değerlendirilmiş ve karşılaştırmaları yapılmıştır. Çalışmaya katılan bireylerden ilkokul mezunu olanlarda, diğer bireylere oranla daha fazla fiziksel ihmal düzeyi saptanmıştır. Çalışmanın sonucunda bireylerin çocukluk çağı travmaları ile madde kullanma profilleri arasında anlamlı bir ilişki olduğu sonucu elde edilmiştir. Çalışmanın sonucunda yapılan araştırmaya göre bağımlı hastalarda Opioid ve Alkol bağımlılığının farklı boyutları ve bağımlılık şiddeti ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir ilişki saptanmış olup, gelecek çalışmalara ışık tutması ve geliştirilmesi beklenmektedir.

Bu çalışma bulguları doğrultusunda şunlar önerilebilir;

- Çalışmanın sınırlılıklarından biri olan Mersin Toros Devlet Hastanesi popülasyonunu çoğaltarak diğer hastanelerden elde edilecek katılımcılar örnekleme dâhil edilebilir.
- Çalışmanın örneklem grubu 30 opioid bağımlısı, 30 alkol bağımlısı birey olmak üzere 60 kişiyle sınırlı tutulmuştur. Katılımcı sayısının arttırılmasıyla güvenilir sonuçlar elde edilebilir.
- Literatürde çocukluk çağı travmaları ve opioid-alkol bağımlılığı ile yapılan pek çok çalışmanın bulunmasına rağmen cinsiyet dağılımı eşit değildir ve erkek katılımcılarla yapılan çalışmalar daha fazladır. Cinsiyetin eşit şekilde tutulması yapılacak olan çalışmaların klinik anlamı açısından önem arz etmektedir.
- Çalışma içeriğinde bulunan örneklem grubunun tanımlayıcı niteliğe sahip olan özellikleriyle ilişkili olan verilerin daha çok elde edilebilmesi için kullanılan sosyodemografik değişkenler çeşitlendirilebilir.
- Çocukluk çağı travmaları ile alkol-madde kullanımı arasındaki anlamlı ilişki düşünüldüğünde, bireylerde çocukluk çağına ilişkin travmaları önleyebilmek için çeşitli etkinlikler düzenlenerek eğitimler verilerek bağımlılıktan uzak tutulmaları sağlanabilir.

- Ailelerin çocuklarını travmatik olaylara maruz bırakmalarını önleyebilmek için çeşitli eğitimler verilebilir ve bunların etkileri hakkında bilgilendirilme yapılabilir.



KAYNAKÇA

- Abalı, C. (2017). Çocukluk Çağı Travmalarının Evlilik Uyumu ve Yaşam Kalitesi Üzerindeki Etkisi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.
- Adriana, M.T., Florence, K., ve Maria Lucia, O.S. (2010). Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample, *Child Abuse & Neglect*,34: 95-104.
- Afifi, T.O., Brownridge, D.A., Cox, B.J. ve Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse and Neglect*, 30(10), 1093- 1103.
- Afifi, T. O., Asmundson, G. J., Taylor, S., ve Jang, K. L. (2010). The role of genes and environment on trauma exposure and posttraumatic stress disorder symptoms: a review of twin studies. *Clinical psychology review*, 30(1), 101-112.
- Agha Yusefi, A., Saffarinia, M., & Abaspour, P. (2016). The investigation of drug addiction potential among medical students: Role of subjective components of anger. *research on addiction*, 9(35), 25-35.
- Ahronovich, E., Nguyen, HT., Nunes, EV. (2001). Anger and depressive states among treatmentseeking drug abusers: testing the psychopharmacological specificity hypothesis. *Am J Addict*; 10: 327-334.
- Akçe, İ., ve Doğan, H. (2020). Cinsel istismara maruz kalmış çocuklar üzerine bir değerlendirme. *Sosyal Çalışma Dergisi*, 4(1), 12-20.
- Aktepe, E. (2009). *Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı*. Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 1:95-119.
- Alkan Çiçek, F. (2011). *Bipolar Duygudurum Bozukluğu Olan Anne veya Babaların Erişkin Çocuklarında Çocukluk Çağı Travması ve I. Eksen Tanıları Üzerine Etkisi*. Psikiyatri Uzmanlık Tezi, Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi.
- Alavi, S. S., Ferdosi, M., Jannatifard, F., Eslami, M., Alaghemandan, H., & Setare, M. (2012). Behavioral addiction versus substance addiction: Correspondence of psychiatric and psychological views. *International journal of preventive medicine*, 3(4), 290.
- Alpay, N., Maner, F., & Kalyoncu, A. (1991). AMATEM'de 1990 yılında yapılan madde bağımlılarının demografik özellikleri ve geçmiş yıllarla kıyaslanması. 27. Ulusal Psikiyatri Kongresi Program ve Bildiri Özetleri kitabı (s. 177).
- Alpay, E. H., Aydın, A., ve Bellur, Z. (2017). Çocukluk Çağı Travmalarının Depresyon ve Travma Sonrası Stres Belirtileri ile İlişkisinde Duygu Düzenleme Güçlüklerinin Aracı Rolü. *Klinik Psikiyatri*, 20, 218-226.

- Altınbaş, K., Saatçioğlu, Ö. ve Çakmak, D. (2007). Madde bağımlılığı ve psikoz. *Nöropsikiyatri Arşivi Dergisi*, 44, 34-40.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC.
- Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C., ve Perry, B.D.(2006) The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.
- Anderson, P. L., Tiro, J. A., Price, A. W., Bender, M. A., ve Kaslow, N. J. (2002). Additive impact of childhood emotional, physical, and sexual abuse on suicide attempts among low-income African American women. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32(2), 131-138.
- Arellano, C. M. (1996). Child maltreatment and substance use: A review of the literature. *Substance Use and Misuse*, 31(7), 925–927.
- Aşirdizer, M. (2006). Acil servislere başvuran çocuk ve kadın istismarı olgularına hekimlerin yaklaşımı. *Türkiye Klinikleri J Surg Med Sci*, 2(50), 39-48.
- Atkinson, R. L., (1996). *Hilgard's Introduction to Psychology*-12th edition. Harcourt Press.
- Ayan, S. (2007). Aile içinde şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(3), 206-214.
- Bağrıaçık Y., (2019) Çocukluk Çağı Travmalarının Kişilik ve Psikolojik Dayanıklılık ile İlişkisi, Yakın Doğu Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Lefkoşa.
- Bahar, A. ve Taşdemir, H. S. (2008). Dahili ve cerrahi kliniklerde yatan hastalarda anksiyete ve depresyon. *Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi*, 11(2), 9-17.
- Bernet, W. (2000) “*Child maltreatment.*” B Sadock, V Sadock (Edt.). *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, in, 7th edition. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins; p. 2878-2889.
- Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child abuse & neglect*, 27(2), 169-190.
- Beyazyürek, M., Alpkan, L., & Karamustafalıoğlu, K. (1990). Uyuşturucu madde bağımlılarında sosyodemografik özellikler. *Düşünen Adam* (3), 59-61.
- Bilir, Ş., Arı, M., Dönmez, N.B. ve Güneysu, S. (1999). *4-12 yaşları arasında 16100 çocukta, örselenme durumları ile ilgili bir inceleme*. Konanç, E., Gürkaynak, İ. ve Egemen, A. (Ed), *Çocuk istismarı ve ihmali içinde* (sf. 9-18). Ankara: Pelin Ofset.

- Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi (Unodc), (2004). *Madde Kullanımı Üzerine Ulusal Değerlendirme Çalışması: 6 Büyük Şehirde Elde Edilen Sonuçlar*. Ankara: Türkiye Proje Ofisi.
- Brady, K. T., Back, S. E., & Greenfield, S. F. (2009). *Women and addiction: A comprehensive handbook*. Guilford Press.
- Brems, C., Johnson, M. E., Neal, D., ve Freemon, M. (2004). Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(4), 799–821.
- Brown, S., & Yalom, I. (2008). *Alkolizm terapisi*. (Çev. T. Kazmirci). İstanbul: Prestij Yayınları.
- Bruffaerts, R., Demyttenaere, K., Borges, G., Haro, J. M., Chiu, W. T., Hwang, I., ve Andrade, L. H. (2010). Childhood adversities as risk factors for onset and persistence of suicidal behaviour. *The British journal of psychiatry*, 197(1), 20-27.
- Centers for Disease Control and Prevention ACE. *The ACE Pyramid*. <https://www.cdc.gov/violenceprevention/acestudy/index.html> 10.03.2021
- Chalk, R., Gibbons, A., ve Scarupa, H. J. (2002). The Multiple Dimensions of Child Abuse and Neglect: New Insights into an Old Problem. *Child Trends Research Brief*.
- Chapman, D. P., Whitfield, C. L., Felitti, V. J., Dube, S. R., Edwards, V. J., ve Anda, R. F. (2004). Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *Journal of affective disorders*, 82(2), 217-225.
- Chasan, N. (2010). *Alkol bağımlılığı ile çocukluk çağı travmaları ilişkisi* (Master's thesis, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü).
- Chassin, L., Clark, C.P., Sherman, S.J., ve Mulvenon, S. (1994) Family history of smoking and young adult smoking behavior, *Psychology of Addictive Behavior*, 8(2): 102- 110.
- Chu, D. A., Williams, L. M., Harris, A. W., Bryant, R. A., ve Gatt, J. M. (2013). Early life trauma predicts self-reported levels of depressive and anxiety symptoms in nonclinical community adults: relative contributions of early life stressor types and adult trauma exposure. *Journal of psychiatric research*, 47(1), 23-32.
- Çıkılı Uytun, M., Durmuş, R., ve Öztıp, D. B. (2014). Dissosiyatif Bozuklukta Tanı ve Ayırıcı Tanı: Olgu Sunumu. *Klinik Psikiyatri Dergisi*, 17(1), 41-48.
- Cohen, F.S., ve Densen-Gerber, J. (1982). A study of the relationship between child abuse and drug addiction in 178 patients: preliminary results, *Child Abuse & Neglect*, 6: 383-387.
- Cole, S. W., Conti, G., Arevalo, J. M., Ruggiero, A. M., Heckman, J. J., ve Suomi, S. J. (2012). Transcriptional modulation of the developing immune system by

early life social adversity. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 109(50), 20578-20583.

Cottrell, E. C., ve Seckl, J. (2009). Prenatal stress, glucocorticoids and the programming of adult disease. *Frontiers in behavioral neuroscience*, 3, 19.

Cüceloglu, D. (2005). *İnsan ve davranışı*. Remzi Kitapevi, İstanbul.

Cüneyt, E., Sevil, K., ve Duran, C. (2006). Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents, *Addictive Behaviors*, 31: 475-485.

Dağlı, T., İnanıcı, M. A. (2010), *Üniversiteler için Hastane Temelli Çocuk Koruma Merkezleri El Kitabı*, UNICEF, Ankara.

Danielson, C.K., Amstadter, A., Dangelmaier, R.E. (2009). Does typography of substance abuse and dependence differ as a function of exposure to child maltreatment? *J Child Adolesc Subst Abuse*, 18: 323-342.

Daro, D. ve Mitchel, L. (1990). *Current Trends in Child Abuse Reporting and Fatalities: The Results of the 1989 Annual Fifty State Survey*. Chicago, National Center on Child Abuse Prevention Research.

Davison, G.C. ve Neale, J.M. (2004). *Anormal Psikoloji*. (7. Baskı) Çev. Ed.: Dağ İ. Türk Psikologlar Derneği Yayınları, Ankara.

Deane, F. P., Wootton, D. J., Hsu, C.-I., & Kelly, P. J. (2012). Predicting dropout in the first 3 months of 12-step residential drug and alcohol treatment in an Australian sample. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 73(2), 216–225.

Dodge, K. A., Pettit, G. S., Bates, J. E., ve Valente, E. (1995). Social information-processing patterns partially mediate the effect of early physical abuse on later conduct problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(4), 632-643.

Doğan, Y. B. (2001). Madde kullanımı ve bağımlılığı. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi*, 4(4).

Doğan, Y.B., ve İlhan, İ. (2014). *Madde Kullanımı ve Bozuklukları*. In: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Ed.: Devrimci Özgüven H, Ankara Üniversitesi Basımevi, Ankara. 191- 207.

Dönmez, Y. E., Soylu, N., Özel Özcan, Ö., Yüksel, T., Çalışkan Demir, A., Çon Bayhan, P., Miniksar, D. Y. (2014). *Cinsel İstismar Mağduru Çocuk ve Ergen Olgularımızın Sosyodemografik ve Klinik Özellikleri*, *Turgut Özal Tıp Merkezi Dergisi*, 21(1): 44-48

Dube, S. R., Anda, R. F., Whitfield, C. L., Brown, D. W., Felitti, V. J., ve Dong, M. (2005). Long-term consequences of childhood sexual abuse by gender of victim. *American Journal of Preventive Medicine*, 28(5), 430–438.

Dubey, C., & Arora, M. (2008). Sensation seeking level and drug of choice. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34(1), 73-82.

- Dumlu, K., & Cimilli, C. (2003). Erken Yaşam Stresörlerinin Nörobiyolojik Sonuçlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*.
- Edwards, G., Marshall, E.J., ve Cook, C.C.H. (2003). *The Treatment of Drinking Problems: A Guide for the Helping Professions*. (4th Ed.). Cambridge University Press, UK.
- Edwards, V. J., Holden, G. W., Felitti, V. J., ve Anda, R. F. (2003). Relationship between multiple forms of childhood maltreatment and adult mental health in community respondents: results from the adverse childhood experiences study. *American Journal of Psychiatry*, 160(8), 1453-1460.
- Ekinci, S., Kural, H. U. ve Yalçınay, M. (2016). Madde bağımlılığı olan hastalarda öfke düzeyi; bağımlılık profili, depresyon ve anksiyete düzeyi ile ilişkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 17(1), 12-17.
- Enoch, M. A. ve Goldman, D. (1999). Genetics Of Alcoholism and Substance Abuse. *Psychiatr Clin North Am*, 22(2):289-99.
- Enoch, M.A., Hodgkinson, C.A., Yuan, Q., Shen, P.H., Goldman, D., ve Roy, A. (2010). The influence of GABRA2, childhood trauma, and their interaction on alcohol, heroin, and cocaine dependence, *Biological Psychiatry*, 67(1): 20-27.
- Enoch, M.A. (2011). The Role of Early Life Stress as A Predictor for Alcohol and Drug Dependence. *Psychopharmacology (Berl)*, 214(1):17-31.
- Erdoğan, B. (2016). *Alkol Bağımlılığının İnsan Beyin Dokusundaki Mir-124,125b,206 Ve 339- 5p Ekspresyonları Üzerine Etkisi*. Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Erkman, F. (1999). *Çocukların duygusal ezimi*. Konanç, E., Gürkaynak, İ. ve Egemen, A. (Ed), *Çocuk istismarı ve ihmali içinde* (sf. 127-134).
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, M., ve Şimşek, Z. (1998). *Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu*. Birinci Baskı, Ankara.
- Evren, C., Kural, S., ve Çakmak, D. (2006). Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents, *Addictive Behavior*,31: 475–485.
- Evren, C., Durkaya, M., Çelik, R., Dalbudak, E., Çakmak, D., & Flannery, B. (2009). Yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlisi hastalarda alkol asermesinin aleksitimi ve dissosiyasyon ile ilişkisi/Relationship of alcohol craving with alexithymia and dissociation in male alcohol dependent inpatients. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(3), 165.
- Evren, C., ve Bozkurt, M. (2015). Alkol Kullanım Bozukluğunda Farmakolojik Tedavi Seçenekleri. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 28, (4).
- Famularo, R., Kinscherff, R., ve Fenton, T. (1992). Psychiatric diagnoses of maltreated children: preliminary findings. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry*, 31(5), 863-867.

- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., ve Marks, J. S. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine*, 14(4), 245–258.
- Finkelhor, D., Ormrod, R. K., ve Turner, H. A. (2007). Revictimization patterns in a national longitudinal sample of children and youth. *Child abuse ve neglect*, 31(5), 479- 502.
- Fisher, W. H., Clark, R., Baxter, J., Barton, B., O'connell, E., Aweh, G. (2014). Co-Occurring Risk Factors for Arrest Among Persons with Opioid Abuse and Dependence: *Implications for Developing Interventions to Limit Criminal Justice Involvement. Journal Of Substance Abuse Treatment.*
- Ford, J. D., Racusin, R., Ellis, C. G., Daviss, W. B., Reiser, J., Fleischer, A., ve Thomas, J., (2000). Child maltreatment, other trauma exposure, and posttraumatic symptomatology among children with oppositional defiant and attention deficit hyperactivity disorders. *Child maltreatment*, 5(3), 205-217.
- Ford, J. D., ve Gómez, J. M. (2015). *Self-injury and suicidality: the impact of trauma and dissociation.*
- Fridell, M., Cesarec, Z., Johnsson Fridell, E., & Kindberg, L. (2006). Faktorer som påverkar behandlingsutfallet foer kroniska narkotika missbrukare på kort och lång sikt. *Slut rap- port.* Del 1.
- Gaher, R. M., Hofman, N. L., Simons, J. S., ve Hunsaker, R. (2013). Emotion regulation deficits as mediators between trauma exposure and borderline symptoms. *Cognitive therapy and research*, 37(3), 466-475.
- Galaif, E. R., Stein, J. A., Newcomb, M. D., ve Bernstein, D. P. (2001). Gender differences in the prediction of problem alcohol use in adulthood: Exploring the influence of famil factors and childhood maltreatment. *Journal of Study on Alcohol*, 62(4), 486– 493.
- Gast, U., Rodewald, F., Nickel, V. ve Emrich, H. M. (2001). Prevalence of dissociative disorders among psychiatric inpatients in a German university clinic. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, (4):249-57.
- Gaumond, P., Davis, C., ve Hill, T. (2009). *Public policy, treatment.* Fisher, G.L. & Roget N.A. (Ed), *Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, & recovery içinde* (pp. 735-742). Los Angeles: Sage Publications.
- Giancola, P. R., Helton, E. L., Osborne, A. B., Terry, M. K., Fuss, A. M., & Westerfield, J. A. (2002). The effects of alcohol and provocation on aggressive behavior in men and women. *Journal of studies on alcohol*, 63(1), 64-73.
- Glaser, D. (2002). Emotional Abuse and Neglect (Psychological Maltreatment): A Conceptual Framework, *Child Abuse Negl*; 26:697-714.

- Gonzales, R., Anglin, M. D., Beattie, R., Ong, C. A., & Glik, D. C. (2012). Understanding recovery barriers: Youth perceptions about substance use relapse. *American journal of health behavior*, 36(5), 602-614.
- Gökler, R. (2006). Eğitimde çocuk istismarı ve ihmaline genel bir bakış. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi (TSA)*, 10(3), 47-76.
- Gönüllü, O. G., Hacıoğlu, M., & Tarlacı, N. (2002). Egopsikolojisi ve Madde Bağımlılığı. *Düşünen Adam*, 15(2), 104-107.
- Gratz, K. L. (2003). Risk factors for and functions of deliberate self-harm: An empirical and conceptual review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 192-205.
- Green, J. G., McLaughlin, K. A., Berglund, P. A., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ve Kessler, R. C. (2010). Childhood adversities and adult psychiatric disorders in the national comorbidity survey replication I: associations with first onset of DSM-IV disorders. *Archives of general psychiatry*, 67(2), 113-123.
- Güngör, B. B., Dal, H., Durmaz, E., Zorlu, N., Aşkın, R., ve Taymur, İ. (2014). Erken ve Geç Başlangıçlı Erkek Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik, Klinik ve Psikopatolojik Özelliklerin Karşılaştırılması, *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 27:281-290.
- Gürcah, Ö., Bay, Y., İşgüzar, M., ve Kardeş, G. (2010). *Madde Bağımlılığı ile Mücadele Öğretmen El Kitabı*. 2. Baskı. Ankara, Milli Eğitim Bakanlığı.
- Güvaç A. Z., (2019) Madde Kullanım Bozukluğu Tedavisi Gören Bireylerin Bağımlılık Profili ve Tedavi Motivasyonların Belirlenmesi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, Gülhane Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.
- Hägele, C., Friedel, E., Kienast, T., Kiefer, F. (2014). How Do We Learn Addiction? Risk Factors and Mechanisms Getting Addicted to Alcohol. *Neuropsychobiology*, 70(2):67-76.
- Häuser, W., Schmutzer, G., Brähler, E., ve Glaesmer, H. (2011). Maltreatment in childhood and adolescence: results from a survey of a representative sample of the German population. *Deutsches Ärzteblatt International*, 108(17), 287.
- Hawton, K., Saunders, K. E., ve O'Connor, R. C. (2012). Self-harm and suicide in adolescents. *The Lancet*, 379(9834), 2373-2382.
- Hergüner, M. (2011). "Duygusal İstismar ve İhmal". M. Öztürk (Edt.). *Çocuk Hakları Açısından Çocuk İhmal ve İstismarı*. İstanbul: Çocuk Vakfı Yayınları.
- Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, 5(3), 377-391.
- Herman, J. (2015). *Travma ve İyileşme: Şiddetin Sonuçları Ev İçi İstismardan Siyasi Teröre*. (Çev: T. Tosun), 3. Basım, Literatür Kitapevi.

- Hoaken, P. N., & Stewart, S. H. (2003). Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addictive behaviors*, 28(9), 1533-1554.
- Hotopf, M., Wilson-Jones, C., Mayou, R., Wadsworth, M., ve Wessely, S. (2000). Childhood predictors of adult medically unexplained hospitalisations: results from a national birth cohort study. *The British Journal of Psychiatry*, 176(3), 273-280.
- Hughes, K., Bellis, M. A., Hardcastle, K. A., Sethi, D., Butchart, A., Mikton, C., Jones, L., ve Dunne, M. P. (2017). The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Public health*, 2(8), e356–e366.
- Hyman, S. M., Garcia, M., ve Sinha, R. (2006). Gender specific associations between types of childhood maltreatment and the onset, escalation and severity of substance use in cocaine dependent adults. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32(4), 655–664.
- Ilgen, M., & Kleinberg, F. (2011). The link between substance abuse, violence, and suicide. *Psychiatric times*, 28(1), 25-27.
- İmdat ve Asuma, (2016). *Çocuk istismarına yönelik rapor*.
- İnce, A., Doğruer, Z. ve Türkçapar, M.H. (2002). Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 5(2), 82-91.
- Jaffe, J.H. ve Strain, E.C. (2007). *Opiyalara bağlı bozukluklar*. İçinde: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. (Ed): Kaplan ve Sadocks. Ankara, Öncü Basımevi.
- Jarvis, T.J. ve Copeland, J. (1997). Child sexual abuse as a predictor of psychiatric comorbidity and its implications for drug and alcohol treatment. *Drug and Alcohol Dependence*.49 (1),61-69.
- Jasinski, J. L., Williams, L. M., ve Siegel, J. (2000). Childhood physical and sexual abuse as risk factors or heavy drinking among africanamerican women: A prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 24(8), 1061–1071.
- Kalyoncu, A. ve Mırsal, H. (2000). Alkol kullanım bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4(1), 22-30.
- Kalyoncu, Ö.A. (2010). *Plastik Düşler*. İstanbul: Kapital.
- Kaplan S, Pelcovitz D ve 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* 38:1214-22.
- Kaplan, S.J. (2002). *Child and adolescent sexual abuse*. M. Lewis (ed.), *Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook* 3rd edition içinde, Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

