T.C.
İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
AİLE DANIŞMANLIĞI VE EĞİTİMİ ANABİLİM DALI

Genç Yetişkinlerde Ailede Çocukluk Çağı Travması ve Benlik Saygısının Madde Bağımlılığı ile İlişkisi

Yüksek Lisans Tezi

Helin Laçin
200015106

İstanbul, 2022

T.C.
İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
AİLE DANIŞMANLIĞI VE EĞİTİMİ ANABİLİM DALI

Genç Yetişkinlerde Ailede Çocukluk Çağı Travması ve Benlik Saygısının Madde Bağımlılığı ile İlişkisi

Yüksek Lisans Tezi

Helin Laçin
200015106

Danışman
Doç. Dr. Hanifi PARLAR

İstanbul, 2022

ETİK KURALLARA UYGUNLUK YAZISI

Hazırlamış olduğum tez özgün bir çalışma olup YÖK ve İTİCÜ Lisansüstü Yönetmeliklerine uygun olarak hazırlanmıştır. Ayrıca, bu çalışmayı yaparken bilimsel etik kurallarına tamamıyla uyduğumu; yararlandığım tüm kaynakları gösterdiğimi ve hiçbir kaynaktan yaptığım ayrıntılı alıntı olmadığını beyan ederim. Bu tezin ihtiva ettiği tüm hususlar şahsi görüşüm olup İstanbul Ticaret Üniversitesinin resmi görüşünü yansıtmamaktadır.

Helin Laçin

TEŞEKKÜR

Öncelikle akademik anlamda ulaştığım bu noktada tez çalışmam sürecinde danışmanlığımı üstelenen her daim bilgi ve desteğini esirgemeyen, tecrübesiyle ve olumlu tavrıyla yol haritamda her zaman yanımda olan bana inan ve öğrencisi olmaktan her zaman gurur duyacağım değerli hocam Doç.Dr. Hanifi Parlar'a,

Yıllar boyunca hayatımda olduğu gibi yüksek lisans hayatımda da yanımda olup destekleri hiçbir zaman esirgemeyen Annem ve babama,

İçindeki okuma şevkini bana da küçük yaşlarda aşılayan, hissettiren ve yüksek lisans eğitimim dahil hayatımda aldığım tüm kararların duacısı ve destekçisi kıymetli anneannem Münever BOYKIZ'a,

Yüksek lisans sürecimde hayatımı her şekilde kolaylaştırmak için uğraşan dostlarım Ebru AŞILI, Fatma EYÜPOĞLU ve Zeynep Burcu ERİKİYE'ye,

Pandemi sürecinden bu yana yürütmüş olduğum çalışmamda değişen süreçlerle ilgili her daim destek olan Arş. Gör. Lütfü ÇAKIR hocama, çok teşekkür ederim.

Helin Laçin

ÖZET

Bu araştırmanın amacı, genç yetişkinlikte çocukluk çağı travmaları ve benlik saygısının madde bağımlılığına yönelimde etkilerinin olup olmadığının araştırılması olarak belirlenmiştir. Araştırma özel bir hastanede bağımlılık tedavisi gören bağımlılar arasından amaçlı örnekleme yöntemine uygun olarak 176 bağımlı kişi ile yapılmıştır. "Kişisel Bilgi Formu", "Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği", Benlik Saygısı Ölçeği ve "Bağımlılık Profil İndeksi" araçları ile araştırmacı tarafından yanıtlar katılımcılardan bizzat toplanarak araştırma gerçekleştirilmiştir. Elde edilen veriler dağılımın normalliği şartı sağlanabildiğinden parametrik testler kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırmada değişkenler arası ilişkilerin tespitinde ve etkileşimin boyutlarının incelenmesinde korelasyon analizi ile regresyon analizlerinden yararlanılmıştır. Demografik değişkenlere bağlı olarak katılımcıların değişken ortalamalarının tespiti için de ikili gruplar için t-testi, ikiden fazla gruba sahip değişkenler için tek yönlü ANOVA testlerinden yararlanılmıştır.

Araştırmada elde edilen sonuçlar doğrultusunda çocukluk çağı travmalarının madde bağımlılığını etkilediği görülürken bu etkinin fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismara bağlı olarak ortaya çıktığı tespit edilmiştir. Ayrıca benlik saygısının bu etkileşimde bir düzenleyicilik rolü olduğu saptanmıştır. Yüksek benlik saygısı çocukluk çağı travmaları bağımlılık ilişkisinde negatif yönlü bir etkiye sahipken düşük benlik saygısının pozitif yönlü bir etki sergilediği tespit edilmiştir.

Anahtar Kelimeler: Bağımlılık, Çocukluk Çağı Travmaları, Benlik Saygısı

ABSTRACT

The aim of this study was to investigate whether childhood traumas and self-esteem have an impact on the tendency to substance addiction in young adulthood. The research was conducted with the participation of 176 addicts chosen from those receiving addiction treatment in a private hospital in accordance with the purposeful sampling method. The data for this research was gathered from the responses of the participants collected in person by the researcher using "Personal Information Form", "Childhood Trauma Scale", Self-Esteem Scale, and "Addiction Profile Index". The data collected were analyzed using parametric tests so that the normality of the distribution requirement could be met. In this study, correlation analysis and regression analysis were incorporated to identify the relations between variables and to examine the scope of the interaction. Depending on the demographic variables, t-test for paired groups and one-way ANOVA tests for variables with more than two groups were used to determine the variable means of the participants.

In line with the results obtained in the research, it was observed that childhood traumas affect substance addiction, and it was determined that this effect was mainly resulted from physical abuse, emotional abuse and sexual abuse. In addition, it has been determined that self-esteem has a moderator role in this interaction. It has also been concluded that while high self-esteem has a negative effect on the relationship between childhood traumas and addiction, low self-esteem has a positive impact.

Keywords: Addiction, Childhood Trauma, Self-Esteem

İÇİNDEKİLER

ETİK KURALLARA UYGUNLUK YAZISI ..... **iii**
TEŞEKKÜR ..... **iv**
ÖZET ..... **v**
ABSTRACT ..... **vi**
İÇİNDEKİLER ..... **vii**
TABLOLAR LİSTESİ ..... **x**
KISALTMALAR ..... **xi**
1. GİRİŞ **1**
1.1. Araştırmanın Amacı 3
1.2. Araştırmanın Problemi ve Alt Problemleri 4
1.3. Araştırmanın Önemi 4
1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları 5
1.5. Sayıltılar 5
1.6. Tanımlar 6
2. ARAŞTIRMANIN KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ **7**
2.1. ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI 7
2.1.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Kaynakları ve Türleri 7
2.1.1.1. Fiziksel İstismar 13
2.1.2.2. Duygusal İstismar 14
2.1.2.3. Cinsel İstismar 16
2.1.2.4. İhmal 17
2.1.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Psikopatoloji ve Psikolojik Sağlık ile İlişkisi 19
2.2. BENLİK VE BENLİK SAYGISI 20
2.2.1. Benlik Kavramı 21
2.2.2. Benlik Saygısı Kavramı 22
2.2.2.1. Benlik Saygısına Etki Eden Faktörler 24
2.2.2.2. Benlik Saygısı Yaklaşımları 25
2.3. BAĞIMLILIK VE MADDE BAĞIMLILIĞI 26
2.3.1. Bağımlılık Tanımlaması 26
2.3.2. Alkol ve Madde Bağımlılığı 28

2.3.3. Bağımlılık Özellikleri 30
2.3.3.1. Tercih maddesi 30
2.3.3.2. Motivasyon 31
2.3.3.3. Bırakma girişimleri 33
2.3.3.4. Tedavi Geçmişleri 33
2.3.4. Bağımlılık Şiddet ve Şiddetli İstek (Craving) Düzeyleri 34
2.3.5. Bağımlılık Yapan Maddeler 36
2.3.5.1. Alkol 38
2.3.5.2. Esrar 39
2.3.5.3. Sentetik Kannabinoidler 41
2.3.5.4. Ekstazi 42
2.3.5.5. Kokain 43
2.3.5.6. Taş 43
2.3.5.7. Amfetamin (Metamfetamin) 44
2.3.5.8. Eroin 45
2.3.5.8. Uçucu Maddeler (İnhalantlar) 46
2.3.5.9. Halüsinojik Maddeler 47
3. YÖNTEM 48
3.1. ARAŞTIRMA MODELİ 48
3.2. EVREN VE ÖRNEKLEM 48
3.3. VERİ TOPLAMA ARAÇLARI 49
3.3.1. Demografik Bilgi Formu 49
3.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği 49
3.3.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 49
3.3.4. Bağımlılık Profil İndeksi 50
3.4. VERİLERİN TOPLANMASI VE ANALİZİ 50
4. BULGULAR 52
4.1. DEĞİŞKENLER ARASI İLİŞKİLERE YÖNELİK BULGULAR 52
4.2. DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE BAĞLI OLARAK ELDE EDİLEN BULGULAR 53
4.2.1. Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bulgular 53
4.2.2. Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular 55
4.2.3. Medeni Durum Değişkenine İlişkin Bulgular 57

4.2.4. Çocuk Olup Olmadığı Değişkenine İlişkin Bulgular 59
4.2.5. Psikiyatrik Tedavi Alınıp Alınmadığıyla İlişkili Bulgular 60
4.2.6. Anne-Baba Eğitim Durumlarıyla İlişkili Bulgular 61
4.2.7. Anne-Baba Birliktelik Durumuyla İlişkili Bulgular 65
5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER 67
5.1. DEĞİŞKENLER ARASI İLİŞKİLERE YÖNELİK SONUÇLAR 67
5.2. DEMOGRAFİK DEĞİŞKENLERE BAĞLI SONUÇLAR 70
5.3. ÖNERİLER 73
KAYNAKÇA 75
EKLER 89
Ek 1. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) 89
Ek 2. Demografik Bilgi Formu 93
Ek 3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği 95
Ek 4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği 97
Ek 5. Ölçek Kullanım İzleri 98
Ek 6. Etik Kurul Onayı 99

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 4.1: Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları 52
Tablo 4.2: Cinsiyete Göre Araştırma Değişkenlerinin t-testi İstatistikleri 54
Tablo 4.3: Eğitim Durumu Araştırma Değişkenleri Tanımlayıcı İstatistikler 55
Tablo 4.4: Eğitim Durumuna Göre Araştırma Değişkenleri ANOVA İstatistikleri 56
Tablo 4.5: Medeni Duruma Araştırma Değişkenleri Tanımlayıcı İstatistikler 57
Tablo 4.6: Medeni Duruma Göre Araştırma Değişkenleri ANOVA İstatistikleri 58
Tablo 4.7: Çocuk Sahibi Olmaya Göre Araştırma Değişkenlerinin t-testi İstatistikleri 59
Tablo 4.8: Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Görmüş Olup Olmama Durumuna Göre Araştırma Değişkenlerinin t-testi İstatistikleri 60
Tablo 4.9: Anne Eğitim Durumu Araştırma Değişkenleri Tanımlayıcı İstatistikler 62
Tablo 4.10: Anne Eğitim Durumuna Göre Araştırma Değişkenleri ANOVA İstatistikleri 63
Tablo 4.11: Baba Eğitim Durumu Araştırma Değişkenleri Tanımlayıcı İstatistikler 64
Tablo 4.12: Baba Eğitim Durumuna Göre Araştırma Değişkenleri ANOVA İstatistikleri 65
Tablo 4. 13: Anne Baba Birliktelik Durumuna Göre Araştırma Değişkenlerinin t-Testi İstatistikleri 66

KISALTMALAR

ABD	: Amerika Birleşik Devletleri
DAS	: Davranışsal Aktivasyon Sistemi
DİS	: Davranışsal İnhibisyon Sistemi

1. GİRİŞ

Yaşam koşullarının giderek karmaşıklaştığı günümüzde, bir toplumun geleceği olan çocuk ve ergenlerin her yönden sağlıklı bir şekilde yetiştirilmeleri son derece önemlidir. Çocukların büyüdüğü aile ortamı, ebeveyn-çocuk ilişkileri ve çocuk yetiştirme yöntemleri çocukların ruh sağlığını ve kişilik gelişimini etkileyen en önemli faktörlerdendir (Ünal, 2008).

Çocuk için en güvenli ortamın aile ortamı olduğu düşünülse de disiplin amaçlı birçok anne-babanın kasıtlı veya kasıtsız olarak çocuklarına zarar verdiği, istismar ettiği ve sömürdüğü, onların fiziksel, zihinsel ve sosyal gelişimlerini olumsuz yönde etkilediği ve dolayısıyla sağlıksız bireyler yetiştirdiği bilinmektedir. (Akduman vd., 2005).

Çocuk ihmali kavramı, genel olarak çocuğa bakım verenlerin bakma yükümlülüklerini yerine getirmemesi ve çocuğun fiziksel veya duygusal bakımdan yoksun bırakılmasını ifade etmektedir (Atay, 2003). Polat'a (2001) göre ihmal; sağlıklı bir çocuk yetiştirilmesi için gerekli olan koruma, bakım, besleme, giyim, tıbbi bakım ve eğitim şeklinde sayılabilecek olan genel ihtiyaçların anne-baba veya bakım veren tarafından dikkate alınmaması olarak ifade edilmektedir. İhmal ile istismar arasındaki temel ayrım, ihmalin pasif, istismarın da aktif bir tutum olması şeklinde izah edilmektedir (Turhan, Sangün ve İnandı, 2008).

Çocuk istismarı ise ebeveynler ya da bakım verenler gibi yetişkin biri tarafından çocuğa yönelik olarak onun gelişimini bozan veya engelleyen yasalar veya genel kanaate göre zarar verici, uygunsuz şekilde nitelendirilen eylem veya eylemsizlikler bütünü olarak ifade edilmektedir. Bu eylemler veya eylemsizlikler sonucunda çocuk fiziksel, zihinsel, cinsel veya sosyal yönden zarar gördüğü gibi sağlık ve güvenlik açısından savunmasız kalabilir (Taner ve Gökler 2004; Tıraşçı ve Gönen, 2007;). İstismar kavramının çeşitli sınıflandırmaları olmakla birlikte, en yaygın olanları fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar olarak karşımıza çıkmaktadır (Bernstein vd., 1994; Kara, Biçer ve Gökalp, 2004; Polat, 2001; Tyler vd., 2006).

Fiziksel istismar, çocuğun bakımından ve iyiliğinden sorumlu kişilerin elinden zarar görmesi, yani çocuğun bu kimseler tarafından fiziksel bütünlüğünde zarara yol açacak bir davranışa maruz kalması olarak kabul görürken, spesifik bir yaklaşımla "çocuğun

kaza dışı yaralanması" olarak tanımlanmaktadır (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004; Taner ve Gökler 2004;). Duygusal istismar ise çocuğun ihtiyaç duyduğu ilgi ve sevgiden mahrum bırakılarak fizyolojik olarak zarar görmesine yol açmak olarak tanımlanmaktadır (Turhan vd., 2006). Duygusal ihmal olarak ifade edilen davranışlar literatürde aşağılanma, reddedilme, küfür, ayrılık, izolasyon, yıldırma, duygusal ihtiyaçların görmezden gelinmesi, kardeşler arasında ayrımcılık, aşırı sorumluluk beklentisi, alay etme, aşırı baskı ve tahakküm kurma, bağımlılık ve aşırı- koruyuculuk şeklinde olanlar olarak öne çıkmaktadırlar (Topbaş, 2004; Tell vd., 2006; Kara vd. 2004). Cinsel istismar, fiziki ve mental bakımlardan olgunlaşmamış ve yaşı küçük bir çocuğun bir yetişkin (en az 4-6 yaş büyük) tarafından cinsel tatmin amacıyla istismar edilmesidir (Kara, Biçer ve Gökalp, 2004). Cinsel istismar, genital bölgelere el ile temas, röntgencilik, teşhircilik, pornografi kullanımından tecavüze kadar geniş bir yelpazedeki tüm davranışları kapsamaktadır (Akduman vd., 2005; Tell vd., 2006). Bir çocuğa kötü muamelede bulunulması (ihmal ve istismar kapsamında muamele edilmesi), bu tür kötü muameleye maruz kalan çocuklar için çocukluk döneminde gelişen kısa ve uzun dönemli psikolojik sorunlar açısından ergenlik döneminde etkileri daha belirginleşen önemli bir risk faktörü olarak kabul edilmektedir (Cohen, Mannarino, Murray ve Igelman, 2006). Literatürde çocukluk çağı istismarının, obstrüktif davranış, kişilik bozukluğu, depresyon, madde bağımlılığı, anti sosyal davranış bozukluğu gibi gelecekteki çeşitli zihinsel problemlerle ve düşük benlik saygısının oluşumu ile ilişkili olduğu sonucunu içeren çalışmalar bulunmaktadır (Brown ve Anderson, 1991; McCarthy ve Taylor, 1999).

Bireylerin gelişim sürecinde yaşadıkları istismar ve ihmal, benlik ve çevre algısını önemli ölçüde etkileyebilir. Kişinin kendini nasıl algıladığı benlik saygısı kavramıyla açıklanır. Benlik saygısı, sürekli kendini değerlendirme (Rosenberg, 1965) ve kişinin güçlü, değerli, önemli ve başarılı olduğuna dair kendine olan inancı (Coopersmith, 1981) olarak açıklanmaktadır. Coopersmith (1967) benlik saygısını, kişinin kendi benliğine ilişkin değerlendirmesi olarak tanımlamış ve bunu, kendi kendine yeterlilik, önem, başarı ve değerlere ilişkin inançlarının bir tezahürü ve kendini onaylama ya da onaylamama tutumu olarak açıklamıştır. Normal şartlar altında benlik saygısı istikrar gösterir ancak yaşamın farklı alanlarında cinsiyete, yaşa ve diğer özellikler ve yaşanmışlıklara göre farklılıklar gösterebilir.

Bağımlılık, uzun yıllardır birçok farklı perspektiflerden tanımlanmaya çalışılmış hem toplumsal hem de ruh sağlığı alanlarında tartışmalara sebep olan bir kavramdır (Goodman, 1991, s.1224). Bağımlılık, bazı toplumlar tarafından sosyal bir problem olarak tanımlansa da, yapılan araştırmalar bağımlılığın aynı zamanda tıbbi bir hastalık olarak da değerlendirilmesi gerektirdiğini göstermiştir. Bağımlı olan kişiler sosyal, fizyolojik ve psikolojik olumsuz etkilenmeler yaşarlar. Bu sebeple bu hastalığı yalnızca sosyal bir sorun veya tıbbi bir sorun olarak tanımlamak doğru değildir; bağımlılık bütüncül değerlendirilmesi gereken bir bozukluk olarak nitelendirilmelidir (Ögel vd., 1998, s.11).

Buna bağlı olarak birey farklı unsurlara bağlanma ve yaşadığı travmanın etkilerini bu unsurlar üzerinden azaltma veya unutma gibi eğilimlere yönelebilmektedir. Bu yönelimlerden birisi de madde kullanımı olup birey yaşadığı duygulanımı baskılamak adına madde ile hem mental hem de fiziki anlamda uyuşmak ve gerçeklikten kopma arayışı geliştirebilmektedir. Böylelikle bağımlılık süreci başlamış olmakta ve birey ilerleyen zamanda kontrol edemediği bir hastalık ile uğraşmak zorunda kalmaktadır.

Bireyin kendine karşı oluşturduğu duygusal algıyı ifade eden benlik saygısı, kişinin kendi benliğini değerlendirme yaklaşımı olup benliğini ne şekilde ifade ettiğini tanımlamaktadır. Bu noktada olumlu bir benlik saygısının yani benliğe karşı oluşturulan duygulanımın pozitif olmasının madde bağımlılığında koruyucu bir etki olacağı düşünülmektedir. Nitekim birey madde bağımlılığının sonuçlarını öngerebilmekle birlikte bu sonuçlara karşı kendi benliğini koruma çabasına yönelmesi halinde madde kullanımından uzaklaşmak isteyebilecektir.

1.1. Araştırmanın Amacı

Bu tez çalışmasının amacı, genç yetişkinlikte çocukluk çağı travmaları ve benlik saygısının madde bağımlılığına yönelimde etkilerinin olup olmadığının araştırılması olarak belirlenmiştir.

1.2. Araştırmanın Problemi ve Alt Problemleri

Araştırmada problemi, ailede çocukluk çağı travmaları ve benlik saygısının madde bağımlılığı ile ilişkisi var mıdır? Olarak belirlenmiş bu temel probleme bağlı olarak aşağıdaki alt problemleri geliştirilmiştir.

Alt Problemler

- Çocukluk Çağı travmaları madde bağımlılığına yönelimi artırmakta mıdır?
- Düşük benlik saygısı ile madde bağımlılığı arasında doğrusal ilişki bulunmakta mıdır?
- Yüksek benlik saygısı ile madde bağımlılığı arasında ters yönlü bir ilişki bulunmakta mıdır?
- Çocukluk çağı travmalarının madde bağımlılığına etkisinde yüksek benlik saygısı ters yönlü bir etki yaratmakta mıdır?
- Çocukluk çağı travmalarının madde bağımlılığına etkisinde düşük benlik saygısı doğrusal bir etki sağlamakta mıdır?

1.3. Araştırmanın Önemi

Bağımlılık, modern toplumlarda gün geçtikçe önemi artan bir sorun halini almaktadır. Literatür incelendiğinde, dünya genelinde madde bağımlılığının başlangıç yaşı düşmekte ve madde bağımlılığı sebepli klinik başvurularda artış gözlenmektedir. Toplumsal bir sorun olmasından ötürü bağımlılıkla mücadelenin önemi gün geçtikçe artmaktadır. Bu bağlamda kullanılan klinik tedavilerin yanı sıra psikolojik yaklaşımlar da son derece önem taşımaktadır. Diğer taraftan bağımlılığa yönlendiren sebeplerin tespit ve bunların giderilmesi suretiyle gerçekleştirilen tedavi yaklaşımlarının bağımlılıkla mücadelede etkisi gün geçtikçe kabul görmeye başlamıştır. Ailede yaşanan çocukluk çağı travmaları bağımlılık ilişkisi pek çok araştırmada tespit edilmiş ve bu travmalardan kaynaklı olarak madde bağımlılığına yönelimin bir kaçış yöntemi olduğu saptanmıştır. Öte yandan bu travmaların benlik üzerindeki olumsuz etkileri de yine bağımlılığa yönelik noktasında önemli etkenlerden birisini oluşturmaktadır. Bu itibarla bağımlılıkla mücadelede güçlü bir benlik yapısının klinik tedavilerle birlikte son derece önemli pozitif katkılar ürettiği, yüksek benlik saygısının çocukluk çağı travmalarının sebep olduğu madde bağımlılığı eğilimini düşürdüğü varsayımı bu araştırmanın temel

odağını oluşturmaktadır. Buna bağlı olarak çocukluk çağı travmaları kaynaklı bağımlılık eğiliminin ortadan kaldırılması veya zayıflatılmasında yüksek benlik saygısının etkilerinin saptanması suretiyle güçlendirilmiş benlik saygısının bir tedavi yöntemi olarak kullanılıp kullanılamayacağını ortaya koyması bu araştırmanın önemini ifade etmektedir. Böylelikle tedavi uygulamalarında benlik saygısının güçlendirilmesine yönelik yaklaşımlarla bağımlılığın tedavi edilebileceği düşünülmektedir. Bu sebeple, araştırma klinik alanda bir tedavi yöntemine işaret eder nitelikte olup bu itibarla da önem arz etmektedir. Ayrıca, alanda yapılan araştırmalar çocukluk çağı travmaları ile düşük benlik saygısı arasında da pozitif yönlü bir korelasyona işaret etmektedirler. Buna bağlı olarak da çocuklukta benlik saygısının geliştirilmesinin ergenlik ve yetişkinlik dönemleri için madde bağımlılığına yönelimi engelleyici bir yaklaşım olabileceği araştırmada açıkça kendini göstermektedir. Bu yönde yapılacak araştırmalara kaynak teşkil ederek bağımlılıkla mücadelede benlik saygısı gibi kişilik özelliklerinin araştırılmasına motivasyon sağlayarak yeni psikolojik yöntemlerin oluşumunu da teşvik edeceği için akademik alanda da bu araştırma önem arz etmektedir.

1.4. Araştırmanın Sınırlılıkları

1- Araştırma İstanbul ilinde yaşayan hastaneye yatış yapmış olan ve araştırmaya gönüllü olarak katılımı kabul eden madde bağımlılarından oluşan toplam 176 kişi ile (162 erkek, 14 Kadın) sınırlandırılmıştır.

2- Araştırmada elde edilen bulguların katılımcıların veri toplama araçlarına verdikleri yanıtların doğruluğu ile sınırlıdır.

3- Araştırma bulguları, ölçme araçlarının ölçüm nitelikleriyle sınırlıdır.

1.5. Sayıltılar

1. Örneklemin evreni temsil kabiliyeti olduğu varsayılmıştır.
2. Katılımcıların araştırmada kendilerine yöneltilen anket sorularını yansız ve doğru biçimde yanıtladıkları varsayılmıştır.

1.6. Tanımlar

Çocukluk Çağı Travması: Bireyin çocukluk döneminde ihmal, istismar temel başlıkları altında maruz kaldığı olaylar neticesinde yaşadığı travmatik duygu durumunu ifade etmektedir (Kim, Trickett ve Putnam, 2010)

Madde Bağımlılığı: Bireyin alkol, uyuşturucu ve türevleri olarak sayılan maddelere karşı kontrol edilemez bir kullanım arzusu ile yönelmesi ve bunun neticesinde mental ve fiziksel fonksiyonlarında kayba uğraması ve işlevsizleşmesi şeklindeki hastalık olarak tanımlanmaktadır (O'Brien, 2011, s.649)

Benlik Saygısı: Kişinin kendisinden hoşlanması, kendisini kabul etmesi, benliğini sevilmeye değer bulması anlamına gelmektedir (Taylor vd., 2005).

2. ARAŞTIRMANIN KURAMSAL VE KAVRAMSAL ÇERÇEVESİ

Bu bölümde araştırmanın kurumsal çerçevesine ilişkin literatür taramasında elde edilen bilgiler sunulmuştur.

2.1. Çocukluk Çağı Travmaları

Çocukluk çağı travmaları giderek önemli bir toplumsal sağlık sorunu olarak kabul edilmektedir. Duygusal, sosyal ve fiziksel gelişimi olumsuz etkiler. Aynı zamanda içsel ve kişilerarası zorluklarla da ilgilidir. İçsel problemler ve sorunlara odaklanan birçok çalışma, çocukluk çağı travmalarının bir kısım fiziksel ve psikolojik bozukluklarla (depresyon, intihar, anksiyete, TSSB vb.) ilişkili olduğunu göstermiştir (Goldbeck, 2011; Marx ve Sloan, 2002; Meyerson, Long, Miranda ve Marx, 2002; Scheier, Botvin ve Miller, 1999). Araştırmacılar kişilerarası problemlerin ve iletişim zorlukların çocukluk travması üzerinde etkileri olduğuna dair çalışmalar gerçekleştirmişlerdir. Bu araştırmalar, çocukluk travması yaşayan kişilerin daha düşük kaliteli ilişki, yakınlık bozukluğu, ebeveynlik tutumları, sosyal uyum güçlükleri, bağlanma sorunları ve aile içi çatışmalardan muzdarip olduğunu göstermişlerdir (Davis, Petretic-Jackson ve Ting, 2001; Kim, Trickett ve Putnam, 2010; Meyerson vd., 2002; Rumstein-McKean ve Hunsley, 2001). Bu klinik çalışmalar çocukluk çağı travmalarının genellikle aile işlevlerini etkilediğini de ortaya koymuşlardır. Bir kısım çalışmada ise, çocukluk çağı travmasının aile işleyişi üzerindeki etkileri incelenmiş, fiziksel istismara uğramış ergen kadınların, uğramamış olanlara göre aile ortamlarını daha çatışmalı ve daha az uyumlu algıladıklarını ve benzer şekilde cinsel istismara uğramış kadınların da aile ortamlarını istismara uğramamış olanlara göre daha çatışmalı ve daha az uyumlu olarak algıladıklarını ortaya koymuşlardır (Meyerson vd., 2002).

Netice itibariyle çocukluk çağı travmaları çocuğun bedensel ve ruhsal bütünlüğünü tehdit eden ve yaşamın ileriki dönemlerinde psikolojik, fizyolojik ve mental sorunlar olarak sonuçlar doğuran bir toplumsal durum olup çeşitli kaynaklardan ortaya çıkmakta, ihmal ve istismar biçimselliğinde sınıflandırılmaktadırlar.

2.1.1. Çocukluk Çağı Travmalarının Kaynakları ve Türleri

Çocukların %65'inin bir tür travma yaşadığı ve bunların yarısının yetişkinlikten önce birden fazla travmatik döneme veya olaya maruz kaldıkları tahmin edilmektedir. Ancak

tüm travmatik deneyimlerin yaşam boyu yaygın etkileri olmayıp (Copeland, Keeler, Angold ve Costello, 2007) aynı zamanda olumlu stres tepkileri, gelişimin önemli bir parçası da olabilmektedirler (Gunnar ve Quevedo, 2007). Örneğin, okulun ilk günü veya rutin bir doktor ziyareti gibi yaygın durumlar, kalp atış hızında geçici bir artışa ve orta düzeyde stres hormonu yükselmelerine neden olabilir, ancak genellikle yaşam boyu olumsuz sağlık sonuçları üretmez (Sapolsky, Romero ve Munck, 2000). İkincil travmaya veya tıbbi prosedürler gibi ciddi yaralanmalar, sevilen birinin kaybı ve daha ciddi olarak, suç mağduriyeti ve doğal afetler gibi olaylara verilen stres tepkileri, hassas ve duyarlı ebeveynler tarafından tamponlanırsa genellikle tolere edilebilir stres seviyeleri üretirler. Bununla birlikte, karmaşık travmanın bir bileşeni olan "toksik stres", bir çocuğun iyiliği üzerinde yaşamı boyunca devam eden en olumsuz ve önemli etkilere doğuran kavram olarak literatürde yer almaktadır (Cook, Blaustein, Spinazzola ve van der Kolk, 2003).

İkincil travma, bir başkasının yaşadığı travma hakkında ya onun hakkında konuşulduğunu duyarak ya da sonrasına tanık olarak ikinci elden bilgi anlamına gelir. Önemli bir ikincil travma kaynağı, televizyon ve internet olup bu mecralarda görülen olaylar yoluyla maruz kalma söz konusu olmaktadır (Villani, 2001). İkincil travmaya maruz kalan çocuklar, daha yaygın olan doğrudan travmaya maruz kalan çocuklarla aynı semptomları gösterebilirler. Bu semptomlar; konsantre olma sorunu, korkulu dünya görüşü, uyku sorunları, gerileme ve geri çekilme şeklinde tanımlanmaktadırlar ve çoğunlukla kısa sürelidirler. İkincil travma, çocuğun doğrudan dahil olmadığı, ancak dolaylı olarak maruz kaldığı, okul olayları, doğal afetler ve terörizm gibi travmatik olaylarda da rol ortaya çıkabilmektedir (Galea, Nandi ve Vlahov, 2005; Pine, Costello ve Masten, 2005).

Bir çocuğun ikincil travmaya tepkisi büyük ölçüde koruyucu faktörlere bağlıdır (Masten ve Narayan, 2012). Genellikle hassas ve duyarlı ebeveynlerin desteğiyle çocuklar birkaç hafta içinde bu travmanın etkilerini atlatabilmektedirler (National Scientific Council on the Developing Child, 2014). Medyada yer alan olaylar, küçük çocuklar tarafından tekrarlanan görüntülerin farklı olaylardan değil aynı olaydan olduğu şeklinde algılanabildiği gibi farklılık durumunu çoğu zaman idrak edemeye bilmektedirler (Villani, 2001). Küçük çocukların medyanın yayınladığı trajik olaylara maruz

kalmasından kaçınma çabası, bu türden travmaların yaşanmamasında önlem olarak büyük önem taşımaktadır (Peek, 2008).

Ancak okul çağındaki çocukların bu tür olayları ev dışında duymaları muhtemeldir. Daha büyük çocuklar için, ebeveynler, çocuklarının potansiyel maruziyetin farkında olmaları yönünden teşvik edilebilirler. Böylelikle farkındalık oluşturmak suretiyle travmanın oluşumunda etkilerini daha aza indirgeyebilmek mümkün olacaktır. Bunun yanı sıra zaten bildikleri hakkında bilgi almak, yanlış anlamaları veya yanlış bilgileri düzeltmek, onlarla televizyonda olayları izlemek, sorularını cevaplamak, olayla ilgili duygularını sorgulamak, onlara göstermek birbirlerine yardım eden ve kendi güvenlikleri konusunda güven veren insanların olumlu imajların farkındalıklarını sağlamak gibi yaklaşımlar da travmanın etkilerinden koruyucu önlemler olarak sayılmaktadır (Masten ve Narayan, 2012; Peek, 2008). Çocuklar genellikle kendi tepkilerini etraflarından gelen tepkilere göre formüle ederler; bu nedenle ebeveynler sağlıklı baş etme mekanizmalarını modellemelidir (Pine, Costello ve Masten, 2005). Çocuğun olaya tepkisi birkaç hafta içinde azalmaması halinde ise profesyonel yardım alması düşünülmelidir.

Travmatik olaylar, çocuğun doğrudan deneyimlerini içerdiklerinden, bu yönleri itibariyle ikincil maruziyetten ayrılmaktadırlar. Ayrıca karmaşık travma ile aynı semptomların çoğunu üretebilirler; ancak ikincil travma tepkileri gibi genellikle geçicidirler (Pine, Costello ve Masten, 2005). Hastalık veya yaralanma, sevilen birinin ölümü, suç mağduru olma ve doğal afetlerle ilgili travmanın ani belirtileri arasında kaygı, konsantrasyon güçlüğü, uyku sorunu, geri çekilme, patlamalar, artan duyusal duyarlılık, gerileme, riskli davranışlar, baş ağrısı ve karın ağrısı gibi hastalıklar yer alır ve çaresizlik, saldırganlık, yapışkanlık ve düşük akademik performans gibi olayların da kaynağını oluşturabilmektedirler (Pfefferbaum vd., 2003).

Yine ikincil travmada olduğu gibi, travmatik olayların etkileri koruyucu faktörler aracılığıyla hafifletilebilir. Ebeveynler çocukları olay hakkında konuşmaya, duygularını paylaşmaya teşvik etmeli ve sorularını yanıtlamalıdırlar. Bakım verenler ayrıca içselleştirilmiş korku ve endişelerin belirtilerini de aramalıdırlar. Tutarlı bir ortam sağlamak ve çocukları normal aktivitelere katılmaya teşvik etmek, dayanıklılıklarını güçlendirmeye yardımcı olacaktır (Masten ve Narayan, 2012).

Hastalık ve yaralanma gibi olaylar da bir diğer travma kaynağını oluşturmaktadırlar. Çocuklar ağrı, yaralanma, hastalık ve tıbbi işlemlerle ilgili psikolojik ve fizyolojik travma yaşayabilirler. Tıbbi travma, hastalığın veya yaralanmanın gerçek ciddiyetinden çok, çocuğun deneyimi algılamasıyla ilgilidir (Kazak vd., 2006). Çocukluk çağı hastalıkları ve yaralanmaları yoğunlukla karşılaşılan travma kaynaklarındandır (Borse vd., 2008). Çocuklara her yıl 1.000'den fazla organ nakli ameliyatı gerçekleştirilmekte ve yıllık ortalama 2000 çocuk nakil beklemektedir. (Fuhrmann, 2010). Bu durumlar, çocukların hastalık nedeniyle oluşan travmaya maruz kalmalarının kaynaklarını oluşturmaktadır.

Çoğu çocuk bir hastalık ya da yaralanma sırasında dirençli ve uyumlu olmasına rağmen, bazıları artan uyarılma, olayı yeniden deneyimleme ve olayla herhangi bir ilişki kurmaktan kaçınma yaşayabilir (Saxe, Vanderbilt ve Zuckerman, 2013). Bu tepkiler genellikle dünyanın artık güvenli bir yer olmadığı, daha savunmasız ve çaresiz olduklarına dair öznel inançtan ve tıbbi prosedürler, sonuçlar ve bunların genel güvenliği hakkında belirsizlik ve korku duygularından doğar (Kassam-Adams ve Winston, 2004; Saxe, Vanderbilt ve Zuckerman, 2013). Çocuklar, bir hastane ortamının görüntüsüne ve seslerine aşina olmadıkları veya onlardan korktukları için tıbbi travmaya karşı daha savunmasızdırlar ve hastalıklarının veya yaralanmalarının ciddiyetini uzlaştıramamaktadırlar (örneğin kırık bir bacak yaşamı tehdit edici olarak algılanabilir). Ayrıca tıbbi bakım sırasında ebeveynlerinden ayrılırlar ve kendilerini savunmasız hissetmelerine sebep olan sosyal destekten de (örneğin akranlarından) izole edilirler (Rennick vd., 2002). Bu durumların hepsi hastalık veya yaralanmak kaynaklı travmanın etkenleri olarak sayılmaktadır.

Bir diğer travma kaynağı olarak da sevilen birinin ölümü gösterilmektedir. Sevilen birinin ölümünü deneyimleyen çocuklar üç temel zorlukla karşı karşıya kalırlar. Bunlar, ölüme neden olan olayı uzlaştırmak, ölümün nihailiğini anlamak ve kayıpla başa çıkmak şeklinde ifade edilmektedir (Perry ve Rubenstein, 1999). Çoğu çocuk kayıptan kurtulabilir, ancak ebeveynler için endişe verici veya kafa karıştırıcı olan yas tepkileri gösterebilir (Cohen, Mannarino ve Deblinger, 2006). Çocuklarda sevilen birinin sesini duymak ya da onu görmeyi çok istemek gibi anormal duyusal epizodlar yaşamak nadir değildir (Perry ve Rubenstein, 1999). Çocuklar, kişinin konusu veya hatırlatıcılarından ve nasıl öldüklerinden tamamen kaçınmaya çalışabilirler; içine kapanık görünebilirler

veya hiçbir şey olmamış gibi davranabilirler. Tersine, aynı soruları bir kereden fazla sorarak, ölümle ilgili resimler çizerek veya tamamen yabancılarla konuşarak kaybı tekrar tekrar yaşayabilirler (Cohen, Mannarino ve Knudsen, 2004). Kâbuslar ve ölümle ilgili tekrarlayan ve rahatsız edici düşünceler yoluyla araya giren anılar yaşayabilirler (Perry ve Rubenstein, 1999). Bunların hepsi, çocukların kullanabileceği yaygın başa çıkma mekanizmalarıdır (Cohen, Mannarino ve Knudsen, 2004). Genel olarak, zaman geçtikçe ve çocuklar kaybı daha fazla anlamlandırdıkça, yas tepkileri sonunda azalacaktır (Cohen, Mannarino ve Deblinger, 2006).

Bununla birlikte, çocuklar normal yaşam seyirlerine geri dönemediklerinde yani travma etkisinden kurtulamadıklarında, travma kaynaklı tepkileri yükselmekte veya travmatik yas yaşayabilmektedirler (Cohen, Mannarino, Greenberg, Padlo ve Shipley, 2002). Travmatik yas kazalar, intiharlar ve cinayetler gibi beklenmedik ölüm vakalarında, özellikle de ölüm bir bakıcıya aitse daha yaygın biçimde ortaya çıkmakta ve çocuğun başa çıkmada destek alamaması veya bu travmayı aşamaması halinde süreç çoğu zaman travma sonrası stres bozukluğuna (TSSB) kadar uzanan bir hikâyeye dönüşebilmektedir (Cohen, Mannarino ve Knudsen, 2004). Travmatik kedere özgü semptomlar kalıcıdır ve uyku güçlükleri, öfke patlamaları, konsantre olma sorunu, aşırı uyanıklık, düşük okul performansı, geri çekilme, gerileme, yorgunluk, karın ağrıları ve baş ağrılarını içerir (Jacobs, Mazure ve Prigerson, 2000). Bu semptomlar profesyonel tedavi ile büyük ölçüde aşılabilir (Cohen, Mannarino ve Knudsen, 2004).