- Kaplan, S.J., Pelcovitz, D. ve 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. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214-1222.
- Kara, B., Biçer, Ü. ve Gökalp, A.S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 47, 140-151.
- Karataş, G. (2005). *Psikiyatri Kliniğinde Bir Yıllık Dönem Boyunca Yatan Hastalarda Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Sıklığı*. (Yüksek Lisans Tezi), Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı, Adana: Çukurova Üniversitesi.
- Katz, C., El-Gabalawy, R., Keyes, K. M., Martins, S. S., Sareen, J. (2013). Risk Factors for Incident Nonmedical Prescription Opioid Use and Abuse and Dependence: Results from A Longitudinal Nationally Representative Sample. *Drug And Alcohol Dependence*, 132(1-2), 107-113.
- Kendler, K. S., Prescott, C. A., Myers, J., ve Neale, M. C. (2003). The Structure of Genetic and Environmental Risk Factors for Common Psychiatric and Substance Use Disorders in Men and Women. *Arch Gen Psychiatry*, 60(9):929-37.
- Kerr, T., Stoltz, J., Marshall, B., Lai, C., Strathdee, S., ve Wood, E. (2009). Childhood trauma and injection drug use among high-risk youth, *Journal of Adolescent Health*, 45(3): 300-302.
- Kessler, R. C., Davis, C. G., ve Kendler, K. S. (1997). Childhood adversity and adult psychiatric disorder in the US National Comorbidity Survey. *Psychological medicine*, 27(5), 1101- 1119.
- Kessler, R. C., McLaughlin, K. A., Green, J. G., Gruber, M. J., Sampson, N. A., Zaslavsky, A. M., ve Benjet, C. (2010). Childhood adversities and adult psychopathology in the WHO World Mental Health Surveys. *The British Journal of Psychiatry*, 197(5), 378- 385.
- Khakbaz H, Karami H, Sha'e-Abadi A, et al. The relationship between depression, anxiety, stress and aggression in patients with drug dependence. *Journal of Rehabilitation* 2014; 14: 15-20.
- Khoury, L., Bradley, B., Ressler, K., Tang, Y., ve Cubells, J. (2010). Substance use, childhood traumatic experience, and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population, *Depression and Anxiety*, 27(12): 1077-1086.
- Kilpatrick, D.G., Saunders, B.E., ve Smith, D.W. (2003). *Youth victimization: Prevalence and Implications. Research in Brief*. 1st ed. Washington DC, National Institute of Justice.
- Knapp, C.M., Ciraulo, D.A. ve Jaffe, J. (2005). *Opiates: Clinical Aspects*. Lowinson JH, Ruiz P, Millman RB, Langrod JG, editors. Substance Abuse - A Comprehensive Textbook. 4. Edition. New York: Lippincott Williams & Wilkins, 180-195.

- Köroğlu, E. (2007) (Ed). *Ruhsal Bozuklukların Tanısal Ve Sayımsal El Kitabı*, Yeniden Gözden Geçirilmiş Tam Metin (Dsm-Iv Tr), 660-71.
- Köroğlu, E. (2009). *Klinik Uygulamada Psikiyatri: Tanı ve Tedavi Kılavuzları*. Ankara: Hekimler Yayın Birliği, 483-95.
- Küntay, E. ve Dikmen Özarslan, A. (2011). “Çocuğun Ekonomik İstismarı: Çocuk İşçiliği Üzerine Birleşmiş Milletler Çocuk Haklarına Dair Sözleşme Çerçevesinde Bir Sosyolojik Değerlendirme”. M. Öztürk (Edt.). *Çocuk Hakları Açısından Çocuk İhmal ve İstismarı*. İstanbul: Çocuk Vakfı Yayınları.
- Lang, C. M., ve Sharma-Patel, K. (2011). The relation between childhood maltreatment and self-injury: A review of the literature on conceptualization and intervention. *Trauma, Violence, ve Abuse*, 12(1), 23-37.
- Langeland, W., Hartgers, C. (1998). Child sexual and physical abuse and alcoholism: a review, *J Stud Alcohol*, 59: 336-348.
- Levin, J. (1995). *Psychodynamic Treatment of Alcohol Abuse*. New York: Basic Books.
- Lewis, D.O. (1992). From abuse to violence: psychophysiological consequences of maltreatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(3), 383-391.
- Lilly, M. M., London, M. J., ve Bridgett, D. J. (2014). Using SEM to examine emotion regulation and revictimization in predicting PTSD symptoms among childhood abuse survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6), 644- 651.
- Livingston, R. (1987). Sexually and physically abused children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 26(3), 413-415.
- Lu, W., Yanos, P. T., Silverstein, S. M., Mueser, K. T., Rosenberg, S. D., Gottlieb, J. D., ... ve Hawthorne, D. (2013). Public mental health clients with severe mental illness and probable posttraumatic stress disorder: Trauma exposure and correlates of symptom severity. *Journal of Traumatic Stress*, 26(2), 266-273.
- Luntz, B. K., ve Widom, C. S. (1994). Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. *The American Journal of Psychiatry*, 151(5), 670– 674.
- Luoma, J. B., O'Hair, A. K., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., & Fletcher, L. (2010). The development and psychometric properties of a new measure of perceived stigma toward substance users. *Substance Use & Misuse*, 45(1-2), 47-57.
- Lupien, S. J., McEwen, B. S., Gunnar, M. R., ve Heim, C. (2009). Effects of stress throughout the lifespan on the brain, behaviour and cognition. *Nature reviews neuroscience*, 10(6), 434-445.
- Lynch, M. (1999). *Çocuk istismarı ve ihmali*. Konanç, E., Gürkaynak, İ. ve Egemen, A. (Ed), Çocuk istismarı ve ihmali içinde (sf. 1-8).