Çocuğun suça maruz kalması ve mağdur olması da önemli olan bir diğer travma kaynağını oluşturmaktadır. Bir çocuğun bir suçun mağduru olmaya tepkisi büyük ölçüde suçun türüne bağlıdır. Şiddet içeren suçlar daha güçlü bir tepki ortaya çıkarır ve genellikle karmaşık travmalarla ilişkilendirilir (Luthra vd., 2009). Ancak çocuklar, kişisel soygun (gasp vb.), akran saldırısı, aile mülkiyetine zarar verecek türden doğal veya insan kaynaklı mağduriyet kaynaklarından da travmatize olabilirler (Young, 2001).

Suç mağduriyetini diğer travmatik olaylardan ayıran şey, ceza adalet sistemi aracılığıyla yeniden mağdur edilme tehdididir. Travma anıları, genellikle terör ve korkuyu ortaya çıkaran motor-duyusal-viseral-somatik duyumlardan oluşan parçalanmış bir yapı sergilemektedir. Zamanla çocuklar deneyimlerini zihinsel olarak uzlaştırabilir, anlamlandırabilir, bağlama oturtabilir ve deneyimlerini daha iyi sözel olarak ifade

edebilir. Ancak ceza adaleti sistemiyle etkileşimler genellikle iyileşme için zaman tanımaz. Çocuk mağdur/tanıklar, saldırgan taktiklerin ve yaşa uygun olmayan dilin kullanılmasının muhtemel olduğu durumlara derhal itilirler (Crenshaw, Stella, O'Neill-Stephens ve Walsen, 2016). Çocuk psikiyatristi Judith Herman (2003), "*Gerçekten de eğer biri kasıtlı olarak travma sonrası stres bozukluğu semptomlarını kışkırtmak için bir sistem tasarlamaya başlarsa, bu bir mahkemeye çok benzeyebilir*" şeklindeki ifadesiyle bu konuda bilgili ve ihtimam gösteren adalet sistemlerinin önemini vurgulamaktadır.

Doğal afetler yetişkinler için olduğu gibi çocuklar için de önemli travma kaynaklarındandır. Çocukların doğal afetlere tepkileri, kısmen ebeveynlerinin tepkilerine, felaketin ne kadar yıkıcı veya korkutucu olduğuna ve ailenin ne kadar çabuk iyileşebildiğine veya normal rutinlere dönebildiğine bağlıdır (Green vd., 1991; Shannon, Lonigan, Finch, Jr., ve Taylor, 1994). Bir doğal afet sonrası çocuklarda travma semptomlarının en iyi yordayıcısı, özellikle annelerinin tepkisidir. Bu ilişki, bir annenin travmaya verdiği tepkinin çoğu zaman ebeveynlik tarzını değiştirmesi ve aniden aşırı korumacı hale gelmesi nedeniyle oluşur. Çocuklar, bu aşırı korumacılığı, genellikle doğal bir felaketten sonra ortaya çıkan, kendi artan savunmasızlık duygusuyla çocuğun teskininde zorlanan ebeveynin savunmasızlığı olarak yorumlayabilmektedirler (McFarlane, 1987).

Çoğu travmatik olayda olduğu gibi, çocuklar gerileme, olaydan kaçınma veya olayı yeniden yaşama, hipervijilans, konsantrasyon azalması, uyku sorunları ve öfke patlamaları gibi belirtiler göstereceklerdir. Ancak çoğu çocuk, destekleyici bir ortamda iyileşir (Lonigan, Shannon, Finch, Jr., Daugherty ve Taylor, 1991). Ebeveynler, medyaya maruz kalmayı sınırlayarak, yetişkin konuşmalarını izleyerek, mümkün olan en kısa sürede normal aktivitelere geri dönerek, güven verici ve umutlu davranarak, ev kurallarını ve beklentilerini koruyarak ve travmatik olaylardan sonra ayrılık kaygısının yaygın olduğunun farkında olarak dayanıklılığı besleyebilirler (Pfefferbaum, Shaw, ve American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Quality Issues, 2013).

Çocukluk çağı travmaları bireyin çocukluk döneminde maruz kaldığı ve yaşamı boyunca etkileri muhtemel olan durumlar olarak genellenebildiği gibi bunlar istismar ve ihmal ayrımında ele alınmaktadır.

2.1.1.1. Fiziksel İstismar

Araştırmalar, sosyoekonomik düzeyi düşük ailelerin daha yüksek istismar oranlarına sahip olduğunu göstermiştir (Bradley ve Corwyn, 2002). Erken çocukluk döneminde bakıcıya bağlanma, bireylerin gelişim sürecinde hayati bir rol oynamakla birlikte sağlıklı bağlanma çocuğun temel güvenlik, sevgi ve ait olma ihtiyaçlarını karşılayan en önemli unsurların başında gelmektedir. Çocukların nasıl güveneceklerini, başkalarıyla etkileşime girmeyi, duygularını düzenlemeyi, benlik saygısı oluşturmayı ve bir dünya görüşü geliştirmeyi öğrenmeleri ebeveynlerle kurdukları bağlarla şekillenmektedir (Ainsworth, 1979). Birincil bakım verenlerce istismara veya ihmale maruz bırakılan çocuklar sağlıklı bağlar kurmakta zorlanırlar (Fergusson ve Lynskey, 1997). Birincil bakım verenlerle sağlıklı bağlanma geliştirmeyen çocuklar genellikle duygusal dengeyi korumada, güven geliştirmede, başkalarıyla bağlantı kurmada, ilişkiler geliştirmede ve stres, hayal kırıklığı veya cesaretsizlikten kurtulmada zorluklar yaşarlar (Fergusson ve Lynskey, 1997; George, 1996). Bu etkiler ömürleri boyunca devam edebilir (George, 1996; Styron ve Janoff-Bulman, 1997).

Fiziksel istismar, bir bakıcı ya da çocuğun korunması için bağımlı olduğu biri tarafından kasıtlı ya da ihmal sonucu oluşan fiziksel bir eylem ya da teşebbüs edilen fiziksel eylem olarak tanımlanır ve bu da acı ya da yaralanmaya neden olur (Gross ve Keller, 1992). Fiziksel istismarın belirtileri arasında makul açıklamalara imkân olmayan sık yaralanmalar, bakıcı ve çocuk arasındaki çelişkili çatışmalar, okulda alışkanlık haline gelmiş yüksek devamsızlık oranları ve yürüme veya hareket etmede zorluk (ağrı nedeniyle) bulunur (Dubowitz ve Bennett, 2007). Bebeklik döneminde fiziksel istismar, bebeğin belirli bölümlerinde veya beyinde malformasyona ve işlev bozukluğuna neden olabilir (Dallam, 2001; Perry, 2001). Bu durum, uyku bozuklukları, hiperaktivite, davranış bozuklukları ve travma sonrası stres bozukluğuna ek olarak dil gelişimi, biliş (hafıza, dikkat ve öğrenme) ve sosyo-duygusal gelişimde gecikmelere yol açabilir (Perry, 2001). Çocukluk çağı istismarı ayrıca akciğer hastalığı, kalp hastalığı, yüksek kolesterol, karaciğer hastalığı, obezite ve yüksek tansiyon gibi yaşam boyu süren birçok kronik sağlık sorunuyla sonuçlanabilir (Danese vd., 2009; Felitti vd., 1998; Gilbert vd., 2015). Yapılan bir çalışmada, çocukluk döneminde istismara uğramış genç yetişkinlerin %80'inin en az bir ruhsal bozukluk için tanı kriterlerini bulundurduğunu ortaya koymuş; daha spesifik olarak, depresif bozukluklar, yeme bozuklukları ve anksiyete bozuklukları

şeklinde sonuçların ortaya çıktığı vurgulanmıştır (Silverman, Reinherz ve Giaconia, 1996).

Fiziksel istismara maruz kalan çocukların orta yetişkinlik döneminde yasa dışı uyuşturucu madde kullanma olasılıkları 1,5 kat daha fazladır (Widom, Marmorstein ve White, 2006). İstismara uğrayan çocukların genç yaşta hamilelik, suçluluk ve akademik başarısızlık yaşama olasılıkları %25 daha fazla olup (Kelley, Thornberry ve Smith, 1997), İstismara uğramış bir çocuğun çocukken tutuklanma olasılığı, istismara uğramamış çocuklara göre %59 daha fazla olduğu bildirilmiştir. Ayrıca, çocukluk çağı istismarı yetişkinlikte suç işleme olasılığını %28 ve şiddet içeren suç işleme olasılığını %30 artırmaktadır (Wisdom ve Maxfield, 2001).

2.1.2.2. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, bakıcı veya güvenilen kişinin kurbanını sürekli olarak eleştirmesi, reddetmesi, küçümsemesi, hükmetmesi ve görmezden gelmesi durumunda ortaya çıkar (Garbarino ve Garbarino, 1994). Duygusal istismarın bazı örnekleri, sevgi ve teselliyi esirgemek, aşırı bedensel ceza tehdidi, çocuktan hoşlanmadığını veya nefret ettiğini dile getirmek, çocuğu tanımlamak için küçük düşürücü veya olumsuz terimler kullanmak, makul olmayan talepler ve beklentiler, sürekli haksız suçlama ve toplum içinde aşağılanmadır (Kent ve Wallar, 1998; Sanders ve Becker-Lausen, 1995).

Davranışsal duygusal istismarın görünümleri arasında saldırganlık veya aşırı boyun eğme, düşük benlik saygısı, antisosyal davranış, geri çekilme, mesane ve kese (idrar kaçırma) kontrolünün kaybı, olaylardan (örneğin eve gitmek gibi) veya nesnelerden makul olmayan korkular, düz duygulanım, olgunlaşmamış veya aşırı olgun davranış, dikkat yer aldığı gibi sevgi arama, işbirliği yapmama, otoriteye güvensizlik ve akranlarla bağlantı sorunları da diğer görünümler olarak ortaya çıkmaktadır (Garbarino ve Garbarino, 1994; Sanders ve Becker-Lausen, 1995).

Duygusal istismar ve fiziksel istismar nadiren ayrı ayrı ortaya çıktığı gibi genellikle birlikte ortaya çıkan kalıplardır (Korfmacher, 1998). Çocuklar genellikle daha iyi olacağına dair bir beklentiye sahip olmazlar ve bazen cezalandırılma korkusu, evden uzaklaştırılma korkusu, suçluluk ve utanç ya da bunun normal veya hak olduğuna inandıkları için istismarı kabul etmek zorunda kalırlar veya bildirmekten korkarlar

(Ney, Fung ve Wickett, 1994; Palmer, Brown, Rae-Grant ve Loughlin, 1999). Bununla birlikte, çocuklarla çalışan profesyoneller, bunun genel bir yaygınlık olmadığı şeklinde bir yaklaşım sergilemeleri gerekir. Duygusal istismar, kronik tabiatı itibariyle, duygu durum düzenleme gibi bazı işlevlerin etkilenmesinde diğer istismar oranlarına nazaran daha yüksek etkiye sahip olabilmektedir (Burns, Jackson ve Harding, 2010). Duygusal istismarın neden olduğu sonuçlardan genel olan bazıları aşağıdaki şekliyle özetlenmektedir:

(**1) Bilişsel ve Eğitimsel Sonuçlar**: Araştırmalar, duygusal kötü muamelenin bilişsel ve okul performansı üzerindeki zararlı etkilerini açıkça göstermiştir. Temel becerilerin kazanılmasında zorluklar, özellikle okuma, dil ve matematikteki eksiklikler sıklıkla gözlenmektedir (Doyle 2001). Öğretmenler ayrıca psikolojik kötü muamele geçmişi olan çocukların genellikle okul ortamının taleplerine uyum sağlamakta ve bilişsel beceriler gerektiren görevlere katılmakta zorlandıklarını bildirmektedir (Kurtz, 1993).

(2) Sosyal ve Davranışsal Sonuçlar: Duygusal kötü muamelenin, bireyin duygusal zorlukları yönetme, stresli durumlarla başa çıkma ve problem çözme becerilerini geliştirme becerisi üzerinde ciddi olumsuz etkileri olabilir (Sheilds, 1994). İstismar anında hemen belli olmasa da, bu zorluklar özellikle gençlik yıllarında gelişim boyunca daha belirgin hale gelebilir. Duygusal istismara maruz kalan çocuklar, aşırı uyumlu, aşırı uyumlu veya aşırı talepkâr olarak tanımlanabilecek davranışlarda bulunmak gibi aşırılık içeren davranışlar sergileyebilirler.

(3) Fiziksel ve Tıbbi Sonuçları: Duygusal kötü muamelede normalde fiziksel temas gerçekleşmese de, çocuğun gelişimini olumsuz yönde etkileyen birkaç önemli fiziksel ve tıbbi sonuç olabilir. Duygusal istismar mağduru çocukların boyları daha küçük, yaşıtlarından daha az ağırlığa sahip ve genellikle beklenen gelişimsel dönüm noktalarını karşılamadıkları görülmektedir (Iwaniec 2004). Ayrıca hiperaktivite, uyku bozukluğu, anksiyete, öğrenme ve hafıza sorunları ile bağlantılı duygusal istismarın önemli bir nörolojik bileşeni var gibi görünmektedir (Dallam, 2001; Glaser ve McMillian, 2009; Perry, 2001).

(4) Kişilerarası İletişim ve Zihinsel Sağlık Zorlukları: Çeşitli araştırmalar, çocuklukta duygusal istismar öyküsünün, özellikle düşük ruh hali, umutsuzluk ve düşük

benlik saygısı olmak üzere zihinsel sağlık sorunlarının güçlü bir yordayıcısı olduğunu bildirmiştir (Brown, 1999).

Bu nedenle duygusal istismarın genel etkisi ve sonuçları, birey kadar toplum üzerinde de yıkıcı ve olumsuz bir etkiye sahiptir (Evans ve Williams, 2014). Bu nedenle, tedavi ve müdahale, bir kez istismar gerçekleştikten sonra çocuğa verilen zararı tamamen onaramaz (Seuss, 2010). Bu nedenle nihayetinde önleme tek çözümdür. Ancak, duygusal istismarın sonuçlarını ele almak için mevcut kaynakların yetersizliğine rağmen, önleyici tedbirlerin önemi giderek daha fazla fark edilmektedir (Meisel ve Shonkoff, 1992).

2.1.2.3. Cinsel İstismar

Cinsel istismar, çocuk ile yetişkin (veya daha büyük çocuk) arasındaki, failin cinsel uyarım amaçlı olarak eyleme dönüştürdüğü bir dizi cinsel davranışı içerir. En yaygın biçimleri oral, anal veya vajinal ilişki ve cinsel okşama, dokunma veya öpüşme şeklinde ortaya çıkabilmektedir. Bununla birlikte, cinsel istismar, bir çocuğu pornografik materyalleri izlemeye veya bakmaya zorlama, röntgencilik veya teşhircilik gibi cinsel sömürüyü (fuhuş, pornografi vb.) de içerebilir. İstismarcılar, kurbanlarını, kendilerini özel hissettirmeye yönelik etkinlikler veya hediyelerle manipüle ederek baskılayabilmekte ve bu eylemlerini bu yolla devam ettirebilmektedirler. Fiil meydana geldikten sonra fail, çocuğu susturmak için tehdit veya aldatma gibi yaklaşımlara başvurabilmektedir (Craven, Brown ve Gilchrist, 2006).

Cinsel istismara uğrayan çocuklar uyumakta güçlük çekebilir, depresyon, kabuslar, anksiyete, gelişimsel gerileme (parmak emme, yatak ıslatma vb.), zayıf eğitim performansı, zayıf kişisel hijyen yaşayabilir ve cinsel sözcükler kullanabilir, cinsel bilgi sahibi olabilir veya yaşlarına göre uygunsuz cinsel oyun aktivitelerine katılabilirler. (Caldwell, Hodson, Craig ve Edgar, 2005; Mansell, Sobsey ve Moskal, 1998). Cinsel istismara uğrayan erkek çocukların öfke patlamaları, başkalarına gaddarlık, kaçma, ayrılma ve davranış bozuklukları gibi dışsallaştırılmış davranışlar sergilemeleri daha olasıdır. Cinsel istismara uğrayan kızların içine kapanma ve depresyona girme olasılıkları daha yüksektir. Daha büyük çocuklar kendine zarar verme ve intihar girişiminde bulunabilirler (Dube vd., 2005).

Her beş kızdan birinin ve her 20 erkekten birinin 18 yaşından önce cinsel istismara uğramış olma ihtimali üzerinde durulmaktadır (Finkelhor, 2008). 7-13 yaş arasındaki çocuklar en savunmasız dönemde olmaları itibariyle mağduriyet ihtimalleri daha yüksek olmaktadır (Finkelhor, 2008). Cinsel istismara uğrayan dört çocuktan üçü genellikle tanıdıkları biri tarafından mağdur edilmektedir (Kilpatrick, Saunders ve Smith, 2003). Ancak cinsel istismarcıların sadece %30'u aile üyeleridir (Snyder, 2000). Faillerin çoğu (yaklaşık %60) akraba olmayan tanıdıklardır (aile arkadaşları, komşular ve bebek bakıcıları vb.) (Snyder, 2000).

Bir aile üyesi tarafından çocuklukta cinsel istismara uğrayan kadınların %63'ü bu mağduriyetlerinin 14 yaşından sonra tecavüze uğramak şeklinde olduğunu bildirmişlerdir (Lalor ve McElvaney, 2010). Çocukken cinsel istismara maruz bırakılan ergen ve genç kadınların mağdur olmayanlara kıyasla 15 yaşına kadar cinsel ilişkiye girme olasılıkları iki kat, gençken hamile kalma olasılıkları üç kat, doğum kontrolünü kullanmama olasılığı iki kat ve daha fazla olabilmekte, birden fazla cinsel partneri olması muhtemeldir (Stock, Bell, Boyer ve Connell, 1997). Erken çocuklukta cinsel istismara uğrayan ergen ve genç erkeklerin, istismar öyküsü olmayanlara kıyasla üç kat daha fazla rastgele cinsel ilişkiye girme, iki kat daha fazla korunmasız cinsel ilişkiye girme ve beş kat daha fazla genç yaşta hamileliğe neden olma olasılığı söz konusudur (Wang, Saewyc ve Kishor, 2012). Sadece bir ebeveyni ile yaşayan veya olumsuz şekilde işlevsiz ev ortamlarında yaşamak zorunda kalan çocuklar, cinsel mağduriyet açısından daha yüksek risk altındadır (Finkelhor vd., 2009). Fiziksel ve duygusal istismarda olduğu gibi, cinsel istismarın çocuk mağdurları bunu bildirmekten korkabilirler (Palmer, Brown, Rae-Grant, ve Loughlin, 1999).

2.1.2.4. İhmal

İhmalin tanımlanmasında literatürde bir fikir birliği oluşmadığı görülmektedir. Bazı kaynaklar gözle görülen zararın varlığını temel kriter olarak alırken bazıları da niyetin kriter olarak alınması gerektiğini savunmaktadırlar. Bir diğer görüşe göre ise çocuğun şikâyetçi olup olmadığına bakılmaksızın, uzun süreli olarak gözetimsiz olarak yalnız bırakılmasının ihmal olarak değerlendirmesi gerektiği savunulmaktadır (Tyler, Allison ve Winsler, 2006).

İhmal, bakıcının çocuğun yaşına uygun bakımı tekrar tekrar yapmaması durumunda ortaya çıkar (Dubowitz, 2016). Yaygın ihmal biçimleri fiziksel ihmal, tıbbi ihmal, duygusal ihmal, eğitim ihmali, çevresel ihmal, yetersiz denetim ve uyuşturucu bağımlısı veya uyuşturucuya maruz kalan yeni doğanlar olarak sayılabilmektedir. Fiziksel ihmal, beslenme ihmalini, giyim ihmalini ve terk etmeyi içeren davranışlar şeklinde görülebilmektedir (Gaudin, 1995; Harrington, Zuravin, DePanfilis, Ting ve Dubowitz, 2002). Diğer fiziksel ihmal türleri, çocuğun güvenliği ve esenliği için dikkatsizce yapılan ihmaller, örneğin çocuk arabadayken dikkatsiz sürüş (sarhoş sürüş dahil), yaşına uygun araç güvenlik sistemi sağlamama, çocuğu arabada gözetimsiz bırakma ve yeterli güvenlik sağlamamadır (Gaudin, 1995). Sayılan bu ikincil düzey ihmal biçimleri ebeveynlerin çocuğun güvenliği ve can emniyeti bakımından dikkatsiz davranan kimseler görünümü sergilediği gibi bu kimselerin birincil tür ihmallere maruz bırakma ihtimallerinin daha yüksek olabileceği de göz ardı edilmemelidir.

Tıbbi ihmal, bir çocuğa ihtiyaç duyduğu ilaçları vermemek, önleyici diş hekimliği veya tıbbi bakım sağlamamak, hasta veya yaralı bir çocuğa bakmamak ve zihinsel sağlık hizmeti vermemek gibi bir çocuğun sağlık ihtiyaçlarını reddetmeyi veya geciktirmeyi içerir (Frank, Drotar, Cook, Bleiker ve Kasper, 2001). Duygusal ihmal, bakım verenlerin yeterli ilgiyi göstermemesi ve çocuğun sosyal etkileşimlerini beslememesi veya reddetmesi durumunda ortaya çıkar (Erickson ve Egeland, 2002).

Duygusal ihmalin fiziksel ihmalden daha olumsuz ve daha uzun süreli etkileri olduğu düşünülmektedir (Goldman, Salus, Wolcott ve Kennedy, 2003). Eğitsel ihmal, çocuğa eğitim sürecinde destek olmamayı, okul ve öğretmenleri nezdinde gerekli takipleri yapmamayı ve eğitime ilişkin yetişkin yönlendirmesinden, desteğinden ve kontrolünden yoksun bırakmayı ifade etmektedir (Mennen, Kim, Sang ve Tricketta, 2010).

Çevresel ihmal, yasa dışı ve yasal uyuşturucular, zehirler, silahlar, sağlıklı çevre şartları, temiz ve hijyenik olmayan yaşam ortamı, sağlıksız yiyecekler ve çocuğun ihtiyaç duyduğu temel hizmetlerin sağlanamadığı temiz olmayan ev koşullarını kapsayan durumları ifade etmektedir (Dubowitz, 2016; Dubowitz, Pitts ve Black, 2004). Yetersiz gözetim, küçük bir çocuğu evde yalnız veya bakıma muhtaç küçük kardeşleriyle birlikte bırakmak, çocuğun tehlikeli veya yasa dışı faaliyetlerde bulunmasına izin vermek, çocuğu uygun olmayan bir bakıcıyla bırakmak ve yaşına bağlı olarak çocuğu içeride ve

dışarıda gerektiği gibi gözetmemeyi kapsamaktadır. (Dubowitz, 2016; Zuravin, 2001). Son olarak, doğum öncesi dönemde uyuşturucu ve alkole maruz kalan çocuklar fiziksel, zihinsel ve gelişimsel engeller açısından daha yüksek risk altındadır. Bu türden maruziyetlere yol açacak davranışlarda bulunmak da ihmal kapsamında değerlendirilmektedir. Doğum öncesi uyuşturucu ve alkole maruz kalma, bir çocuğun istismar veya ihmal edilme riskini %20 oranında artırabilmektedir (Chasnof ve Lowder, 1999).

İhmalin bir ömür boyu sürebilecek olumsuz gelişimsel etkileri olduğu bulunmuştur: sağlık, fiziksel, entelektüel, bilişsel, duygusal, psikolojik, sosyal ve davranışsal gecikmeler gözlemlenmiştir. Çocuk ihmalinin göstergeleri yetersiz beslenmeyle birlikte (karın şişkinliği veya alışılmadık derecede zayıflık), sık sık evde yalnız bırakıldıklarından veya küçük kardeşlerine baktıklarından, kirli veya uygun olmayan giysilerden, hava koşullarına uygun olmayan şekilde giyindiğinden, tedavi edilmemiş hastalıklardan, yaralanmalardan veya diş sorunları olduğundan, kötü hijyen ve sıklıkla yorgun görünür. Bir çocuğa bakamayan bir bakıcının münferit vakalarının mutlaka ihmal edilmeyeceğine dikkat etmek önemlidir (DePanfilis, 2006). İhmali değerlendirirken yoksulluk ve sosyal izolasyon gibi sosyoekolojik faktörleri de dikkate almak önemlidir. Bu durumlarda, sosyal destek genellikle sorunu hafifletebilir (Dubowitz, Black, Starr ve Zuravin, 1993; Erickson ve Egeland, 2002).

2.1.3. Çocukluk Çağı Travmalarının Psikopatoloji ve Psikolojik Sağlık ile İlişkisi

Amerika'da çocukluk çağı travmalarının etkileri ve sonuçlarına ilişkin olarak ABD Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (Centers for Disease Control and Prevention) tarafından yapılan çalışmalarda 40'ın üzerinde fiziksel ve mental rahatsızlığın çocukluk çağı travmalarıyla doz-yanıt ilişkisinin bulunduğu saptanmıştır. Hastalık Kontrol ve Önleme Merkezleri (HKÖM) araştırmacıları, karmaşık travmanın sosyal, duygusal ve bilişsel bozulmaya neden olan nörogelişimi nasıl bozduğunu göstererek yaşam boyu risklerle olan ilişkisini ortaya koymuştur (Felitti vd., 1998). Bu bozuklukların bir sonucu olarak, engelliliğe, hastalığa, sosyal ve duygusal sorunlara ve nihayetinde erken ölüme yol açan yüksek riskli davranışlar benimsenmiştir (Felitti vd., 1998). Bununla birlikte, nörobilimciler beyin-vücut bağlantısını daha yakından incelemiş ve biyokimyasalların "toksik strese" maruz kalan çocuklarda vücudu, beyni, DNA'yı ve

hücreleri nasıl değiştirebildiğini ortaya koymuşlardır (Filiano vd., 2016; Romens, McDonald, Svaren ve Pollak, 2014; Sapolsky, Romero ve Munck, 2000; Shalev vd., 2013; Weder vd., 2014). Etkili müdahaleler olmadan, bu değişiklikler potansiyel olarak yaşam boyu sürebilmektedir.

Stres hormonu kortizol, stres reaksiyonlarında önemli bir rol oynar (Sapolsky, Romero ve Munck, 2000). Normal şartlar altında, bağışıklık, hafıza ve enerji tepkilerini aktive ederek vücudu stresli olaylara hazırlamak için yüksek seviyelerde kortizol salınır. Bu tipik tepki, sağlıklı gelişim için gereklidir. Toksik stres durumunda, stres-tepki sistemlerinin sürekli aktive olduğu durumda, aşırı dozda kortizol sentezi söz konusu olmaktadır (Sapolsky, Romero ve Munck, 2000). Kortizol doz aşımına, gen metilasyonu adı verilen bir reaksiyon neden olur (Romens, McDonald, Svaren ve Pollak, 2014; Weder vd., 2014).

Gen metilasyonu sırasında, kimyasal belirteçler, stres tepkilerini düzenleyen ve onların işlerini düzgün bir şekilde yapmalarını engelleyen genlere yapışmaktadırlar. Bu genlerin değişimi, vücudun sürekli tetikte olmasına ve sürekli olarak stres hormonları salgılamasına neden olur (Weder vd., 2014). Araştırmacılar, toksik strese maruz kalan çocukların tüm genomları boyunca değişimler gösterdiğini bulmuşlar ve bu değişiklikleri bir dizi hastalıkla ilişkilendirmişlerdir (Romens, McDonald, Svaren ve Pollak, 2014; Weder vd., 2014).

Genetik değişikliklere ek olarak, toksik stresin olumsuz hücresel etkileri de olabilmektedir. Telomerler, kromozomların ucundaki koruyucu yapılar olup. Toksik strese maruz kalan çocuklarda telomerlerin yıkımı gözlemlenmiştir. Sonuç olarak, hücreler erken yaşlanarak hastalığa ve sık hastalığa neden olmaktadır (Shalev, vd., 2013).

2.2. Benlik ve Benlik Saygısı

Benlik saygısı yalın bir tanımlama ile bireyin kendi benlik yapısını algılaması ve bu algının bireyde oluşturduğu duygusal tepki olarak ifade edilebilmektedir. Benlik saygısının daha somut bir çerçevesinin oluşturulabilmesi için benlik kavramının ve benliği oluşturan süreç ve unsurların irdelenmesi daha yerinde olacaktır.

2.2.1. Benlik Kavramı

Kişinin varoluşu itibariyle “ben kimim” sorusun yanıt oluşturma çabaları benlik ifadesinin psikoloji alanında kişilikle ilgili olarak önemli bir noktaya gelmesine sebep olmuştur (Derincegöz, 2019). Benlik kavramı, yaşam boyu gelişim gösteren bir süreçtir. Özellikle ergenlik ve ilk yetişkinlik dönemlerinde önem göstermektedir (Gander ve Gardiner, 2001). Benlik kavramı, bir anda oluşan ya da gelişen bir sistem değildir (Şahin, 2006).

Benlik, psikoloji alanını çok uzun süredir meşgul eden tartışmalı bir terimdir. Aronson (2002), insanların geçmiş veya şimdiki deneyimlerine ilişkin algılarına yükledikleri kişisel anlamların davranışlarını etkilediğini iddia etmektedir. Ayrıca William James'in "iç tutarlılığın" önemini vurgulayan ilk kişilerden biri olduğunu belirtir ve "iç tutarlılığı dengeli ve barışçıl olan sağlıklı insan ile ruhları sürekli savaş halinde olan hasta ruhlar arasındaki farkı ortaya koyan" bir kavram olarak nitelendirdiğini aktarmaktadır (Aronson, 2002, s.6)

1902'de Charles Horton Cooley, benlik fikrini keşfeden ilk psikologlardan birisi olup Aronson (2002), Cooley'nin, bireyin benlik duygusunun esas olarak, diğer insanların kendisine tepkilerine ilişkin kesin algıları ve yorumları aracılığıyla kendine inançları geliştirirken yaratıldığı fikrini göstermek için "ayna benlik" metaforunu ortaya koyduğunu belirtir.

Benlik saygısı, başkalarının değerlendirmelerinin, kendi benlik duygumuzu tanımlamak için kullandığımız bilgileri sağlayan ayna yansımaları olarak hareket ettiğini gösterir. Hamachek (1971), Carl Rogers'ın benlik kuramının, benliği sayısız özelliğe sahip nükleer bir kavram olarak gördüğünü belirtir; bunlardan en önemlileri şunlardır: Tutarlılık için kendilik mücadeleleri, benlikle tutarlı olmayan deneyimler tehdit olarak kabul edilir ve çarpıtılması veya reddedilmesi muhtemeldir.

Benlik hakkındaki tartışmalarda; 1923'te Sigmund Freud, benliği bireyin kişiliğinin düzenleyici merkezi olarak çerçevelendirmiş ve id, ego ve süperego işleyişi kisvesi altında benlik süreçlerine ışık tutmuştur. Aronson'un (2002) ifadesiyle Freud'un çalışması o kadar "etkileyiciydi ki, psikolojideki çok az kavramın modern dilde benlik kavramıyla egonunki kadar yakından ilişkili olduğunu söylemek mantıklı olurdu.

Buradaki ego kavramı genel olarak abartılı bir öz önem duygusuna sahip olmaya işaret etmektedir.

Augoustions, Walker ve Donaghue (2006), benliğin anlamını belirleme arayışlarında, benlik ve kimliğin, kendimizi çevremize göre konumlandırmak için günlük hayatta kullandığımız kavramlar olduğunu ifade ettikleri görülmektedir. Benliğin daha çok insanların kendileri, kim oldukları ve kişisel özellikleri, yetenekleri, deneyimleri, duyguları ve gündemleri hakkındaki inançlarına atıfta bulunmak için kullanıldığını belirtirler. "*Kimlik bizi farklı insan gruplarından oluşan bir dünyaya yerleştirir ve genellikle ait olduğumuz ve olmadığımız sosyal grup ve kategorilerle ilgili*" olduğunu öne sürmektedirler. Bu tanıma göre, insanların benliği ve kimliği tutumlardan ve onlar için önemli olan insanların inançlarından etkilenen bir olgu niteliğindedir. Benliğe ilişkin bu tanımlardan hareketle benlik saygısının çocuğun benlik oluşum sürecinde yaşadıkları, benliğine karşı dış çevrenin sergilediği reaksiyonlar gibi hususlarla şekillendiğini de söylemek mümkün olmaktadır.

2.2.2. Benlik Saygısı Kavramı

Aronson (2002) William James'in (1896-1958), tamamen kişinin kendini ne için desteklediğine ve ne yaptığına bağlı olan bir benlik duygusu olarak tanımladığı benlik saygısı terimini kullanan öncülerden biri olduğuna işaret eder.

James (2007), insanların benlik saygısı ve güvenlerinin barometresinin bir günden diğerine nasıl yükselip alçaldığını, rasyonel olanlardan daha "içgüdüsel ve organik" nedenlere bağlı olarak benlik saygısının şekillendiğini ileri sürer; bu içgüdüsel nedenler, şüphesiz, başkalarına duyduğumuz saygıda "karşılık gelen varyasyonlara" cevap verenlerden değildir.

James (2007), benlik saygısı için, özünde kendimiz hakkında nasıl hissettiğimizin, başarmak istediğimiz şeyleri başardığımız başarıya bağlı olduğunu öne süren matematiksel bir formül sunmuştur.

Benlik saygısı, sosyal psikolojide yaygın olarak araştırılabilir değişkenlerden biri olarak kabul edilir, genellikle benlik kavramının bir parçası olarak kabul edilir, bazı bilim adamları için benlik saygısı, benlik kavramının ana bileşeni olarak görülür. Sonuç

olarak, birçok literatürde benlik kavramı ile eşanlamlı olarak kullanıldığı görülen benlik saygısına uzun bir süre boyunca çok fazla ilgi gösterilmiştir (Rosenberg, 1979). Bu ilgi benlik saygısına çok dikkat edilmesi, büyük ölçüde düşük veya yüksek benlik saygısının toplumdaki bir dizi olumsuz veya olumlu sosyal davranış modeliyle ilişkisinin bir sonucu olarak değerlendirilmektedir.

Benlik saygısı, kişinin kendini değerli, ünlü, güçlü ve başarılı olduğuna dair sürekli değerlendirmeleri ve kendine inanması olarak görülebilir (Mostafavi, Daniali ve Leila, 2013). Bu nedenle, yüksek benlik saygısına sahip insanlar, toplam iyilik hallerini olumlu yönde etkileyebilecek özellikleri ve yeterlilikleri konusunda oldukça güvende hissederler. Düşük benlik saygısı ise birçok duygusal ve davranışsal soruna, yani madde kullanımı, tecavüz, şiddet içeren suçlar, düşük akademik performans gibi bozukluklara (Arslan, 2014) neden olarak gösterilebilmektedir.

Birçok araştırma, benlik saygısı ile duygusal ve davranışsal sorunlar arasındaki ilişkiyi de değerlendirmiştir (Arslan, 2014). Bu tür araştırmalardan elde edilen bulgular, daha fazla duygusal ve davranışsal sorunları olan kişilerin benlik saygısının daha düşük olduğunu ileri sürmüştür. Bu nedenle ebeveynlerin, bireyin kendini ve yeteneklerini değerlendirmesini gösteren benlik kavramının gelişiminde kilit bir rolü vardır (Seok, 2018).

Çocuklara yönelik psikolojik kötü muamele gelişmekte olan ülkelerin çoğunda yaygın bir şekilde yayılmıştır ve çocuğun genel psikolojik uyumu üzerinde olumsuz bir etkisi olduğuna inanılmaktadır (WHO, 2002). Bazı azgelişmiş ülkelerde yürütülen araştırmaların çoğu, psikolojik kötü muamelenin sergilenmesi ile düşük benlik saygısı arasında mantıksal bir bağlantı olduğunu göstermiştir (Seok, 2018), bu tür araştırmalar istismar mağdurlarının çoğunun yüksek düzeyde psikolojik şiddete maruz kaldığı sonucuna varmıştır. Nijerya'da yapılan bir araştırma, ebeveynlerin çoğunlukla, çocuklarının zihinsel sağlığına zararlı olmadığı ve çoğu durumda düşük benlik saygısı ile olumsuz bir şekilde ilişkili olduğu anlaşılması zor düşüncelerle şiddetli fiziksel ve duygusal intikam uygulamalarına maruz kaldıklarını ortaya koymaktadır. Sonuç olarak, düşük benlik saygısı, üniversite öğrencileri ve ergenler de dahil olmak üzere bazı popülasyonlarda yüksek sapma davranışı riski oluşturur. Bu nedenle benlik saygısı, kişinin benlik değerlendirmelerinin ne ölçüde olumlu veya olumsuz olduğu olarak

ölçülür, başka bir deyişle, farklı sosyal katmanlara ve kişilerarası ilişkilere dağılmış yaşam boyu deneyimlerinin ürünü olarak görülür (Seok, 2018).

Ayrıca tüm insanların benlik saygısı güdüsüne sahip oldukları, onları olumsuz benlik tutumlarını en aza indirmeye ve olumlu benlik algısını en aza indirmeye yönlendirdiği iddia edilmiştir (Kaplan, 2000). Bu nedenle, düşük benlik saygısı ve uyum eksikliği, tecavüz, suçluluk, ayrım gözetmeyen cinsel davranış, cinayet, şiddet içeren suçlar, madde kötüye kullanımı gibi sapkın davranışlarla güçlü bir şekilde ilişkili yüksek risk faktörleri olarak tanımlanmıştır (Ward vd., 2014). Başka bir deyişle, benlik saygısı ile kişinin bildirdiği sorunlar arasında anlamlı bir ilişki vardır.

2.2.2.1. Benlik Saygısına Etki Eden Faktörler

Coopersmith (1979) benlik saygısı teorisinde, "benlik saygısının" erken çocukluktan itibaren güçlü bir güven, güvenlik ve koşulsuz sevgi temeli ile geliştirildiğini ve bu, yaşam ilerledikçe hem olumsuz hem de olumlu bir kombinasyonla bir çocuk üzerinde etkili olduğunu savunmaktadır. Çocuğun yaptığı değerlendirmeler, diğer bir deyişle, "öz değerlendirme", çocuklarda benlik saygısı şemalarını koruduğu gibi, benlik saygısı yüksek olan çocuklar için ebeveyn çocuk ilişkisini yetiştirme ve bakım ve uygulamalar açısından değerlendirir. Araştırmacı, yüksek benlik saygısının doğuşunun ve tarihinin, ebeveynlerin çocukları üzerinde kural ve düzenlemeleri yürütmesini ve uygulamasını yöneten açık bir sınır ve anlaşılır ilkelerde yattığı görüşündedir.

Seligman (2009) benlik saygısının erken çocukluk döneminde sağlam ve derin bir şekilde kurulduğunu, güven, gerçek fedakârlık, tam şefkat ve güvenlik gibi temel ilkelerle birlikte çocuğun yetişkinliğe doğru ilerlerken yaşamını güçlü bir şekilde etkilediğini açıklar.

Ryan ve Deci (2010) Öz Belirleme Kuramı'nın okullarda çoğunlukla öğrencilerin çalışmalarıyla ilgili motivasyonlarını nasıl elde ettiklerini göstermek için kullanılan yeni bir insan odaklı davranış yaklaşımı olduğunu savunur ve bu tür motivasyonları desteklenmesini önermektedirler. Niemiec (2009), en sık kullanılan motivasyon yönteminin içsel (Bağımsız ve Kendi Kendini Belirleyen) olduğunu, yani kişinin uygun öz-değerinden dolayı davranışı keyifli ve uzun süreli hale getirme yeteneğinde ortaya çıkan bir tür motivasyon olduğunu ileri sürmüştür. Dışsal motivasyon, başkalarını

memnun etme arzusu veya yeteneği, yüksek hedeflerle meşgul olma arzusu ve bir bireyin hizmet çabalarını veya başarı çabalarını takdir etme gibi farklı şekillerde sınırlandırılabilir. Tüm bu tür dışsal motivasyonların, bir bireyin, faaliyetin kendisi için endişe göstermekten ziyade, insanların belirli bir önem nedeniyle meşgul olduklarına dair anlayışının kapsamı dışından kaynaklandığını belirtmek de aynı derecede önemlidir.