- Maremmani, A. G. I., Rovai, L., Rugani, F., Bacciardi, S., Dell'Osso, L., & Maremmani, I. (2012). Substance abuse and psychosis. The strange case of opioids. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*, 18(3), 287-302.
- McGowan, P. O., ve Szyf, M. (2010). The epigenetics of social adversity in early life: implications for mental health outcomes. *Neurobiology of disease*, 39(1), 66-72.
- McLaughlin, K. A., Hatzenbuehler, M. L., Mennin, D. S., ve Nolen-Hoeksema, S. (2012). Emotion dysregulation and adolescent psychopathology: A prospective study. *Behaviour research and therapy*, 49(9), 544-554.
- Mennen, F. E., Kim, K., Sang, J., ve Trickett, P. K. (2010). Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child abuse ve neglect*, 34(9), 647-658.
- Mersky, J. P., Topitzes, J., ve Reynolds, A. J. (2013). Impacts of adverse childhood experiences on health, mental health, and substance use in early adulthood: A cohort study of an urban, minority sample in the US. *Child abuse ve neglect*, 37(11), 917-925.
- Messina, N. ve Grella, C. (2006). Childhood Trauma and Women's Health Outcomes in a California Prison Population. *Journal of Public Health*.
- Miller, J. M., Kinnally, E. L., Ogden, R. T., Oquendo, M. A., Mann, J. J., ve Parsey, R. V. (2009). Reported childhood abuse is associated with low serotonin transporter binding in vivo in major depressive disorder. *Synapse*, 63(7), 565-573.
- Mırsal, H., Kalyoncu, A., Pektaş, O., Tan, D., ve Beyazyürek M. (2004). Childhood trauma in alcoholics, *Alcohol & Alcoholism*, 39(2): 126-129.
- Mosher, C. E., & Danoff-Burg, S. (2010). Addiction to indoor tanning: relation to anxiety, depression, and substance use. *Archives of dermatology*, 146(4), 412-417.
- National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2006). *Alcohol use and alcohol use disorders in the United States: Main findings from the 2001 - 2002 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions* (NESARC). Bethesda, MD.
- Nebioğlu, M., Yalınz, H., Güven F. ve Geçici Ö. (2013). Opiyat Bağımlılarında Diğer Maddelerin Kullanımı ve Sosyodemografik Özellikler ile İlişkisi. *Taf Preventive Medicine Bulletin*, 12(1).
- Nelson, E.C., Heath, A.C., Lynskey, M.T., Bucholz, K.K., Madden, P.A., ve Statham, D.J. (2006). Childhood sexual abuse and risks for licit and illicit drug-related outcomes: a twin study. *Psychological Medicine*, 36(10), 1473-1483.
- Nurius, P. S., Logan-Greene, P., ve Green, S. (2012). Adverse childhood experiences (ACE) within a social disadvantage framework: Distinguishing unique,

- cumulative, and moderated contributions to adult mental health. *Journal of Prevention ve Intervention in the Community*, 40(4), 278-290.
- Nurmedov, S. (2008). *Remisyonda olan alkol bağımlısı bireylerin bellek işlevlerinin değerlendirilmesi*. Uzmanlık tezi, Marmara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.
- Ögel, K. (2010). *Madde Bağımlılığı*. İstanbul, Yeniden yayınları.
- Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F. ve Gürol, D. T. (2012). Bağımlılık Profil İndeksi'nin geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 23(4), 264-273.
- Öncü, E., Kurt, A. Ö., Esenay, F. I., ve Özer, F. (2012). Çalışan çocukların ailede istismarı. *Turkish Journal of Public Health*, 10(3), 128.
- Özden, S.Y. (2004). *Uyuşturucu Madde Bağımlılığı*. İstanbul, Nobel Tıp Kitapevleri.
- Özen N. E, Şener Ş. (1997). *Çocuk Ve Ergende Cinsel İstismar*. Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, 2:473-491.
- Özen, E. M., Serhadlı, Z., Türkcen, A. S., ve Ülker, G. E. (2010). Somatization in depression and anxiety disorders. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 23(1), 60.
- Özgentürk, İ. (2014). Çocuk İstismarı ve İhmal. *International Journal of Human Sciences*, 11(2), 265-278.
- Özkan, Ş. (2015). *Somatizasyon bozukluğu ve fibromiyalji sendromunda çocukluk çağı travmaları ve disosiyatif yaşantıların araştırılması*. Düzce Üniversitesi Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (Uzmanlık Tezi), Düzce.
- Öztürk, M. (2011). "Çocuk İhmal ve İstismarı". M. Öztürk (Edt.). *Çocuk Hakları Açısından Çocuk İhmal ve İstismarı*. İstanbul: Çocuk Vakfı Yayınları.
- Öztürk, M.O. (2001). *Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar*. Ruh sağlığı ve bozuklukları içinde (sf. 519-550). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.
- Öztürk, O., ve Uluşahin, A. (2008). *Ruh Sağlığı Bozuklukları*. (11. Baskı). Nobel Tıp Yayınevi, Ankara.
- Palmer, J.A., Palmer, L.K., ve Williamson, D. (1995). Childhood abuse as a factor in attrition from drug rehabilitation, *Psychological Reports*, 76: 879-882.
- Paris, J. (1998). Does childhood trauma cause personality disorders in adults? *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43(2), 148-153.
- Park, S., Hong, J. P., Bae, J. N., Cho, S. J., Lee, D. W., Lee, J. Y., ... Cho, M. J. (2014). Impact of childhood exposure to psychological trauma on the risk of psychiatric disorders and somatic discomfort: Single vs. multiple types of psychological trauma. *Psychiatry Research*, 219(3), 443-449.

- Pelcovitz, D., Van der Kolk, B., Roth, S., Mandel, F., Kaplan, S., ve Resick, P. (1997). Development of a criteria set and a structured interview for disorders of extreme stress (SIDES). *Journal of traumatic stress*, 10(1), 3-16.
- Perry, B. D. (2002). Childhood experience and the expression of genetic potential: What childhood neglect tells us about nature and nurture. *Brain and mind*, 3(1), 79-100.
- Piazza, N.J. ve Wise, S.L. (1998). An order-theoretic analysis of Jellinek's disease model of alcoholism. *The International Journal of the Addictions*, 23(4), 387-397.
- Pignatelli, A. M., Wampers, M., Loriedo, C., Biondi, M., ve Vanderlinden, J. (2017). Childhood neglect in eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Trauma ve Dissociation*, 18(1), 100-115.
- Polat, O. (1999). *Çocuk ve Şiddet*. 1. Baskı, İstanbul: Der Yayınları.
- Polat, O. (2001). *Adli Tıp Ders Kitabı*. 1. Baskı, İstanbul: Der Yayınları.
- Polat, O. (2002). *Çocuk Pornografisi*. Nokta Kitap yayınları.
- Polat, O. (2007). *Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı 1 tanımlar*. Ankara: Seçkin Yayıncılık.
- Prescott, C.A., ve Kendler, K.S. (1999). Genetic And Environmental Contributions to Alcohol Abuse and Dependence in A Population-Based Sample of Male Twins. *Am J Psychiatry*, 156(1):34-40.
- Rehm, J., Rehn, N., Room, R., Monteiro, M., Gmel, G. ve Jernigan, D. (2003). The Global Distribution of Average Volume of Alcohol Consumption and Patterns of Drinking. *Eur Addict Res Oct*;9(4):147-56.
- Reich, T., Edenberg H.J., Goate, A., Willimas, J.T., Rice, J.P., Eerdewegh, P.V, Foroud, T., Hesselbrock, V., Schuckit, M.A., Bucholz, K., Porjesz, B., Li, T.K., Conneally, P.M., Nurnberger, J.R., Tischfield, J.A., Crowe, R.R., Cloninger, C.R., Wu, W., Shears S., Carr, K., Crose, C., Willig, C., ve Begleiter, H. (1998). Genome-Wide Search for Genes Affecting the Risk for Alcohol Dependence. *American Journal of Medical Genetics*, 81: 207-215.
- Risk, Ç. (2006). *Faktörlerinin belirlenmesi: çocuk işçi ve okuyan öğrencilerin sağlık durumlarının karşılaştırılması*. (Uzmanlık Tezi). Pamukkale Üniversitesi Tıp Fakültesi, Halk Sağlığı Anabilim Dalı.
- Room, R., Hellman, M., Stenius, K. (2015). Addiction: The dance between concept and terms. *International Journal of Alcohol and Drug Research*, 4(1): 27-35.
- Rothman, E.F., Edwards, E.M., Heeren, T. ve Hingson, R.W. (2008). Adverse Childhood Experiences Predict Earlier Age of Drinking Onset: *Results From a Representative US Sample of Current or Former Drinkers*. *Pediatrics*, 122(2), 298-304.

- Rowe, P. (2009). *Kaplan & Sadock's Concise Textbook of Clinical Psychiatry*.
- Roy, A. (2003). Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. *Journal of Affective Disorders*, 77(3), 267-271.
- Runyan D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F., Ramiro, L. (2002). "Child Abuse and Neglect by Parents and Other Caregivers". Krug E.G, Dahlberg L.L, Mercy J.A.(Edt.), *World Report on Violence and Health*, World Health Organization, Geneva.
- Ruppert, F. (2014). *Travma, Bağlanma ve Aile Konstelasyonları*. (Çev: F. Zengin), 2.Basım, İstanbul: Kaknüs Yayınları.
- Sadock, B., Sadock, V.A., ve Ruiz P. (2014). Kaplan Sadock's synopsis of psyvhiatry: *behavioral science/ clinical psychiatry*, 659-666.
- Sağlam, E., Uzbay, Tİ. ve Beyazyürek, M. (2003). Madde Bağımlılığının Psikofarmakolojik Özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*; 4: 2: 81-7.
- Sansone, R. A., Leung, J. S., ve Wiederman, M. W. (2012). Five forms of childhood trauma: Relationships with employment in adulthood. *Child Abuse and Neglect-the International Journal*, 36(9), 676.
- Şahin, F. (2009). "Çocuğun Fiziksel, Cinsel ve Duygusal İstismarı". İstanbul Tabip Odası Çocuk Hakları Komisyonu. *Çocuk ve Şiddet Çalıştayı. Panel Konuşmaları*, İstanbul.
- Şar, V., Öztürk, E., İkikardeş, E. (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği'nin Türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. *Türkiye Klinikleri Tıp Bilimleri Dergisi* 32:1054-63.
- Schafer, I., Reininghaus, U., Langeland, W., Voss, A., Zieger, N., Haasen, C., ve Karow, A. (2007). Dissociative symptoms in alcohol-dependent patients: associations with childhood trauma and substance abuse characteristics, *Comprehensive Psychiatry*, 48: 539-545.
- Schuckit, M.A. (2000). *Alcohol-Related disorders*. Sadock B.J. & Sadock V.A. (Ed), Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 7th edition içinde (pp. 953-971). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.
- Schussler-Fiorenza Rose, S. M., Xie, D., ve Stineman, M. (2014). Adverse childhood experiences and disability in US adults. *PMveR*, 6(8), 670-680.
- Shapira, L. B., & Courbasson, C. M. (2011). Depression and anxiety: Predictors of eating disorder symptoms and substance addiction severity. *Mental Health and Substance Use*, 4(3), 222-238.
- Sher, K, J. ve Trull, T. J. (1994). Personality and disinhibitory psychopathology: Alcoholism and Antisocial Personality Disorder. *Journal of Abnormal Psychology*.

- Shin, S.H., Edwards, E.M. ve Heeren, T. (2009). Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addictive Behaviors*, 34(3), 277-280.
- Simon, EJ. (2005) *Opiates: Neurobiology*. (Eds:)Lowinson, JH., Ruiz, P., Millman, RB., Langrod, JG. Substance Abuse - A Comprehensive Textbook. 4. Edition, New York: Lippincott Williams & Wilkins, 164–180.
- Şimşek, S. ve Cenkseven-Önder, F. (2011). Ergenlerde Davranış Problemlerinin, Anne-Babadan ve Öğretmenlerden Algılanan Duygusal İstismar Açısından İncelenmesi, *İlköğretim Online*, 10 (3), 1124-1137.
- Steward, S.H., ve Conrad, P.J. (2003). *Psychosocial models of functional associations between posttraumatic stress disorder and substance use disorder*. In: Ouimette P, Brown PJ (eds). In Trauma and substance abuse: Causes, consequences and treatment of comorbid disorders. Washington DC, American Psychological Association.
- Strain, E. C., Lofwall, M. R., Jaffe, J. H. (2011). *Opioid-Related Disorders*. In: Sadock B., Sadock V., Ruiz P, (Editors). Kaplan And Sadock's
- T.C. Sosyal Hizmetler ve Çocuk Esirgeme Kurumu ve UNICEF. (2010). *Türkiye'de çocuk istismarı ve aile içi şiddet araştırması*. Ankara: SHÇEK.
- Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk İstismar ve İhmalı: Psikiyatrik Yönleri, *Hacettepe Tıp Dergisi*; 35:82-86.
- Tarullo, A. R., ve Gunnar, M. R. (2006). Child maltreatment and the developing HPA axis. *Hormones and behavior*, 50(4), 632-639.
- Teicher, M. H. (2002). Scars that won't heal: The neurobiology of child abuse. *Scientific American*, 286(3), 68-75.
- Teicher, M. H., Andersen, S. L., Polcari, A., Anderson, C. M., Navalta, C. P., ve Kim, D. M. (2016). The neurobiological consequences of early stress and childhood maltreatment. *Neuroscience ve biobehavioral reviews*, 27(1-2), 33-44.
- Teicher, M. H., ve Samson, J. A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of child psychology and psychiatry*, 57(3), 241-266.
- Thomas, S.E., Deas, D., ve Grindlinger, D.R. (2003). Gender differences in dependence symptoms and psychiatric severity in adolescents with substance use disorders, *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 12: 19-34.
- Toker, T., Tiryaki, A., Iskender, B., ve Özrümmez, G. (2011). Madde kullananlarda çocukluk örselenme yaşantılarının, madde kullanma eğilimi, benlik saygısı ve başa çıkma tutumları ile ilişkisi, *Türk Psikiyatri Dergisi*, 22(2): 83-92.
- Topbaş, M. (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4), 76-80.

- Tubim, (2010). *Emcdda (Avrupa Uyuşturucu Ve Uyarıcı Bağımlılığını İzleme Merkezi /European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction) Türkiye Uyuşturucu Raporu*, T.C. İşişleri Bakanlığı Emniyet Genel M¼d¼rl¼ę¼ Kaçakçılık Ve Organize Suçlarla M¼cadele Daire Başkanlığı.
- Tucci, A.M., Kerr-Corr¼a, F. ve Souza-Formigoni, M.L. (2010). Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse and Neglect*, 34(2), 95-104.
- TUİK. (2019). *Geliş nedenine g¼re g¼venlik birimine gelen veya getirilen çocukların karıştığı olay sayısı*. Ankara
- Tuncer, C., Ersil, Ç., Beyazy¼rek, M., & Beğikçi, N. (1987). Alkol bağımlısı hastalarda bir demografik çalışma. 23.Ulusal Psikiyatri ve N¼rolojik Bilimler ongresi Bilimsel Çalışmaları Kitabı (s. 184-187).
- Turhan, E., Sang¼n, Ö. ve İnandı, T. (2006). Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *S¼rekli Tıp Eğitim Dergisi (Sted)*, 15(9), 153-157.
- Turhan, E., İnandı T., Özer C. ve Akoğlu S. (2011). Üniversite Öğrencilerinde Madde Kullanımı, şiddet ve Bazı Psikolojik Özellikler. *Türkiye Halk Sağlığı Dergisi*, 9(1).
- Turner, H. A., ve Butler, M. J. (2003). Direct and indirect effects of childhood adversity on depressive symptoms in young adults. *Journal of youth and adolescence*, 32(2), 89-103.
- Turner, H. A., Finkelhor, D., ve Ormrod, R. (2006). The effect of lifetime victimization on the mental health of children and adolescents. *Social science ve medicine*, 62(1), 13-27.
- Turner, R. J. (2013). Understanding health disparities: The relevance of the stress process model. *Society and Mental Health*, 3(3), 170-186.
- Ulukol, B., Sethi, D., Kahilogullari, A.K. (2014). *Adverse Childhood Experiences Survey among University Students in Turkey*. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.
- Umeno, M., Morita, N., ve Ikeda, T. (2009). *Correlation between childhood traumatic stres and present drug abuse: results of a nationwide survey of drug addiction rehabilitation facilities in Japan*, Nihon Arukoru Yakubutsu Igakkai Zassh, 44: 623-635.
- UNICEF. (2018). *Birleşmiş Milletler Uluslararası Çocuklara Acil Yardım Fonu*.
- Uzbay İ.T., Yüksel N. (2003). *Madde K¼tiye Kullanımı ve Bağımlılığı*, 2. Baskı, Çizgi Tıp Kitabevi.
- Uzbay, İ.T. (2009). Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *Meslek İçi S¼rekli Eğitim Dergisi*.