Öz Belirleme Kuramı (Self-Determination Theory) ayrıca, dışsal olarak tüm kontrollü faaliyetlerin, bireyin psikolojik öz değerlendirme arzusunu içselleştirme süreci yoluyla çok daha içsel olabileceğini açıklar (Ryan, 2009). Bu nedenle, kuramın geçerliliği, birçok araştırma sonucu ile kanıtlanmış bir dizi genel ilkeye dayanan "Benlik" ile ilgili bazı psikolojik mekanizmaların bir toplamı olarak tanımlanabilir (Ryan ve Deci, 2002). Öz Belirleme Kuramı ile bu yönde elde edilen bulguların zenginliğini tam olarak açıklamak neredeyse imkansızdır, ancak genel bir bakış sağlamak için çaba gösterilmiştir.

2.2.2.2. Benlik Saygısı Yaklaşımları

Temelde üç tür benlik saygısı vardır, ancak bu, bireylerin kendilerini yalnızca bir ayırt edici benlik saygısı biçimiyle etiketleyebileceklerini açıklamaz, çünkü birey bazen çok daha fazla heyecanlanırken bazen de depresyona girebilmektedir (Branden, 2012). Bununla birlikte, bireyler kendilerinde baskın olan yönü kendilerine dikte edebilirler.

1. Şişirilmiş Benlik Saygısı: Bu tür benlik saygısına sahip bireyler, başkalarını küçümser ve diğerlerinden daha iyi olduklarına dair nihai bir inanca sahiptir. Bu tür benlik saygısına, bireyi sağlıklı ve sevgi dolu bir ilişki kurmaktan alıkoyan olumsuz düşünceler eşlik eder. Benlik saygısı şişmiş bireyler, hatalarını düzeltemeyen, sürekli olarak başkalarını değersizleştiren ve başkalarına karşı düşmanca tavırlar sergileyen zayıf dinleyiciler olarak tanımlanmaktadır (Branden, 1995).

2. Yüksek Benlik Saygısı: Bu tür benlik saygısına sahip bireyler olumlu düşüncelere sahiptir; başkalarına değer verir ve onları kabul ederler. Başka bir deyişle, bu tür bir benlik saygısına sahip bireyler, yaşam tarzlarından memnun kalırlar, aynı zamanda yaşamlarında ortaya çıkabilecek herhangi bir sorun ya da sorunla başa çıkma konusunda kendilerine güven ve cesarete sahiptirler. Şunu da belirtmek gerekir ki, yüksek benlik

saygısına sahip kişiler, kendilerini başkalarından üstün hissetmezler ve kendi değerlerini başkalarına karşı ölçerek ne kadar değerli olduklarını kanıtlamak istemezler, gerçekte oldukları kişi olmaktan ve çabalamamaktan, herkesten daha iyi olmaktan zevk alırlar (Branden, 2001).

3. Düşük Benlik Saygısı: Düşük benlik saygısına sahip bireyler, başarısızlık korkusu, kararsızlık, kendini değersiz hissetme ve güvensizlik duygusu ile karakterizedir ve her zaman kendilerini küçümserler. Başka bir deyişle, yüksek benlik saygısının tam tersi, bir tür mutsuzluk modelidir (Heufner, 1991).

2.3. Bağımlılık ve Madde Bağımlılığı

Bağımlılık, genel itibariyle herhangi bir nesne veya eyleme karşı sergilenen engellenemez sahip olma tutumu olarak ifade edilebildiği gibi madde bağımlılığı özelinde bireyin uyuşturucu niteliğe sahip olan madde türlerine karşı engelleyemediği arzu ve isteğini ve bu isteğin zarar verici boyutta olan sonuçlarını ifade etmektedir.

2.3.1. Bağımlılık Tanımlaması

DSM-IV ile karşılaştırıldığında, DSM-5'in bağımlılıklar bölümü, bağımlılıklarla ilgili gelişen anlayışları yansıtmak için Madde İlişkili Bozukluklardan Madde İlişkili ve Bağımlılık Yapıcı Bozukluklara başlığı ile değiştirilmiştir. DSM-5, bu kategoride (alkol, kafein, esrar, halüsinojenler, inhalanlar, opioidler, sedatifler, hipnotikler, anksiyolitikler, uyarıcılar ve tütün) dokuz tip madde bağımlılığını özellikle listeler. Bu bozukluklar ayrı bölümlerde sunulmuştur, ancak tamamen farklı değildirler çünkü aşırı alınan tüm ilaçlar beynin ödül devresini aktive eder ve bunların birlikte ortaya çıkması yaygındır (O'Brien, 2011, s.649).

DSM 5, 10 ayrı uyuşturucu sınıfının kullanımından kaynaklanan madde ile ilgili bozuklukları tanımlamış, bu maddeleri alkol, kafein, esrar, halüsinojenler (fensiklidin veya benzer şekilde hareket eden arilsikloheksilaminler ve LSD gibi diğer halüsinojenler), inhalanlar, opioidler, sakinleştiriciler, hipnotikler veya anksiyolitikler, uyarıcılar (amfetamin tipi maddeler, kokain ve diğer uyarıcılar dahil), tütün ve diğer veya bilinmeyen maddeler olarak sıralamıştır.

Bu nedenle, psikoaktif maddelerin bazı belli başlı grupları spesifik olarak tanımlanırken, diğer veya bilinmeyen maddelerin kullanımı da madde ile ilgili veya bağımlılık yapan bir bozukluğun temelini oluşturabilir.

Beynin ödül sisteminin aktivasyonu, uyuşturucu kullanımından kaynaklanan sorunların merkezinde yer alır. İnsanların uyuşturucu almanın bir sonucu olarak deneyimledikleri ödüllendirici duygu o kadar derin olabilir ki, ilacı almak için diğer normal aktivitelerini ihmal edebilirler.

Son versiyon olan DSM-V'e göre alkol ve madde kullanım bozuklukları tanısı konulmasında, her iki bozukluk için, birbirleriyle örtüşen 10 adet kriter belirlenmiştir. Bu ölçütler DSM-V kitabında "Alkol Kullanım Bozuklukları" ve "Madde Kullanım Bozuklukları" olarak ayrı başlıklar altında yer verilmiştir. Aşağıda örtüşen maddelerin birleştirilmiş halleri yazılmıştır. Bu tanı kriterleri aşağıda belirtilmiştir (APA, 2013).

Kişi aşağıdaki durumların en az 2'sini son 12 ay süresince yaşıyorsa:

1. *"Planlanandan fazla miktarda alkol ve madde kullanımı*
2. *Alkol ve madde kullanımı için sürekli bir arzu ve başarısız azaltma veya bırakma girişimleri*
3. *Alkol ve maddeye ulaşmak, alkolü ve maddeyi kullanmak ve alkolün ve maddenin etkisinden kurtulmak için çok fazla zaman harcanması*
4. *Alkol ve madde kullanmak için güçlü bir istek, arzu ve/veya dürtü yaşanması*
5. *Alkol ve madde kullanımı sonucu işte, okulda veya evde zorunlulukları yerine getirmede tekrarlayan başarısızlıklar*
6. *Sosyal ortamlarda ve insan ilişkilerinde sürekli ve tekrarlayıcı problemler yaşanmasına rağmen alkol ve madde kullanımına devam edilmesi*
7. *Alkol ve madde kullanımı sebebiyle önemli sosyal, mesleki ve eğlenceli aktivitelere katılımın azalması veya bırakılması*
8. *Fiziksel olarak tehlikeli olduğu durumlarda bile alkol ve madde kullanımının tekrarlaması*
9. *Alkol ve madde kullanımıyla artan veya oluşan, sürekli veya tekrarlayan fiziksel veya psikolojik bir problemin varlığının bilinmesine rağmen alkol ve madde kullanımının devam etmesi*
10. *Tolerans gelişmesi;*
    a. *Alkolün ve maddenin istenilen etkisine veya intoksikasyonuna ulaşmak için daha fazla alkol ve madde miktarına ihtiyaç duyulması*
    b. *Aynı miktar alkol ve madde kullanımına rağmen alkolün etkisinin azalması*
11. *Yoksunluk belirtilerinin yaşanması;*
    a. *Alkol ve madde kullanımına özgü karakteristik yoksunluk belirtileri yaşanması*
    b. *Alkolün (veya benzodiazepin gibi benzer maddelerin) yoksunluk belirtilerini azaltmak veya ortadan kaldırmak için kullanılması"*

Bu belirtilerin iki veya üçünün varlığı halinde kişi hafif şiddette, dört veya beş tanesinin varlığı orta şiddette, altı veya yedi tanesinin varlığı halinde kişi yüksek şiddette bağımlı olarak tanımlanmaktadır. (APA, 2013, s.484).

2.3.2. Alkol ve Madde Bağımlılığı

Alkol ve madde bağımlılığı, her zaman ilk kullanımda oluşmadığı gibi bağımlılık öncesi bazı aşamalar söz konusu olabilmektedir. "*Bu aşamalar, deneysel kullanım, arada sırada kullanım, düzenli kullanım ve bağımlılık olarak açıklanmıştır. Bu hastalığın gelişme aşamaları kişiden kişiye ve kullanılan maddeye göre farklılık gösterebilir. Bağımlılık hastalığının standart bir oluşum sürecinin olmaması, kişilerin etiketlenme kaygıları, alkol ve madde kullanan kişilerinin ailelerinin ve diğer yakınlarının bu hastalığı saklama eğilimleri hastalığın teşhisini zorlaştırmaktadır*" (Haasen, vd.2009).

Bağımlı olmayan ve bağımlı olan beyinler arasında karşılaştırma yapıldığında alkol ve madde kullanan kişilerinin beyin işlevsellikleri ile alkol ve madde kullanmayan kişilerin beyin işlevsellikleri arasında farklar olduğu bildirilmiştir (Leshner, 1997, s.46). Bağımlılığın beyinde etki ettiği işlevlere bakıldığında en başta nörotransmitter salınımları görülmektedir. Bağımlı kişilerde bağımlılığın oluşması için kullandıkları maddelerin beyindeki dopamin salınımını artırması gereklidir. Alkol veya madde kullanımı anlık dopamin salınımının artması işlemini gerçekleştirir (Kalivas, 2004, s.347). Alkol ve madde bağımlılığı her ne kadar dopamin salınımını etkilese de, sadece "haz" veren hormon olan dopamin salınımı ile açıklanmamaktadır. Beyinde bağımlılık ile direkt ilişkili diğer bölge ise ödül merkezidir. Ödül merkezi, madde kullanımı gerçekleştiğinde direkt olarak uyarılır; madde kullanımı davranışının pekiştirilmesi ve madde ile ilişkili anıların üretilmesinde rol oynar (APA, 2013, s.481).

Farelerde madde arama davranışının da beyindeki protein işlevlerindeki majör değişikliklerle ilişkili olduğu görülmüştür. Proteinler, alkol ve madde kullanımı sonrasında prefrontal korteks ve beynin ödül merkezi olan nucleus accumbens arasında gerçekleşen etkileşimden etkilenmektedirler. Tekrarlayan madde kullanımları sonucunda beyindeki proteinlerde değişiklikler meydana gelir; fakat genellikle iki haftalık abstinans sonrasında proteinler normal haline dönmektedir. Bu durumda madde arama davranışı bu proteinlerdeki değişikliklerle açıklansa da kişilerin relaps (nüks) risklerinin her zaman olması bu durumla açıklanamamaktadır (Kalivas, 2004, s.348).

Alkol ve madde bağımlılığının tanımlayıcı kriterlerinden ikisi olarak bilinen craving ve relapslar da beyin işlevlerindeki değişimler ile ortaya çıkmaktadır. Beyindeki prefrontal korteks ve amigdala arasındaki iletişimin çevresel tetikleyiciler tarafından etkilenmesi craving ve relapsların yaşanmasına sebep olmaktadır (Kalivas, 2004, s.347). Relaps risklerinin her zaman olması ve bağımlılık hastalığında relapsların sıklıkla görülmesi bağımlılık hastalığının akut değil, kronik bir hastalık olduğunun göstergesidir (APA, 2013, s.481; Leshner, 1997, s.46).

Beyin ve bağımlılık ilişkisine bir diğer yaklaşım ise Gray'in Davranışsal İnhibisyon Sistemi (DİS) ve Davranışsal Aktivasyon Sistemi (DAS) teorisi olabilir. Gray'in teorisine göre beyindeki DİS ve DAS, kişilerin duygularını ve davranışlarını kontrol etmektedir (Franken vd., 2006, s.400). DİS kişinin davranışı sonucunda karşılaşacağı bir ceza veya ödülün kaldırılması ile ilişkiliyken, DAS bir ödül veya cezanın kaldırılması ile ilişkilidir. DAS hassasiyetinin fazla olması ile alkol ve madde bağımlılığı arasında anlamlı bir ilişki bulunmaktadır. Risk alma ve yenilik arama gibi davranışları DAS bileşenleri içinde ele almak mümkündür. 2006 yılında yapılan bir çalışmada alkol ve madde bağımlılarının DİS ve DAS ölçekleri puanları karşılaştırılmış ve DAS ölçeğinde risk alma (risk taking) ve yenilik arayışının madde bağımlılarında alkol bağımlılarından daha fazla olduğu görülmüştür. Bunun açıklaması olarak alkol kullanımı yasal iken madde kullanımının yasal olmaması öne sürülmüştür. Yasal olmayan davranışların risk alma ve yenilik arayışı fazla olan kişilerde daha fazla görüldüğü tartışılmıştır (Franken vd., 2006, s.400). Gray'in bu teorisine bakıldığında, alkol ve madde bağımlılığının kişilerin davranışları ile ilişkili olan beyindeki işlevleri etkilediğini desteklemektedir.

Beyin ile bağımlılık arasındaki bütün bu etkileşimlere bakıldığında alkol ve madde bağımlılığını yalnızca sosyal bir sorun olarak ele almak mümkün değildir. Bireylerde biyolojik değişikliklere sebep olan hem tıbbi hem sosyal bir hastalık olarak tanımlamak yalnızca sosyal bir sorun olarak tanımlamaktan daha geçerli olacaktır.

Maddelerin etkileri, yoksunluk belirtileri ve idrarda kalma süreleri birbirinden farklıdır. Bu özellikler arasında herhangi bir ilişkiye rastlanmamakla birlikte, geçmiş zamanlarda yoksunluk belirtileri ile maddenin kişiye verdiği zararın doğru orantılı olması gibi farklı fikirler ortaya konmuştur. Ancak tıbbın gelişmesi ile bu iddialar çürütülmüştür. Örneğin, eroin bağımlısı bir kişinin tıbbi tedavisi günümüzde çok zorlayıcı olmamakta;

yoksunluk belirtileri belirli ilaçlarla rahatlıkla kontrol altına alınabilmektedir. Başka bir örnek ise metamfetamin ve taş maddeleri için verilebilir. Bu iki madde de bağımlılık şiddeti oldukça yüksek olan maddelerdir fakat fiziksel yoksunluk belirtileri eroin veya alkol kadar şiddetli görülmeyebilir (Leshner, 1997, s.46).

Bu bilgilere ek olarak, bağımlılık hastalığının seyri kişilerde genellikle benzer olsa da her bağımlı aynı fiziksel, psikolojik ve sosyal etkileri tecrübe etmek zorunda değildir. Bireylerin kullandıkları maddelere göre geliştirdikleri bağımlılık "psikolojik bağımlılık" veya "fiziksel bağımlılık" olabilir (Gökler ve Koçak, 2008, s.91). Bahsedilen sebeplerden yola çıkıldığında, bağımlı kişilerin bağımlılık özelliklerinin ve tedavi uyumlarının kullandıkları maddelere göre değişkenlik göstermesi beklenebilir.

2.3.3. Bağımlılık Özellikleri

Bağımlılığı standardizasyonu olmayan bir hastalık olarak görmek gerekmektedir; her madde her kişide bağımlılık yapmayabilir veya seneler sonra bağımlılık gelişebilir. Aynı maddeleri aynı süreyle ve aynı miktarlarda kullanan iki kişide farklı şiddetlerde bağımlılık oluşabilir. Kişilerde oluşan bağımlılığın birbirinden farklı özellikleri gözlemlenebilir. Otokontrol becerisi zayıf olan kişilerde beyindeki inhibitör sistemleri yeterince iyi çalışmayabilir ve bu kişiler bağımlılık hastalığına daha yatkın olabilir (APA, 2013, s.481). Bağımlılık özellikleri kişilerin tercih maddeleri, tedavi ve bırakma girişimleri, motivasyonları, craving düzeyleri ve bağımlılık şiddetleri dikkate alınarak değerlendirilmektedir. Bu bölümde bu tez çalışmasında karşılaştırılacak olan bağımlılık özellikleri açıklanacaktır. Bağımlılık özellikleri bu çalışmada Klinik İlk Görüşme (KİG) formundan alınacak olup altı alt ölçeğe, tedavi ve bırakma girişimlerine ve tercih maddelerine bakılarak incelenecektir. Aşağıda bu başlıklar alt başlıklar halinde verilmiştir. Birbirinden farklı başlıklar olarak incelense de bu alt başlıkları birbirinden bağımsız olarak düşünmemek gerekmektedir. Her alt başlık tıpkı bağımlılık hastalığının kendisi gibi çok yönlü incelenmesi gereken başlıklardır.

2.3.3.1. Tercih maddesi

Madde kullanıcıları sadece tek bir maddeye veya birden fazla maddeye bağımlı olabilirler ve kullandıkları maddelerin hepsinin etkilerini ve yoksunluk belirtilerini yaşayabilirler. Kişilerin birden fazla maddeye bağımlı olduğu durumlarda, her madde

için ayrı tanı konulup, tedavisi düzenlenmelidir (APA, 2013, s.485-489). Amerika'da 2017 yılında 36,309 kişi ile yapılan bir çalışmada katılımcıların %7,8'inin yaşamlarının herhangi bir döneminde çoklu madde kullanım bozukluğu tanısı aldıkları görülmüştür (McCabe, vd.2017, s.3). Yaşamlarının herhangi bir döneminde alkol kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerin %7,4'ünün çoklu madde kullanım bozukluğu tanısı aldığı sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmaya göre, alkol kullanım bozukluğundan sonra en fazla çoklu madde kullanımının görüldüğü madde ile ilişkili bağımlılık bozukluğu, esrar kullanım bozukluğudur. Esrar kullanım bozukluğu tanısı almış kişilerin %5,2'sinde çoklu madde kullanım bozukluğu da olduğu saptanmıştır (McCabe vd.2017, s.4). Başka bir çalışmada tercih maddesi metamfetamin olan kişilerin büyük bir çoğunluğunun diğer maddeleri de kötüye kullandığı belirtilmiştir (Winslow vd.2007, s.1170).

Literatüre bakıldığında tercih maddesi ile ilgili farklı tanımlamalar yapıldığı görülmektedir. Bazı kaynaklar tercih maddesi ile en çok kullanılan maddenin aynı olmadığını öne sürmektedir. Maddeye ulaşımın kolaylığı, maddenin fiyatı, kişilerin akran ilişkilerinin etkileri en çok kullanılan maddenin hangisi olacağını belirleyebilir; bu durumda kişinin tercih ettiği madde ile en çok kullandığı madde aynı olmayabilir (Feldman, vd.2007, s.82).

2.3.3.2. Motivasyon

Alkol ve madde kullanımı tedavisinde en sık rastlanan kavramlardan biri motivasyondur. Alkol ve madde kullanımını bırakma motivasyonunun yüksek olması ve azalmaması, bağımlı kişinin tedavisinin başarıya ulaşması için en önemli unsurlardan biridir. Motivasyon dış etkenlerden etkilenebilen, değişim için hazır olma veya harekete geçilmesi için ihtiyaç duyulan bir kavramdır. Kişilerin ayık kalma motivasyonlarının az olması ve başarısız tedavi girişimleri gibi nedenlerle bağımlı kişilerinin tedavilerinin yarım kaldığı bilinmektedir (Savaşan 2010, s.120). Geçmişteki bağımlılık tedavileri bağımlı kişilerin zorla kullandıkları maddeyi bırakmalarına yönelik olabilmekte ve bu tedavilerinin başarısız olduğu bilinmektedir. Bu hususta kişilerin bağımlılık yapan maddeleri kullanmayı bırakması için değişime açık olmaları ve motivasyonlarının yüksek olması tedaviyi kolaylaştırıcı bir unsur olarak görülmeye başlanmıştır. Bağımlı kişilerin motivasyonlarını güçlendirmesi ve iki değerlilik olarak da adlandırılan ambivalanslarının çözülmesi amacıyla geliştirilen Motivasyonel Görüşme Tekniği tedavi başarısının artmasında oldukça etkilidir (Ögel, 2010).

Motivasyonun içsel ve değişkenlik gösterebilen bir durum olduğu dikkate alındığında, değişimin birdenbire olmayabileceği ve bir seyri olduğu görülmüştür. Sigara kullanıcılarının sigarayı bırakma süreçleri ile yapılan bir çalışma sonucunda Prochaska ve DiClemente (1983) Değişim Döngüsü Model'ini tanımlamışlardır. Değişim Döngüsü Model'inin amacı bağımlılık tedavisinde kişilerin bulundukları evreye göre tedavi planlarının yapılması ve tedavinin etkinliğinin arttırılmasıdır (Prochaska ve DiClemente, 1983, s.390). Değişim Döngüsü Modeli Motivasyonel Görüşme Tekniğinde davranışın sürecini anlamaya ve değişim evrelerinde motivasyonu güçlendirmek için kişiye özel bir tedavi planı oluşturulmasında önemli bir rol oynamaktadır (DiClemente ve Velasquez, 2002, s.201).

Değişim Döngüsü evreleri aşağıda açıklanmıştır (Ögel, 2010, s.32-33):

- Farkındalık Öncesi: Kişinin kullandığı bağımlılık yapıcı maddelerin kendisine verdiği zararın farkında olmadığı, değişim için isteğinin ve motivasyonunun olmadığı dönemdir.
- Farkındalık: Kişinin kullandığı bağımlılık yapıcı maddenin zararlarının farkında olduğu fakat değişim için isteğinin ve motivasyonunun olmadığı dönemdir.
- Karar verme: Kişi bu dönemde kullandığı bağımlılık yapıcı maddeyi bırakmak için hazırlık yapmaktadır; henüz eyleme geçmemiştir.
- Eylem: Kişinin kullandığı bağımlılık yapıcı maddeyi bıraktığı dönemdir.
- Sürdürme: Kişinin bıraktığı bağımlılık yapıcı maddeyi kullanmamayı sürdürdüğü dönemdir.
- Relaps: Kişinin bırakmadan önce kullandığı bağımlılık yapıcı maddeyi tekrar kullanmaya başladığı dönemdir.

DiClemente ve Velasquez, (2002) "Motivational Interviewing: Preparing People for Change" kitabında Değişim Döngüsünde "farkındalık öncesi" evreden "sürdürme" evresine uzanan bu süreçte motivasyonun baştan sona gerekliliğini öne sürmüşlerdir. Motivasyonel Görüşme Tekniği uygulanan tedavi sürecindeki alkol bağımlısı katılımcılarla yapılan bir çalışmada, görüşmecilerin katılımcılarla yaptıkları motivasyonel görüşmelerin 3 ay sonrasında gerçekleştirdikleri telefonla takip görüşmelerinin motivasyonlarını arttırdığı görülmüştür. Bu katılımcıların 6. ve 12. aylarda telefonla takip görüşmesi yapılmayan katılımcılara göre alkole bağlı

problemlerinin, alkol kullanımlarının ve tekrar kullanma risklerinin daha az olduğu görülmüştür (Field vd.2020, s.2367). Bu çalışma ile motivasyonel görüşmelerin sonlandırılmasından sonra yapılan takip görüşmelerinin motivasyonu arttırıcı özelliği ve sürdürme evresinin devamlılığı açısından önemi dikkate alınmalıdır.

2.3.3.3. Bırakma girişimleri

DSM-V'de Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu tanı kriterlerinden bir tanesi kişinin kullandığı maddeyi bir veya birden fazla kere bırakma girişiminin olmasıdır (APA, 2013, s.490). Bağımlı kişilerin büyük bir çoğunluğu tedaviye başvurmadan önce kendi imkanları ile kullandıkları maddeyi bırakmayı denerler (Ögel, 2010, s.7). Kişinin bağımlılık özelliklerinden biri olan bırakma girişimleri, sonrasında tekrar kullanma ile sonuçlanabilir. Bağımlılık hastalığı sürecinde tekrar kullanma ve craving olarak da adlandırılan depreşme bu hastalığın bir parçasıdır (Yılmaz, vd.2014, s.244). Bırakma girişimlerinin nasıl gerçekleştiği ve kaç kere olduğu, tekrar kullanmaları öngörebilmek ve engellemek adına detaylıca öğrenilmeli ve çalışılmalıdır.

Alkol ve madde bağımlısı bireyler bu maddeleri kullanımlarıyla birlikte oluşan zararlar sonucunda, kullandıkları maddeleri bırakma girişiminde bulunabilmektedirler. Bu girişimler bir tedavi destek alınmadığında relaps ile sonuçlanabilmektedir (Kalyoncu vd.2001, s.4). Kişilerin bağımlılık ile ilgili bilgilerinin yeterli olmaması, ayık kalma süresinin olması gerekenden kısa tutulması, tekrar kullanmaları konusunda risk yaratan durumlara maruz kalmaları ve bu durumlarla baş etme becerilerinin yeterli olmaması bırakma girişimlerinin başarısız olmasına sebep olabilmektedir. Bırakma girişimlerinin sayısının tercih maddelerine göre değiştiği düşünülmektedir.

2.3.3.4. Tedavi Geçmişleri

Bırakma girişimlerinin yanı sıra, danışanlar bir profesyonel desteğe başvurduğunda tedavi girişiminde bulunmuş olarak kabul edilmektedirler. Bırakma girişimi ile tedavi girişimleri aynı şeyi ifade etmemektedir; bırakma girişimi dışarıdan herhangi bir destek almadan da gerçekleşebilir. Alkol ve madde bağımlısı kişiler yalnızca başarısız bırakma girişimlerinde değil, sıklıkla başarısız tedavi girişimlerinde de bulunmaktadır. Alkol ve madde kullanıcılarının psikososyal tedaviye devamlılıkları incelendiğinde, tedaviye başvurduktan sonra ilk görüşmeye gelme oranları %68,1 olarak bulunmuş, kişilerin %31,2'si ilk görüşmeye gelmemiştir (Direkli vd.2019, s.8). Bu çalışmaya göre alkol ve

madde bağımlısı kişilerin büyük bir kısmı tedaviye başvurduktan hemen sonra, ilk görüşmeyi bile gerçekleştirmeden tedaviyi bırakmaktadır. Diğer bir çalışmada ise ilk görüşmeye katılan bireylerin yalnızca %57,5'inin ikinci görüşmeye katılım sağladığı görülmüştür (Şimşek vd., 2019, s.806). Bu çalışmaların ışığında bağımlılık tedavisinin başarısız sonuçlanmasının en önemli sebeplerinden birinin tedavinin yarım bırakılması olduğu düşünülmektedir.

Bağımlı bireylerin tedavisinin tamamlanması için en az 6 ay, akabinde 1 sene tedavide kalması hedeflenmelidir. Geçmiş zamanlarda tedavide olan kişi eskiden kullandığı maddeyi bir kere bile tekrar kullandığında o tedavi girişiminin başarısız olduğu kabul edilmekteydi. Şu anki uygulamalarda direkt tam abstinans (ayıklık) değil, kademeli olarak abstinans hedeflenmektedir. Bu yaklaşım şeklinin tedavinin başarısını arttırdığı düşünülmektedir (Arıkan, 2012, s.233).

Kokain ve alkol kullanımı olan bireylerle yapılan bir çalışmada bağımlılık şiddetinin, tedavinin başarısı için bir yordayıcı olduğu saptanmıştır (Ahmadi vd.2009, s.85). Çıray vd. (2018) yaptıkları bir çalışmada ise alkol tedavisi gören hastaların hastanede yatış sürelerinin esrar, sentetik esrar, kokain, eroin, metamfetamin ve çoklu madde kullanıcılarına göre daha uzun olduğu belirtilmiştir. Halüsinojik maddeler gibi maddeleri kullananların bağımlılık tedavisine başvurma oranı diğer madde kullanıcılarına kıyasla daha azdır (Akvardar, 2012, s.185). Bu çalışmalar ışığında bağımlı kişilerin tercih maddeleri ile tedavi girişimleri arasındaki ilişkinin alkol ve madde grupları olarak ayrılarak karşılaştırmalı incelenmesinin gerekliliği düşünülmüştür.

2.3.4. Bağımlılık Şiddet ve Şiddetli İstek (Craving) Düzeyleri

Bağımlılık şiddeti, bağımlı bireye sağlanacak tedavinin oluşturulmasında önemli bir rol oynamaktadır (Ögel vd., 2012). DSM-V'te bağımlılık şiddeti, kişinin karşıladığı tanı ölçütlerinin sırasına göre belirlenmektedir. DSM-V tanı ölçütlerine göre, 2-3, 4-5, 6 veya fazla ölçütü karşılayan kişiler hafif, orta, yüksek şiddette bağımlı olarak gruplanmaktadırlar (APA, 2013, s.484). DSM-V'teki bağımlılık kriterlerine bakıldığında bağımlılık şiddetinin fizyolojik, psikolojik ve sosyal etkenlere bağlı olduğu görülmektedir. Bu hususta bağımlılık şiddetini ölçmeye yarayan ölçeklerin de tek

boyutlu değil, hastalığın olumsuz sonuçlar getirdiği bütün boyutlarda değerlendirmesi gerekmektedir.

Ögel vd. (2012) tarafından oluşturulan BAPİ ölçeği ile alkol ve madde kullananların bağımlılık şiddetlerini kişinin madde kullanım özellikleri, tanı ölçütlerini ne kadar karşıladığı, alkol ve madde kullanımının yaşamı üzerinde ne kadar etkisi olduğu, craving düzeyi ve motivasyonu değerlendirilerek hesaplanmaktadır. Bağımlılık şiddeti de bir ayrı ölçek olmak üzere BAPİ formundaki diğer alt ölçeklerin toplamının ortalaması alınarak hesaplanmaktadır.

Bağımlılık yapıcı maddeyi kullanmak için şiddetli bir arzu ve dürtü duyulması aşerme (craving) olarak adlandırılmaktadır. Tez metninin önceki bölümlerinde bağımlılığın beyindeki etkileri açıklanmıştır. Beyindeki dopamin salınımının artması bağımlılığın oluşmasında önemli bir rol oynasa da bağımlılık yapıcı maddelere karşı duyulan istek beyin ve bağımlılık ilişkisinde üzerinde durulması gereken önemli bir diğer konudur. Kalivas (2004), istek duyma sebebini beyindeki prefrontal korteks ve amigdala arasındaki uyarılma olarak açıklamıştır. Bu uyarılmaların sebepleri çevresel faktörler olabileceği gibi, kişinin kendi düşünceleri ve ruh hali de olabilmektedir. Yapılan bir çalışmada alkol kullanımları sebebiyle tedavi gören 205 kişinin istek seviyeleri karşılaştırılmış ve kendilerinde istek uyandıran durumlar listelenmiştir (Westerberg, 2000, s.415-423). Bu listedeki durumlar çalışmanın katılımcılarına açık uçlu sorular sorarak oluşturulmuştur. Listedeki durumların büyük bir kısmını kişinin duygu durumu, düşünceleri ve bedensel belirtileri oluşturmaktadır (Westerberg, 2000, s.418-420). 2002 ve 2003 yıllarında İstanbul'da 21 yaş altı çocuklarla yapılan bir diğer çalışmada en yaygın madde kullanım sebebinin arkadaşların kullanması olduğu, diğer sebeplerin ise öfkelenmek, üşümek, cesaretlenmek istemek gibi durumlar olduğu görülmüştür (Ögel ve Aksoy, 2002, s.135-140). Bu çalışmalara bakıldığında isteğin hem içsel hem çevresel sebeplerden kaynaklanabileceği görülmektedir.

Kullanılan maddeye göre craving düzeylerinin değişiklik gösterdiği bilinmektedir. Alkol ve esrar kullanıcılarının craving düzeylerinin kullanımları için bir yordayıcı olduğu görülmüşken, opiyat kullanıcılarının craving şiddetlerinin tekrar kullanımları için bir yordayıcı olmadığı saptanmıştır (Serre vd.2018, s.123-129).

2.3.5. Bağımlılık Yapan Maddeler

Kullanılabilecek çok sayıda madde vardır. Bir ilacın jenerik adı standarttır ve tüm dünyada kullanılmaktadır. Bununla birlikte, Uyuşturucular çeşitli ticari isimler altında pazarlanmaktadır ve ayrıca birçok sokak adına da sahiptir. *Ticari isimler* genellikle büyük harfle başlar. Örneğin, kaygıyı azaltmak için yaygın olarak kullanılan bir ilaç *diazepamdır* ve bazı ülkelerde Valium (ticari isim) olarak satılmaktadır. Başka bir örnek, Eroinin genel adı olan ve Hindistan'da "kahverengi şeker" ve ABD ve Avustralya'da "smack" sokak adlarına sahip *olan diasetilmorfindir* . Sokak adlarının düzenli olarak değişmesi de yaygındır.

Merkezi sinir sistemi üzerindeki etkilerine göre sınıflandırılan üç ana madde grubu türü şunlardır (APA, 2013):

1. Depresanlar.
2. Halüsinojenler.
3. Uyarıcılar

Depresanlar, merkezi sinir sistemini yavaşlatır veya bastırır. Kullanıcıyı depresif hissettirmek zorunda değiller. Depresan ilaçlar şunları içerir:

- Alkol
- Eroin, morfin, kodein, metadon ve petidin dahil opiyatlar ve opioidler
- Esrar, esrar ve haşhaş yağı dahil esrar
- Rohypnol, Valium, Serepax, Mogadon ve Euhypnos dahil sakinleştiriciler ve hipnotikler
- Seconal, Tuinal ve Amytal dahil olmak üzere barbitüratlar
- Benzin, yapıştırıcı, tiner ve çakmak sıvısı dahil solventler ve inhalanlar

Orta dozlarda depresanlar, kullanıcıları rahatlatabilir. Bazı depresanlar öforiye, sakinlik ve esenlik duygusuna neden olur. Rahatlamak veya kaygıyı, stresi veya ketlenmeyi azaltmak için kullanılabilirler. Sinir sistemini yavaşlattıkları için depresanlar koordinasyonu, konsantrasyonu ve muhakemeyi etkiler.

Daha büyük dozlarda, depresanlar nefes almayı ve kalp atış hızını azaltarak bilinç kaybına neden olabilir. Konuşma bozulabilir ve hareketler yavaşlayabilir veya koordine

olmayabilir. Daha büyük dozların diğer etkileri mide bulantısı, kusma ve aşırı durumlarda ölümdür. Depresanlar birlikte alındığında etkilerini ve aşırı doz tehlikesini artırırlar.

Halüsinojenler gerçeklik algısını bozar. Bu ilaçlar şunları içerir:

- LSD (liserjik asit dietil amid); geziler, asit, mikro noktalar
- Sihirli mantarlar (psilosibin): altın üstler, lapalar
- Meskalin (peyote kaktüsü)
- Ecstasy (MDMA/metilendioksimetamfetamin)
- Esrar ve reçine gibi daha güçlü konsantrasyonlarda bulunan kenevir, merkezi sinir sistemi depresanının yanı sıra halüsinojen olarak da işlev görebilir;
- Ketamme ayrıca K veya ve Özel K olarak da bilinir.

Halüsinojenik ilaçların başlıca fiziksel etkileri gözbebeklerinde büyüme, iştahsızlık, aktivite artışı, konuşma veya gülme, çene kasılması, terleme ve bazen mide krampları ve mide bulantısıdır. Uyuşturucu etkileri, duygusal ve psikolojik bir öfori ve esenlik duygusu içerebilir. Görsel, işitsel ve dokunsal: Kullanıcıların gerçekte var olmayan şeyleri görmelerine veya duymalarına neden olan halüsinasyonlar meydana gelebilir. Halüsinojenlerin etkilerini tahmin etmek kolay değildir. Kişi mantıksız veya tuhaf görünen şekillerde davranabilir. Psikolojik etkiler genellikle kullanıcının ruh haline ve kullanım bağlamına bağlıdır.

Halüsinojenlerin olumsuz etkileri arasında panik, paranoya ve gerçeklikle temasın kesilmesi sayılabilir. Aşırı durumlarda bu, trafiğe girmek veya çatıdan atlamak gibi tehlikeli davranışlarla sonuçlanabilir. Halüsinojenlerin etkisi altındayken araç kullanmak son derece tehlikelidir. Kullanıcıların, halüsinojenik bir ilaçtan kurtulmalarına yardımcı olmak için küçük sakinleştiriciler almaları yaygındır.

Uyarıcılar her gün milyonlarca insan tarafından kullanılmaktadır. Kahve, çay ve kolalı içecekler hafif bir uyarıcı olan kafein içerir. Birçok sigara içicisinin rahatlamak için kullanmasına rağmen, tütündeki nikotin de uyarıcıdır. Efedrin gibi diğer uyarıcı ilaçlar, bronşit saman nezlesi ve astım için ilaçlarda kullanılır. Amfetaminler ve diğer ATS'ler ("buz", "shabu" gibi isimlerle bilinen metamfetamin formları gibi Amfetamin tipi Uyarıcılar) ve kokain çoğu ülkede yasa dışıdır. Uyarıcıların kullanımı çoğu ülkede

büyük bir sorun haline gelmiş ve bazılarında (örneğin Tayland) eroin kullanımını gölgede bırakmaya başlamıştır.

Uyarıcılar merkezi sinir sistemini hızlandırır veya uyarır ve kullanıcının daha uyanık, uyanık veya kendinden emin hissetmesini sağlayabilir. Uyarıcılar kalp atış hızını, vücut ısısını ve kan basıncını arttırır. Diğer fiziksel etkiler arasında iştah azalması, gözbebeklerinin büyümesi, konuşkanlık, ajitasyon ve uyku bozukluğu sayılabilir.

Daha yüksek dozlarda uyarıcılar, kullanıcıyı aşırı uyararak endişe, panik, nöbetler, baş ağrıları, mide krampları, saldırganlık ve paranoyaya neden olabilir. Güçlü uyarıcıların uzun süreli veya sürekli kullanımı da bu etkilere neden olabilir. Güçlü uyarıcılar, alkol gibi depresan ilaçların etkilerini maskeleyebilir. Bu, saldırganlık potansiyelini artırabilir ve kişi araba kullanıyorsa bariz bir tehlike oluşturur. Akıl sağlığı sorunları (örneğin psikoz), sorunlu ATS kullanımıyla ilişkilendirilebilir.

Bu farklılıklar bağımlılık yapıcı maddelerin ayrı ayrı ele alınması gerekliliğini doğurmuştur. DSM-V de bu yönde bir tasnif yaparak bağımlılık yapan maddeleri "*alkol, kafein, esrar, halüsinojenler, inhalantlar, opiyat, sedatif- hipnotik ve anksiyolitikler, uyarıcılar (amfetaminler), tütün ve diğerleri*" olarak tanımlamıştır.

2.3.5.1. Alkol

Alkolün yani etanolün kronik ve aşırı tüketiminden dolayı beyin hasar görür. Etanol tüketiminin miktarı ve süresi herhangi bir alkolik kişinin verdiği hasar ve nöro-davranışsal değişikliklerde başrol oynar. Etki aynı zamanda kişinin yaşına, cinsiyetine, aile geçmişine ve eğitim düzeyine de bağlıdır. Etanol tüketiminin beyin üzerindeki etkileri bir dizi araştırma grubu tarafından incelenmiştir. Bu etkinin temel olarak etanolün ilk metaboliti olan asetaldehitin (CH 3 C H O) oluşumuna aracılık ettiğini öne sürdüler (Hunt, 1996).