- Walton-Mossa, B., ve McCaulb, M. E. (2006). Factors associated with lifetime history of drug treatment among substance dependent women. *Addictive Behaviors*, 31(2), 246–253.
- Westermeyer, J., Wahmanholm, K., ve Thuras, P. (2001). Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse, *Am J Addict*, 10: 101-110.
- WHO, (2014). *Child Maltreatment*. 11.03.2021 Erişim adresi: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs150/en>
- WHO. (1951). *Expert Committee on Mental Health: Report on the First Session of the Alcoholism Subcommittee*. 02/04/2021 Erişim adresi: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/40186>.
- Wickrama, K. A. S., Conger, R. D., Surjadi, F. F., ve Lorenz, F. O. (2010). Linking early family adversity to young adult mental disorders. *In Advances in the Conceptualization of the Stress Process* (pp. 109-130). Springer, New York, NY.
- World Health Organization. (2014). *Unit Whomosa. Global Status Report On Alcohol And Health*.
- World Health Organization. (2011). *Global Status Report On Alcohol And Health*.
- Wu, N.S., Schairer, L.C., Dellor, E. vr Grella, C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive Behaviors*, 35(1), 68-71.
- Yağmur, F., Öztop, B.B. ve Asil, H. (2008). Çocukların cinsel istismarı. *Çocuk Dergisi*, 8(2), 77-80.
- Yaluğ, İ., Özdemir, S. ve Aker, A.T. (2008). Travma sonrası stres bozukluğu ve kronik ağrı birlikteliği zemininde opioid bağımlılığı. *New Symposium Journal*;46: 4: 200-205.
- Yates, A. (1999). “Sexual Abuse of Children”. In: JM Wiener ed. *Textbook of Child Adolescent Psychiatry*, 2st edition. Washington: American Psychiatric Press. p.699-709.
- Yehuda, R. (2001). Biology of posttraumatic stress disorder. *The Journal of clinical psychiatry*.62(17), 41-46.
- Yen, S., Shea, M. T., Battle, C. L., Johnson, D. M., Zlotnick, C., Dolan-Sewell, R., et al. (2002). Traumatic exposure and posttraumatic stress disorder in borderline, schizotypal, avoidant, and obsessive-compulsive personality disorders: Findings from the Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 190, 510-518.
- Yeşilay (2021). *Madde Bağımlılığı Nedir?* Ankara.

- Yılmaz Irmak, T. (2008). *Çocuk istismarı ve ihmalinin yaygınlığı ve dayanıklılıkla ilişkili faktörler*. (Doktora Tezi). Ege Üniversitesi, İzmir.
- Yolga Tahiroğlu, A., Avcı, A. ve Çekin, N. (2008). Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(1), 1-7.
- Zanarini, M., Yonge, L., ve Frankenburg, F. (2002). Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 190, 381-387.
- Zeytinoğlu, S. (1999). *Sağlık, sosyal hizmet, hukuk ve eğitim alanlarında çalışanların Türkiye’de çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili görüşleri*. Konanç, E., Gürkaynak, İ. ve Egemen, A. (Ed), Çocuk istismarı ve ihmali içinde (sf. 111-126).
- Zheng, Y., Heagerty, P.J., Hsu, L., ve Newcomb, P.A. (2010). On Combining Family-Based And Population- Based Case–Control Data In Association Studies. *Biometrics*, 66(4):1024- 33.
- Zielinski, D. S. (2009). Child maltreatment and adult socioeconomic well-being. *Child abuse ve neglect*, 33(10), 666-678.
- Zimmermann, U.S., Blomeyer, D., Laucht, M., ve Mann, K.F. (2007). How Gene–Stress– Behavior Interactions Can Promote Adolescent Alcohol Use: The Roles Of Predrinking Allostatic Load And Childhood Behavior Disorders. *Pharmacology Biochemistry And Behavior*, 86(2):246-62.
- Zoroğlu, S.S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Eröcal Kora, M. ve Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.

EKLER

Araştırmada Kullanılan Anket Formu

Değerli katılımcı,

Katıldığınız bu alışma Opioid ve alkol bağımlılığının çocukluk ağı travmaları ile ilişkisinin incelenmesi için yapılan klinik psikoloji yüksek lisans tez çalışmasıdır. Zaman ayırdığınız için teşekkür ederim.

SOSYO DEMOGRAFİK VERİ FORMU

1. **Adınız soyadınız** [.....]

2. **Doğum tarihiniz** [.....]

3. **Cinsiyetiniz?**

Kadın Erkek

4. **Eğitiminiz?**

Okur yazar İlkokulu bitirmiş Ortaokulu bitirmiş Liseyi bitirmiş üniversiteyi bitirmiş

5. **Medeni durumunuz?**

Evli Bekar Ayrı Boşanmış Dul Diğer

6. **Çocuğunuz var mı?**

Evet Hayır

7. **Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz m?**

Evet Hayır

ÇOCUKLUK ÇAĞI ÖRSELENME YAŞANTILARI KISA FORMU

Değerli katılımcı, lütfen aşağıdaki maddeleri dikkatlice okuyarak size en uygun olan ifadeyi boş bırakmadan işaretleyiniz.

	Kesinlikle Katılmıyorum	Katılmıyorum	Biraz Katılıyorum	Katılıyorum	Kesinlikle Katılıyorum
1. Çocukluğumda, yeterli düzeyde beslendiğime inanmıyorum.	1	2	3	4	5
2. Çocukluğumda, benimle ilgilenen ve beni koruyan birinin/birilerinin olduğunu	1	2	3	4	5
3. Çocukluğumda, ailemdeki kişiler bana “aptal”, “tembel” ya da “çirkin” diye hitap ederlerdi.	1	2	3	4	5
4. Çocukluğumda, annem ve babam ailemize ilgilenemeyecek kadar sarhoş ya da uyuşturucunun etkisi altındaydı.	1	2	3	4	5
5. Çocukluğumda, ailemde kendimi önemli ya da özel hissetmemi sağlayan biri/birileri vardı.	1	2	3	4	5
6. Çocukluğumda, kirli giysiler giymek zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
7. Çocukluğumda, sevdiğimi hissedirdim.	1	2	3	4	5
8. Çocukluğumda, annem ve babamın benim hiç doğmamış olmamı dilediklerini düşünürdüm.	1	2	3	4	5
9. Çocukluğumda, ailemdeki kişilerden, bir doktora ya da hastaneye gitmek zorunda kalacak kadar kötü dayak yediğim oldu.	1	2	3	4	5
10. Çocukluğumda, ailemle ilgili değiştirmek istediğim hiçbir şey yoktu.	1	2	3	4	5
11. Çocukluğumda, ailemdeki fertler beni, yara bere içinde bırakacak kadar kötü döverlerdi.	1	2	3	4	5
12. Çocukluğumda, kemer, sopa, kablo ya da benzeri sert cisimlerle dövülerek cezalandırıldım.	1	2	3	4	5
13. Çocukluğumda, ailemdeki fertler birbirlerini koruyup kollarlardı.	1	2	3	4	5
14. Çocukluğumda, ailemde fertler bana incitici veya aşağılayıcı şeyler söylediler.	1	2	3	4	5
15. Çocukluğumda, fiziksel olarak istismar edildiğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
16. Mükemmel bir çocukluğum oldu.	1	2	3	4	5