Asetaldehit alkoliklerin sağlığına zarar vermede çok önemli bir rol oynar ve davranışsal, nörokimyasal ve nörotoksik eylemlerden sorumludur. Ancak, bu hipotezin birkaç şüphesi vardır ve halen araştırılmaktadır; bununla birlikte, birkaç grup, beyin etanolün asetaldehide oksidasyonunu bildirmiştir. Beyinde etanolün asetaldehite metabolik reaksiyonunda yer alan üç enzim Katalaz, Sitokrom P450 ve Alkol dehidrojenaz. Belirli bir zaman periyodunda beyindeki asetaldehit miktarı, karşılaştırmalı olarak

asetaldehitin uzaklaştırılma ve oluşma oranına dayanır. Bunun nedeni, asetaldehitin asetata oksidasyonunun büyük miktarda gerçekleşmesidir. Bu nedenle, asetaldehitin beyinde yaptığı kesin hasar hala araştırılmaktadır (Ögel, 2010, s.17).

Yaşamımız için gerekli olan vitamin ve mineraller, kronik alkolizm nedeniyle ciddi şekilde eksik kalmaktadır. Eksiklik, parçalanmadaki inhibisyon ve absorpsiyonun azalması ile ilişkilidir. Alkol pankreastan sindirim enzimlerinin salgılanmasını yavaşlatır ve bu nedenle besinlerin kullanılabilir moleküllere parçalanmasını engeller. Ayrıca alkol, mide ve bağırsaklardaki hücrelere zarar verir ve besin emilimini azaltır. Alkol ayrıca sindirilen ve emilen besinlerin taşınmasını, depolanmasını ve atılımını da etkiler (Watson ve Preedy, 2003).

Kronik alkolik kişiler vücutlarında kalsiyum (Ca), magnezyum (Mg), demir (Fe), çinko (Zn) vb. minerallerin eksikliğini göstermiştir. Mineral eksikliklerinden kaynaklanan cilt lezyonları, çinko ile ilgili gece körlüğü ve kalsiyumla ilgili kemik vb. gibi çeşitli hastalıklara mineral eksikliği hastalıkları da denir (Feinman, 1989). Alkol tüketimi birçok kronik hastalık ve durumun başlamasına ve gelişmesine neden olur. Uluslararası Hastalık Sınıflandırması (ICD)-10'daki yirmi beş kronik hastalık ve durum kodu tamamen alkole atfedilebilir. Alkolün tümörler, kanserler, sayısız kardiyovasküler ve sindirim sistemi hastalıkları ve nöropsikiyatrik durumlar gibi hastalıklarla ilişkili olduğu bulunmuştur (Shield, Parry ve Rehm 2013).

Kronik ve aşırı alkol tüketimi sinir sistemini etkiler. Bu düşünce bozukluğuna, bunama, el ve ayaklarda uyuşma ve ağrıya ve kısa süreli hafıza kaybına neden olur. Çeşitli çalışmalar alkol ve Alzheimer hastalığı (AH) ve vasküler demans arasındaki ilişkiyi kanıtlamıştır. Yüksek alkol tüketimi, geç başlangıçlı demans için bir risk olarak kabul edilir. Birincil nöron kültürü ile yapılan ilk çalışmalar, etanolün Ap toksisitesini ve nöron hücre ölüm mekanizmalarını alevlendirme yeteneği hakkında bilgi sağlamıştır (Sun, Lusiak ve Sun 2001).

2.3.5.2. Esrar

Tarihte alkolden sonra kullanıldığı bilinen ilk madde esrardır. MÖ 4000'li yıllara tarihlendirilen esrar dünyanın çoğu yerinde yetişen kenevir bitkisi *Cannabis sativa'*dan gelir. Kenevir bitkisi çeşitli şekillerde tüketime hazırlanır. Esrarın üç yaygın şekli

marihuana, haşhaş ve haşhaş yağıdır. Esrar terimi, kenevir bitkisine ve onun somatik veya psişik değişiklikler üreten herhangi bir parçasına veya özüne atıfta bulunur. Bitkinin yapraklarını ve çiçekli üstlerini kurutmak, tütün benzeri madde üretir. Kenevir bitkisinin reçinesinden haşhaş ve haşhaş yağı hazırlanır (Pakiş ve Polat, 2016).

Bazı insanlar esrara psikolojik olarak bağımlı hale gelirler ve esrarı kullanmayı bırakmak için çok çaba sarf etmeleri ve hatta tıbbi tedavi görmeleri gerekir. Esrar içildiğinde, etkileri dakikalar içinde hissedilir, 10 ila 30 dakikada zirveye ulaşır ve iki veya üç saat oyalanabilir. Esrarın insanlar üzerindeki en belirgin ve doğrulanmış etkisi, kalp atış hızında dakikada 160 atışa kadar doza bağlı, geçici bir artıştır. Gözlerin kızarması da akut esrar kullanımına karşı yaygın bir fizyolojik tepkidir.

Esrardan alınan bir dozun yüksek etkisi birkaç saat sürebilir. Bu süre zarfında çoğu kullanıcı rahatlamış ve kendine güvenmiş hisseder ve zaman ve mekân algılarını değiştirir. Bazı yeni kullanıcılar ve yoğun kullanıcılar kafa karışıklığı, endişe ve panik yaşar. Bir kullanıcı, marijuana ile sarhoşken, hafıza, düşünme, konuşma, çeşitli problem çözme türleri ve kavram oluşumu üzerindeki etkiler dahil olmak üzere, bozulmuş psikolojik işlevsellik belirtileri gösterir. Bu etkilerin çoğu, parçalanmış konuşmaya, ayrık düşünceye ve kişinin düşünce zincirini kaybetme eğilimine yol açan kısa süreli hafızadaki bozulmayı ortak olarak paylaşıyor gibi görünmektedir (Schauer vd., 2016, s.2).

İlaç vücutta aktifken araç veya makine kullanmak kullanıcıyı ve diğerlerini yüksek kaza riskine sokar. Bazı yeni kullanıcılar, özellikle ergenler ve düzenli olarak çok kullanan kişiler psikoz yaşayabilir. Şizofreni hastaları veya ailesinde psikoz öyküsü olanlar yüksek risk altındadır. Uzun süreli ağır esrar kullanımının sağlığınız üzerinde olumsuz bir etkisi olması muhtemeldir. Bu etkiler aşağıdaki gibi sayılabilecektir (WHO, 2014, s.85):

- Bronşit ve kanser gibi solunum yolu hastalıkları genellikle sigara içenlerle ilişkilidir.
- Bazı hafıza ve zihinsel kapasite kaybı.
- Kadınlar hamilelik sırasında esrar kullandıklarında çocuklar için potansiyel risk teşkil etmektedir.

- Kullanıcılar esrara bağımlı hale gelebilir ve uyuşturucu kullanımlarını kontrol etmekte büyük zorluk çekebilir.

Çoklu madde kullanımlarında sıklıkla kendini gösteren esrar bu yönü itibariyle geçiş maddesi olarak ifade edilmektedir. Ancak esrarın daha güçlü maddeler için geçiş maddesi olabildiğine işaret eden bilimsel çalışma bulguları henüz bulunmamaktadır (Williams, 2020, s. 271).

2.3.5.3. Sentetik Kannabinoidler

Sentetik kannabinoidler sentetik maddelerin adaçayı, damiana çayı, yavşan otu, kekik, kalitesiz esrar, kına, hint kınası, kimyon gibi bitkisel ürünlerin üzerine sprey ile püskürtülüp tekrar kurutulmuş halidir (T.C. İçişleri Bakanliği Emniyet Genel Müdürlüğü Narkotik Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, 20208). Yurt dışında daha çok "spice", "K2" olarak bilinen bu maddeler Türkiye'de daha çok "bonzai" ve "jamaika" isimleriyle bilinmektedirler (Altınışık, vd.2015, s.118). Sentetik kannabinoidlerin 300'e yakın çeşidinin varlığı bilinmektedir

Sentetik kannabinoid ani ölümlere sebep olabilen bir maddedir. Türkiye'de 2018 yılında madde kullanımına bağlı ölümlerin %45,8'inde sentetik kannabinoid kullanımı görülürken, 2019 yılında madde kullanımına bağlı ölümlerin %13,2'sinde sentetik kannabinoid kullanımına rastlanmıştır (Altınışık, 2020).

Sentetik kannabinoidleri kullanan kişilerde yaygın olarak görülen etkiler aşağıda sıralanmıştır:

- Bilişsel işlevlerde (özellikle öğrenme ve hafıza) bozulma
- Öfori
- Halüsinasyonlar
- Uyku bozuklukları
- İştahta artma)
- Kalp çarpıntısı ve göğüs sıkışması
- Ani saldırganlık
- Bulantı, kusma

- Baş dönmesi, bayılma (Küçük vd.2015, s.20; Pakiş ve Polat, 2016, s.7). Yoksunluk belirtileri ise:
- Kaygı
- Kas ağrıları
- Baş ağrısı
- Taşikardi
- Ürpertiler
- İştahta azalma olarak belirtilmiştir (Haney, 2005; Akt: Nacca vd.2013, s.297).

2.3.5.4. Ekstazi

Kimyasal *Metilendioksimetamfetamin* (MDMA), kullanıcıların başkaları tarafından görülmeyen şeyleri görmelerine neden olabilen ve sükûnet hissi, artan güven ve insanlara yakınlık hissi yaratan bir ilaçtır, bu yüzden aşk ilacı olarak da bilinir. Kullanıcılar ayrıca çene sıkma, diş gıcırdatma, ağız ve boğaz kuruluğu, mide bulantısı ve iştahsızlık, kaygı, paranoya ve kafa karışıklığı yaşayabilir (WHO, 2004).

Ecstasy, kalp veya solunum rahatsızlıkları veya depresyon veya psikolojik rahatsızlıkları olan kişiler için tehlikeli bir ilaç olarak kabul edilir. Ertesi gün, şiddetli bir akşamdan kalma, kullanıcıyı "yanmış" hissetmesine neden olabilir. Semptomlar iştah kaybı, uyku sorunları, ağrı ve kafa karışıklığı şeklinde kendini göstermektedir.

Aşırı doz, çok yüksek tansiyon, artan kalp atışı ve vücut ısısı ile sonuçlanabilir. Birçok insan dansta veya partilerde ekstazi alımını bir kuralmışçasına kabullenmiş gibidir. Ecstasy vücut ısısını tehlikeli seviyelere çıkarabilir. Ecstasy'nin uzun vadeli etkileri hakkında pek bir şey bilinmiyor, ancak bazı beyin hücrelerine zarar verebileceğine dair bir kısım çalışma önerileri de bulunmaktadır. Çok az insan ekstaziyi uzun süre kullanıyor gibi görünüyor. Ecstasy, sayıları giderek artan "tasarımcı ilaçlardan" biridir ve birçok yeni varyasyonu zaten mevcuttur (Grispoon ve Bakalar, 1986).

Bağımlılıkta yoksunluk belirtilerinin 1-3 gün aralığında sürelerde ortaya çıktığı ve aşağıdaki durumları içerdiği bildirilmiştir. Yoksunluk belirtileri 1-3 gün arasında ortaya çıkar ve aşağıda sıralanmıştır (McKetin vd.2014):

- Kaygı

- İştah artması
- Yorgunluk
- Huzursuzluk
- Ajitasyon
- Depresyon
- Aşırı uyku hali.

2.3.5.5. Kokain

Esas olarak kokain hidroklorür adı verilen beyaz bir toz halinde üretilerek kullanılmaktadır. Bu formdaki kokain genellikle burundan çekilir veya enjekte edilir. Kokain, etkinliği artırılmak için için genellikle mannitol veya başka bir şeker türevi madde ile karıştırılabilmektedir. Dakikalar veya saatler sürebilen kokainin etkileri çok hızlı gerçekleşir ve aşırı bir refah hissi, artan kalp atış hızı, ajitasyon, cinsel uyarım, uyanıklık, enerji, öngörülemezlik ve saldırgan davranışları içerebilir. Burundan düzenli olarak kokain çekilmesi halinde burnun içi ciddi şekilde zarar görebilir. Kokain veya koka yüksek derecede bağımlılık yaratır ve diğer uyarıcılarda olduğu gibi açlığı, susuzluğu ve dinlenme, yiyecek ve su gibi doğal ihtiyaçları azaltır. Ölüm, aşırı doz veya kaza sonucu meydana gelebilir (Ögel, 2010, s.53).

Kokainin bazı vakalarda tek bir kullanımla birlikte bağımlılık yaptığı da görülmüştür. Kokainin akut etkileri (Gawin, 1991, s.1581).

- Göz bebeklerinde büyüme
- Enerji patlaması
- Öfori
- Ağızda kuruluk
- Yüksek odaklanma yeteneği
- Kaygısızlık

2.3.5.6. Taş

Taş maddesi, diğer adıyla "crack" kokainin kristalize edilmiş halidir (Rosario vd.2020). Görüntüsünün küçük taşlara benzemesinden ötürü bu adla anılmaktadır. En yaygın kullanım şekli, maddenin yakılıp dumanının inhale edilmesidir. Taş, kokain gibi

bağımlılık şiddeti oldukça yüksek olup etkileri ve yoksunluk belirtilerinin kokain ile aynı olduğu bilinmektedir (Ögel, 2010, s.55).

2.3.5.7. Amfetamin (Metamfetamin)

Beyne giden ve beyinden vücuda giden mesajları hızlandıran psiko-uyarıcı adı verilen bir ilaç grubuna aittir. Çoğu amfetamin yasadışı arka bahçe laboratuvarlarında üretilir ve yasadışı olarak satılır. Bu laboratuvarlar hijyenik değildir ve ilaçlarda kalan atık maddelerden zarar gelebilir. Amfetamin ilaçları, merkezi sinir sisteminin güçlü uyarıcıları olan kimyasal olarak üretilmiş ilaçlardır (Ögel, 2010).

Amfetaminler ilk olarak, bir kişinin kontrol edilemeyen uyku bozukluklarından olan narkolepsiyi tedavi etmek için kullanılmışlardır. Amfetaminler daha sonra iştah kesici olarak popüler hale gelmişler ve bunun yanı sıra uzun süre uyanık kalmanın bir yolu olarak da kullanılmışlardır. Amfetaminlerin kullanımı, kısa vadeli ve uzun vadeli etkilerinin yanı sıra kokainle benzer şekil ve amaçlar için kullanılmaktadır. Amfetaminler meyve suyu içinde seyreltilebilir, burundan çekilebilir veya bir damara enjekte edilebilir. Sokak amfetaminlerinin bilinmeyen gücü nedeniyle aşırı doza bağlı olarak ölümler yaşanabilmektedir. Amfetaminler nefes almayı ve kalp atış hızını artırabilir, kan basıncını yükseltebilir ve algı reseptörlerini uyarabilir özelliğe sahiptirler. Yüksek dozlar hızlı veya düzensiz kalp atışı, titreme, koordinasyon kaybı ve çökmeye neden olabilir. Artan dozlarla, kullanıcılar genellikle agresif ve potansiyel olarak şiddetli olabilir. Yoksunluk belirtileri yorgunluk, uyku bozukluğu, sinirlilik, açlık ve şiddetli depresyonu içerir (Winslow vd.2007).

ATS (Amfetamin tipi Uyarıcı) terimi artık amfetaminler, metamfetaminler, Ecstasy (MDMA) ve diğer ilgili maddeler gibi kimyasal olarak ilgili sentetik maddeleri gruplamak için kullanılmaktadır. Bu maddelerin ortak isimleri arasında metamfetaminler için "hız", "vızıltı", (çoğunlukla amfetaminler için) "buz", "kristal" ve "shabu" ve genellikle metamfetamin içeren karışık kimyasallar için kristal tanımı kullanılmaktadır (Winslow vd.2007, s. 1169)

Kokain ve metamfetamin arasındaki en büyük fark, etki süresidir. Kokainin öforik etkilerinin yarı ömrü 45 dakikadan az, metamfetamin için üç ila altı saattir. Bu nedenle, metamfetamin kullanıcılarında uyarıcı kaynaklı öfori süresi çok daha uzun olabileceği

gibi, aynı şekilde muhakeme bozukluğu süresi de daha uzun olacaktır. Kalıcı nörolojik değişiklikler ve eksiklikler, kronik metamfetamin kullanımından kaynaklanabilir.

2.3.5.8. Eroin

Eroin maddesi opioid maddeler sınıfında yer alan ve bağımlılığa en çok eşlik eden madde olma özelliği taşımaktadır (Dilbaz, 2012, s.63). Temel maddesi morfin olan eroinin saflık düzeyi beyazlığı ile değerlendirilmektedir (Ögel, 2010, s.41).

Afyon haşhaşından elde edilir ve genellikle beyaz veya pembe/bej renkli kaya veya toz halinde bulunur. Sokakta satılan eroinin saflığı, öngörülemeyen yasadışı uyuşturucu pazarındaki dalgalanmalara bağlı olarak, yüzde 25-30 gibi düşük bir orandan yüzde 85-90'a kadar büyük ölçüde değişebilir.

Doktorlar tarafından kanser ve kalp krizi hastalarında ağrı tedavisinde yaygın olarak kullanılan güçlü bir ağrı kesicidir. Tıbbi olarak kullanılan saf eroin nispeten güvenli bir ilaçtır. Saf eroin beyaz bir tozdur. Sokak adları "skag", "smack", "H", "at", "harry", "önemsiz", "henry" ve "kahverengi şeker" şeklinde sayılabilmektedir.

Eroin içilebilir, koklanabilir veya enjekte edilebilir. Bu yöntem nispeten etkisiz olduğu için nadiren yutulur. Eroin bir mum veya kibrit üzerinde bir parça kalay folyo veya bir kaşık üzerinde ısıtıldığında, oluşan duman genellikle küçük bir tüp aracılığıyla solunur ("ejderhayı kovalamak" olarak bilinir). Doğrudan damarlara enjeksiyon, anında kısa süreli zevkli bir his verir ("acele" olarak bilinir). Eroin, en sık enjekte edilen yasadışı uyuşturucudur.

Kullanıcılar, başlangıçta eroinin kendilerini sıcak, sevilmiş ve güvende hissettirdiğini söylüyor. Eroin, genellikle 6-10 saat süren son derece yoğun ve yüksek bir hız sağlar. Saf haliyle, kontrollü klinik koşullarda eroin vücut için nispeten toksik değildir ve vücut dokusuna ve diğer organlara çok az zarar verir. Ancak, düzenli kullanıcıların buna bağımlı hale gelme olasılığı çok yüksektir. Bazı uzun vadeli etkiler kabızlık, adet düzensizliği ve cinsel dürtü kaybını içerir.

Saf olmayan sokak eroini genellikle saf eroin ve şeker gibi diğer maddelerin bir karışımıdır. Bazen hız veya sakinleştirici gibi diğer ilaçlar da karışır. Bu çok zehirlidir. Saf olmayan eroin, çökmüş damarlara, tetanoza, apselere ve kalbe, akciğerlere,

karaciğere ve beyne zarar verir. Kullanıcı genellikle kullandığı eroinin gücünü bilmediğinden, yanlışlıkla aşırı doz alıp ölmesi kolaydır.

Eroin kullanımıyla ilişkili komplikasyonlar tolerans içerebilir ve bu durum bu kullanıcının aynı etkiyi elde etmek için kullanım süresi ilerledikçe daha fazla miktara ihtiyacı olacağı anlamına gelmektedir. Eroin kullanmak, ilaca hem psikolojik hem de fiziksel bağımlılığa neden olabilir. Eroin bağımlılığı son derece pahalıdır ve bağımlı eroin kullanıcısının "alışkanlığını" desteklemek ve sadece normal hissetmek için daha fazla paraya ihtiyacı olduğundan, birçok suçun ana nedenidir. Hayat, para bulma, ilacı alma ve kullanma ile sonsuz bir döngü haline gelebilir (WHO, 2012).

2.3.5.8. Uçucu Maddeler (İnhalantlar)

Bazı kimyasallar veya ilaçlar havada gaza dönüşür ve dumanlar solunduğunda kullanıcının kendini yüksek hissetmesine neden olabilir. Bu türden uçucu uyuşturucular inhalantlar olarak ifade edilmekte ve günlük hayatta tutkal, aerosol sprey kutuları, çakmak sıvısı, tiner, krom bazlı boya veya benzin gibi birçok ev ürünü uyuşturucu madde olarak kullanılmaktadır.