17. Çocukluğumda, öğretmen, komşu ya da doktor gibi kişiler tarafından fark edilecek kadar kötü dayak yedim.	1	2	3	4	5
18. Çocukluğumda, ailemde benden nefret eden birisi/birileri olduğunu	1	2	3	4	5
19. Çocukluğumda, ailemdeki fertler birbirlerine yakındılar.	1	2	3	4	5
20. Çocukluğumda, birisi/birileri bana cinsel amaçla dokunmayı ya da ona/onlara dokundurtmayı denedi.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğumda, birisi/birileri, cinsel içerikli taleplerini karşılamazsam, bana zarar vermekle ya da hakkımda yalanlar söylemekle beni tehdit etti.	1	2	3	4	5
22. Dünyadaki en iyi aileye sahiptim.	1	2	3	4	5
23. Çocukluğumda, birisi/birileri beni cinsel içerikli eylemlerde bulunmaya veya cinsel içerikli şeyler izlemeye zorladı	1	2	3	4	5
24. Çocukluğumda, birisi/birileri bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
25. Çocukluğumda, duygusal olarak istismar edildiğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
26. Çocukluğumda, ihtiyacım olduğunda beni doktora götürececek birisi/birileri vardı.	1	2	3	4	5
27. Çocukluğumda, cinsel olarak istismar edildiğime inanıyorum.	1	2	3	4	5
28. Çocukluğumda, ailem benim için bir güç ve destek kaynağıydı.	1	2	3	4	5

BAĞIMLILIK PROFİL İNDEKSİ- KLİNİK FORM

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

Son bir yıl içinde...

	Hiç	Sadece bir iki kez	Ayda 1-3 kere	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1 Alkol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Esrar (marihuana, joint, gubar vb).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b Bonzai, jamaikan (sentetik kannabinoid)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Ecstasy (Ekstazi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Eroin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Kokain	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Taş (krak kokain).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Diğer (LSD, GHB vb).....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dikkat!

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

12 [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz? (örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb)

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

VIII [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz, eğer düşünüyorsanız, ne kadar zamandır?

- Benim için sorun değil 1 yıldan az 1-2 yıldır 3-4 yıldır 5 yıl ve daha fazla

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

13 Kullandığınız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı? (örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

14 Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu? (örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığınız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

15 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı? (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

16 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?

- Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

17 [Madde] kullanmaya başladıktan sonra, kullanmayı durdurmakta zorlanıyor musunuz? (örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

18 Kullandığımız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığımız oldu mu?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

19 [Maddeyi] aramak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman harcadığımız oldu mu? (örneğin [madde] bulmak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak zamanınızın büyük bir kısmını kaplıyor mu?)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

20 [Madde] kullandığınız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu? (örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

21 [Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

22 [Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

23 [Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

24 [Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

25 [Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

26 [Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

27 [Madde] kullanmak başınızı derde soktu mu? (örneğin kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki-gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık vb)
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

28 [Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamanıza neden oldu mu? (örneğin maddeyle yakalanmak, ehliyeti kaptırmak, karakola düşmek vb)
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

29 Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

30 [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız oldu mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

31 Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

32 Ne sıklıkta aklınıza [madde] kullanmak ya da [maddenin] keyif verici/rahatlatıcı etkisi geliyor?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

33 Ne sıklıkta [madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyorsunuz?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

34 [Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

35 [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?
 Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

36 [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

37 [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?

Hiçbir zaman Nadiren Bazen Çoğu zaman Neredeyse her zaman

→ Aşağıda insanların ruh haliyle ilgili bazı sorular bulunmaktadır. Bu soruları genel ruhsal yapınızı düşünerek cevaplayınız.

38 Kolaylıkla kızıp öfkelenirim.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

39 Kontrol edemediğim öfke patlamaları yaşıyorum.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

40 Bir şeyleri kırıp dökme isteği duyuyorum.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

41 Ne hissettiğimi ifade etmekte zorluk çekerim.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

42 Başkalarını kendimden daha çok düşünürüm.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

43 İçe kapanık biriyimdir.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

44 Sosyal bir ortama girdiğimde, ne konuşacağımı bilememekten endişe ederim.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

45 Başkaları ile beraberken, yanlış bir şey yapacağım, ya da saçma konuşacağım ile ilgili endişe yaşarım.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

46 Uygunsuz veya tehlikeli olsalar bile, heyecanlı veya eğlenceli şeyler yapmaktan hoşlanırım.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

47 Hayatımda yeni bir şeyler olmadığında, heyecan ya da coşku verici şeyler aramaya başlarım.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

48 Ne zaman ne yapacağı belli olmayan, heyecan verici, hareketli arkadaşları tercih ederim.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

49 İstedığım şeyi elde etmek için beklemekte zorlanırım. Sabırsızımdır (Örneğin bir sırada beklerken çabucak sıkılmak gibi...).

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

50 Düşünmeden hareket ederim.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

51 Rahat konsantre olamam, dikkatimi kolay toplayamam.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

→ Aşağıdaki soruları cevaplarken SON BİR YILI göz önüne alarak, sorularda verilen durumu yaşayıp yaşamadığınızı ya da ne sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz.

52 Geçen yıl içinde yaşamıma son vermekle ilgili düşüncelerim oldu.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

53 Geçen yıl içinde kendimi hüzünlü, kederli hissettim.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

54 Geçen yıl içinde gelecekle ilgili olarak düşündüğümde, umutsuzluk hissine kapıldım.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

55 Geçen yıl içinde kendimi başka insanlarla karşılaştırdığımda, daha değersiz gördüm.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

56 Geçen yıl içinde kendimi huzursuz ve tedirgin hissettim.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

57 Geçen yıl içinde dehşet ya da panik nöbetleri yaşadım.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman

58 Geçen yıl içinde kendimi yerimde duramayacak kadar tedirgin hissettim.

Hiçbir zaman Bazen Neredeyse her zaman



Y.C.
İSTANBUL GELİŞİM ÜNİVERSİTESİ
Etik Kurul Başkanlığı

ETİK KURUL KARAR ÖRNEĞİ

TOPLANTI TARİHİ : 19.12.2019
TOPLANTI SAYISI : 2019-22

KARAR NO:2019-22-71 Sosyal Bilimler Enstitüsü Kültür Psikolojisi Yüksek Lisans Programı öğrencisi Nevroz ALADAK'ın "Opioid ve Alkol Bağımlılığının Çocukluk Çağı Travmalarıyla İlişkisi" konulu tezinde yaptığı anket çalışması, etik kurullara uygun olup olmadığına ilişkin olarak, Etik Kurulumuzun 03.10.2019 tarih ve 2019-17 sayılı toplantısında, İGÜ Etik Kurul Yönergesinin 12(1) maddesine göre değerlendirme yapmak üzere görevlendirilen öğretim elemanlarının raporları incelenmiş olup, ilgili çalışmada yer alan bilimsel araştırmanın etik kurullara uygun olduğuna oy birliği ile karar verilmiştir.