Yüksek dozdan sonra ilaç merkezi sinir sistemini veya beyinden vücuda giden mesajları yavaşlatır. Etkilerin çoğu kullanımdan sonraki bir saat içinde geçer. Birçok kez kullanmak, kullanıcıların bayılmasına, kötü kramplara girmesine, ne olduğunu bilememesine ve hatta ölmesine neden olabilir. Bu ürünlerin bazılarında bulunan ilaç, özellikle kullanıcı stresliyse veya ağır egzersiz yapıyorsa kalp yetmezliğine neden olabilir. Bazı kullanıcıların nefes aldıkları plastik torbada bayıldıkları ve boğuldukları bilinmektedir. Çoğu sokak uyuşturucusu gibi, inhalanların kullanımı bağımlılığa yol açabilir, ancak inhalanları deneyen hemen hemen herkes onları yalnızca bir veya iki kez kullanır. Etkileri hemen görülmekle birlikte 15 dakika içerisinde geçmektedir (Ögel, 2010, s.33).

İnhalantların bir kısım etkileri aşağıda ifade edilmiştir (Boztaş ve Arısoy, 2010, s.520):

- Dürtüsellik
- Sersemleme
- Uyarılmada artma
- Öfori

- Halüsinasyonlar
- Duygudurumun ani değişimi

Yoksunluk belirtileri ise (Perron vd.2009, s.936):

- Huzursuzluk
- Odaklanamama
- Kaygı
- Uykusuzluk
- Şiddetli istek olarak belirtilmiştir.

2.3.5.9. Halüsinojik Maddeler

Halüsinojik maddelerin kullanımı alkol ve esrar gibi oldukça eski çağlara dayanmaktadır. Tarihteki bazı kültürler halüsinojik maddeleri bir "iyileştirici" olarak görmüş ve bu maddeler o kültürlerin önemli bir parçası olmuştur (Winkelman, 1997, s.143). Halüsinojik maddelerin bağımlılık şiddetleri diğer maddelere kıyasla düşüktür (Ögel, 2010, s.152). Bu maddelerin yakın zamanlarda kullanımının maddenin etkilerini azalttığı bildirilmektedir. Sentetik üretilen ilk halüsinojik madde LSD'dir. LSD maddesi eski zamanlarda tıbbi amaçlı üretilip kullanılmış bir madde olup 1990'ların başları itibariyle kullanımı yasaklanmıştır (Akvardar, 2012, s.181).

Halüsinojenlerin en iyi bilinenleri LSD (*Liserjik Asit ve Dietilamid*) . Sentetik bir ilaç olarak, en güçlü zihin değiştiren kimyasallardan biridir. LSD en yaygın olarak tablet formunda veya bir kapsül veya bazen şekerleme gibi başka bir doz formuna dahil edilen tablette görülür. LSD, uzun süreli kullanımlardan sonra bile, hiçbir yoksunluk semptomu gözlemlenmeden, çok az fiziksel bağımlılığa neden oluyor veya hiç yok gibi görünüyor. Ancak, kullanıcılar psikolojik bağımlılık geliştirebilir. (Akvardar, 2012, s.182).

3. YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın modeli, evren ve örneklemi, veri toplama araçları, verilen toplanması ve analiz edilmesi ile ilgili bilgiler sunulmaktadır.

3.1. Araştırma Modeli

Araştırma modeli olarak betimsel tarama ve ilişkisel tarama modelleri kullanılmıştır. Betimsel tarama ile yapılan araştırmalarda amaçlar genellikle soru cümlesi ile ifade edilir. Tarama araştırmaları geniş kitle kullanılarak araştırılan kişinin belirlediği sorular üzerinden yola çıkılarak veriler toplanır. Geçmişte veya günümüzde var olan bir durumun betimlemesini amaç edinir. İlişkisel tarama modelinde ise iki değişken arasındaki ilişki ve bu ilişkinin boyutları araştırılmaktadır. Değişkenlerin birbirlerine bağlı olarak sergiledikleri değişimin mahiyeti dikkate alınarak aralarındaki ilişkinin değerlendirilmesini amaçlayan araştırma biçimidir (Karasar, 2009)

3.2. Evren ve Örneklem

Sosyal bilimlerde yapılan ampirik araştırmalar sınırların ve özellikleri belirlenmiş bir evren içerisinde gerçekleştirilmektedirler. Buna bağlı olarak araştırma evreninin çerçevesi oluşturulur ve araştırma sonuçlarının bu evren için genellenebilirliğine çaba gösterilir. Evren, tanımsal olarak bir araştırma konusunun odağında yer alan en geniş inceleme kitlesini ifade etmektedir Örneklem ise belirli kurallar dairesinde bu evren içerisinden seçilen ve evreni temsil kabiliyeti olan alt küme olarak tanımlanmaktadır. Araştırmalar, evrenin tamamına ulaşmanın mümkün olmadığı veya maliyet, zaman gibi kısıtların söz konusu olduğu durumlarda evren içerisinden seçilen örneklem kümeler ile seçilir ve elde edilen araştırma sonuçları evrene genellenmek suretiyle gerçekleştirilirler. Bu sebepten örneklem seçimi de belirli kurallar dairesinde yapılmak zorunda olacaktır. Örneklem seçilirken, evrenin özelliklerini taşıması ve evreni temsil edecek yeter sayıda olmasına dikkat edilmektedir. Örnekleme yapılırken, öncelikli olarak araştırma amaçlarına bağlı olarak sonuçların genelleneceği evrenin sınırlandırılması ve ve tanımlanması gerekir. Bunun akabinde bu tanıma uygun ve evren sınırları içerisinde bir örneklem oluşturulur (Karasar, 2005, s.116). Bu çerçevede araştırma evreni amaçlı çalışma kriterlerine uyan bağımlılık tedavisi alanlardan oluşan ve çalışmaya katılımı gönüllü olarak kabul eden 176 danışandan oluşmaktadır.

3.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada kullanılan veri toplama araçları aşağıdaki başlıklar altında izah edilmiştir.

3.3.1. Demografik Bilgi Formu

Form, araştırmacı tarafından araştırma amacına paralel olarak oluşturulmuştur. Demografik özellikler tespit edilirken aynı zamanda çocukluk çağı travmaları ve bağımlılıkla ilgili belirgin sebeplere ilişkin sorulara da yer verilmiş (aile ilişkileri, çevresel ilişkiler, anne-baba tutumu algısı vb.) ve 20 soruluk bir form oluşturulmuştur.

3.3.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Ölçeğin orijinali, Bernstein vd., (2003) tarafından geliştirilmiş olup çocukluk ve ergenlik çağlarındaki örselenme ve ihmal temalı yaşantıları geriye dönük tarama amaçlı bir özbildirim ölçeği olma niteliği taşımaktadır. Türkçe 'ye uyarlama çalışması Şar ve Öztürk (2012) tarafından yapılmış, iç tutarlılığa ilişin olarak Cronbach alfa katsayısı araştırmacılar tarafından 0,93 olarak bildirilmiştir. Ölçek beşli likert yapıda olup puan hesaplaması noktasında olumlu ifadelere verilen yanıtların tersi alınmak suretiyle skor oluşturulur. Minimizasyona yönelik olan 10, 16 ve 22'nci madde ifadelerinin olumlu olmalarına karşın puanlarının ters çevrilmesi gerekmemektedir. Alt boyutlara ilişkin puanlar toplamı 5-25 aralığında değişmekte ve toplam puan ise 5 alt boyutlu bir yapı olduğundan bunun 5 katı olarak ortaya çıkmaktadır (25-125 arasında). Bu çalışmada ÇÇTÖ-28 olarak ifade edilen ve 28 maddeden oluşan ölçek kullanılmıştır. Beş alt boyuttan oluşan ölçeğin bu boyutları "Fiziksel İhmal (1,3,5,15,28), Duygusal ihmal (4,6,12,18,27), Fiziksel istismar (8,9,10,14,16), Duygusal istismar (2,7,13,17,24), ve Cinsel istismar (19,20,22,23,26)" şeklinde olup yapılan faktör analizi neticesinde 3 boyutlu bir yapıya ulaşılması nedeniyle ölçeğin orijinal yapısının kullanılması tercih edilmiştir. Şar ve Öztürk (2012) ölçek puanlarının toplam veya ortalama şeklinde kullanılabileceğini bildirmişlerdir. Buna bağlı olarak boyut skorları arasında varyans farklılıklarının minimuma indirgenebilmesi için bu araştırmada skorlar ortalama olarak hesaplanmıştır.

3.3.3. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Benlik saygısı düzeylerinin belirlenmesine yönelik olarak literatürde en yaygın biçimde kullanılan ve 1965 yılında Rosenberg tarafından geliştirilen Benlik Saygısı Ölçeği kullanılmıştır. Türkçe uyarlaması Çuhadaroğlu (1985) tarafından gerçeklenen ölçeğin iç

tutarlılık katsayısı olan Cronbach alfa katsayısı araştırmacı tarafından 0,71 olarak bildirilmiştir. Ölçek kısa formu dörtlü likert yapıdaki 10 maddeden oluşmaktadır. Ölçek puanlaması neticesinde 3 kategori oluşmaktadır. Bu kategoriler yüksek benlik saygısı, düşük benlik saygısı ve orta düzey olarak ifade edilmektedir. Puanlamaya ilişkin olarak her bir yanıtın ayrı bir katsayısı olup bu katsayıların toplanması suretiyle benlik saygısı düzeyi saptanmaktadır. Ölçek puanları ile benlik saygısı düzeyi negatif bir ilişki sergilemekte, puan düştükçe benlik saygısı yükselirken, artan puan düşük benlik saygısını ifade etmektedir. Yapılan puanlamada 0-1 arası puan arası yüksek benlik saygısı. 5-6 arası puan aralığı düşük benlik saygısı ve 2-4 arası puan arası orta düzeyde benlik saygısını ifade etmektedir.

3.3.4. Bağımlılık Profil İndeksi

Ögel vd., (2012) tarafından geliştirilen Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ) 37 soru ve 5 alt ölçekten oluşmakta olup bir öz bildirim ölçeği niteliğindedir. Alt ölçekler, "madde kullanım özellikleri, bağımlılık tanı ölçütleri, madde kullanımının yaşama etkileri, şiddetli madde kullanımı isteği (craving) ve madde kullanımını bırakma motivasyonu şeklindeki olguları ölçmektedir. Araştırmacılar ölçeğin güvenilirlik katsayısını toplam için α=.89 ve alt ölçekler için α=.63-.86 aralığında analiz ettiklerini bildirmektedirler. Alt ölçek puanları, ilgili başlık altında yer alan madde puanlarını toplamıyla oluşmaktadır. Madde kullanım özelliklerini belirleyen alt ölçeğin puanlaması için kullanılan maddeler ve kullanım sıklıklarını tespit eden 11 soruya verilen yanıtların aritmetik ortalamasına, "maddenin sorunlu kullanımı" sorusunun puanı eklenerek hesaplanmaktadır. Toleransı sorgulayan iki sorunun yanıt ortalaması anılarak tek bir puana indirilmiş, madde yoksunluğunun hesaplanmasında da aynı yol izlenmiştir. BAPİ toplam puanı ise alt ölçek puanlarının toplamından oluşmaktadır.

3.4. Verilerin Toplanması ve Analizi

Araştırmada kullanılan veriler Ek-1 ile verilen anket formu aracılığı ile toplanmıştır. Katılımda gönüllülük esasına dayalı olarak görüşmeler gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amacına uygun nitelikteki bağımlılık tedavisi gören kimselerle ilgili kurumlardan izin alınmak suretiyle birebir görüşmeler yapılmış ve anketin mahiyeti anlatılmıştır. Bu kimselere anket formu verilmiş ve doldururken herhangi bir soru sormaları ihtimaline karşın beklenmiştir. Katılımcıların ankete ilişkin soruları

araştırmacı tarafından yanıtlanmış ve bu süreçte yönlendirme olmaması için azami gayret gösterilmiştir. Toplanan veriler, SPSS 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Araştırma modeline bağlı olarak betimsel ve ilişkisel tarama doğrultusunda analizler yapılmıştır. Betimsel taramada katılımcı yanıtlarının ortalama, standart sapma ve frekans dağılımları analiz edilerek bu değerlerden hareketle bulgular oluşturulmuştur. Öte yandan, çocukluk çağı travmaları ve benlik saygısı ile bağımlılık arasındaki ilişkinin tespiti için korelasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen değişkenler arası korelasyonlardan hareketle değişkenler arası ilişkinin irdelenmesinde regresyon analizi kullanılmıştır. Bunların yanı sıra ailede çocukluk çağı travmaları alt boyutları, benlik saygısı ve madde bağımlılık boyutlarının demografik değişkenlere bağlı olarak farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir. Yapılan analizler öncesinde kullanılacak yöntemin belirlenmesi için dağılımın normalliğinin belirlenmesi esastır. Bunun için Kolomogrov-Smirnow testi kullanılarak yapılan analizlerle elde edilen basıklık ve çarpıklık değerleri üzerinden normallik varsayımı değerlendirilmektedir. Kolmogorov-Smirnov test sonuçlarından hareketle aritmetik ortalama, medyan ve mod değerlerinin birbirlerine eşit veya çok yakın olmasının yanı sıra basıklık ve çarpıklık katsayılarının ±1 aralığında 0'a yakınlığı basıklık ve çarpıklık katsayılarının kendi standart hatalarına bölünmek suretiyle hesaplanan index değerlerinin ±2 aralığında 0'a yakınlıkları, bağıl değişim katsayısının 20-25 aralığında olması gibi (Howitt ve Cramer, 2011, Tabachnick ve Fidell, 2013) koşulların sağlanıp sağlanmadığı incelenmiş ve bunlara bağlı olarak verinin normal dağılım sergilediğine kanaat getirilmiştir. Verinin normal dağılım sergilemesine bağlı olarak varyans karşılaştırmalarında parametrik testlerin uygulanabilirliği saptanmıştır.

4. BULGULAR

Çalışmanın bu bölümünde katılıcımalardan toplanan veriler üzerinde yapılan istatiksel analiz sonuçları tablolar ve açıklamaları ile sunulmuştur.

4.1. Değişkenler Arası İlişkilere Yönelik Bulgular

Araştırmada incelenen değişkenler arasındaki ilişkinin belirlenmesi için korelasyon analizinden yararlanılmıştır. Elde edilen analiz sonuçlarına Tablo 4.1'de yer verilmiştir.

Tablo 4.1: Değişkenler Arası Korelasyon Katsayıları

	Bağımlılık Şiddeti (r)	p	Benlik Saygısı (r)	p
Fiziksel İhmal	-,015	,846	,097	,202
Duygusal İhmal	,088	,250	**-,316****	,000
Fiziksel İstismar	**,183***	,017	**-,189***	,013
Duygusal İstismar	**,270****	,000	**-,237****	,002
Cinsel İstismar	**,262****	,001	**-,195****	,010
Benlik Saygısı	-,085	,269		

*. p<,05; **.p<,01

Araştırmada değişkenler arası korelasyon incelenmiş ve elde edilen analiz sonuçları Tablo 4.1 ile verilmiştir. Tablo verileri incelendiğinde, Bağımlılık ile çocukluk çağı travmaları alt boyutları olan fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar arasında pozitif yönlü bir korelasyonun varlığı görülürken duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar ile benlik saygısı arasında negatif yönlü korelasyon ilişkilerinin varlığı söz konusudur.

Bağımlılık şiddeti ile fiziksel istismar arasındaki korelasyonun pozitif yönlü ve zayıf kuvvette (r=,183; p=,017)) olduğu saptanmıştır. Ayrıca, duygusal istismar (r=,270;p=000) ve cinsel istismar (r=,262;p=,001) ile bağımlılık arasında da pozitif yönlü ve zayıf kuvvette korelasyonun varlığından söz etmek mümkündür.

Benlik saygısı ile çocukluk çağı travmaları ilişkisinde benlik saygısı ile duygusal ihmal arasında negatif yönlü ve zayıf kuvvette (r=,316; p=,000) bir korelasyonun varlığı söz konusudur. Ayrıca, benlik saygısının ile fiziksel istismar arasında (r=-,189; p=,013) negatif yönlü ve zayıf kuvvette, duygusal istismarlarla (r=-,237; p=,002) negatif yönlü ve zayıf kuvvette ve cinsel istismarla (r=-,195; p=,010) negatif yönlü ve zayıf kuvvette bir korelasyonun varlığı görülmektedir.

Araştırmada çocukluk çağı travmaları ile bağımlılık arasındaki korelasyon ilişkisinden hareketle kurulan regresyon modeliyle çocukluk çağı travmalarının madde bağımlılığını ne düzeyde yordadığı araştırılmıştır. Analiz neticesinde elde edilen regresyon modelinin F(6,121) =35,871, p<,001 olduğu ve bağımlı değişkendeki varyansın %46,5'inin ($R^2_{adjusted}$ = .465) bağımsız değişken olan bağımlılık tarafından açıklandığı tespit edilmiştir.. β = ,278, t(121)= 4,612, p=,000, pr^2 =,081.

Diğer taraftan benlik saygısı bağımlılık ilişkisine yönelik olarak yapılan analiz neticesinde yüksek benlik saygısının madde bağımlılığında negatif yönlü bir etkisinin varlığı saptanmıştır. Bu ilişki ise β = ,-227, t(121)= 3,248, p=,000, pr^2 =,036 formülü ile verilebilmektedir.

Elde edilen bu analiz sonuçlarına ek olarak çocukluk çağı travmalarının bağımlılık üzerindeki etkisinde yüksek benlik saygısının (β = ,-196) negatif yönlü bir etkisinin varlığının yanı sıra düşük benlik saygısının (β = ,-209) pozitif yönlü bir etkisinin var olduğu saptanmıştır.

4.2. Demografik Değişkenlere Bağlı Olarak Elde Edilen Bulgular

Araştırmada demografik değişkenlere bağlı olarak araştırmanın bağımlı ve bağımsız değişkenlerine ilişkin ortalamaların farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiş ve elde edilen buğulara bu başlık altında alt başlıklar halinde yer verilmiştir.

4.2.1. Cinsiyet Değişkenine İlişkin Bulgular

Araştırmanın demografik değişkenlerinden olan cinsiyete bağlı olarak bağımlılık, çocukluk çağı travmaları ve benlik saygısı ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığı analiz edilmiştir. Elde edilen bulgular Tablo 4.2 ile verilmiştir.

Tablo verileri incelendiğinde erkeklerde madde kullanımının kadınlara nazaran anlamlı biçimde yüksek olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra uyuşturucu madde kullanmaya yönelik şiddetli isteğin de yine benzer şekilde anlamlı biçimde erkekler lehine yüksek olduğu tespit edilmiştir.

Çocukluk çağı travmaları ile cinsiyet ilişkisinde travma boyutları ile cinsiyet arasında ilişkinin varlığı görülmektedir. Fiziksel ihmal cinsiyet ilişkisinde erkeklerin daha yüksek ortalamaya sahip oldukları görülmektedir. Diğer bir ifadeyle erkekler kadınlara

nazaran daha yüksek oranda fiziksel ihmale maruz kalmışlardır. Buna karşılık duygusal ihmal için grup ortalamaları incelendiğinde ise kadınların anlamlı biçimde erkeklere nazaran daha yüksek oranla duygusal ihmale maruz kaldıkları görülmektedir.

İstismar boyutlarında cinsiyet çocukluk çağı travmaları ilişkisi incelendiğinde duygusal istismar ve cinsel istismarda erkeklerin ortalamalarının kadınlara nazaran istatistiksel açıdan anlamlı biçimde yüksek olduğu görülmektedir. Benlik saygısı cinsiyet ilişkisinde ise erkeklerin benlik saygısı ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.2: Cinsiyete Göre Araştırma Değişkenlerinin t-testi İstatistikleri

	Cinsiyet	**N**	$\overline{X}$	**SS**	**t**	**p**
Madde Kullanım Özellikleri	Kadın	14	2,60	1,31	-3,149	**,006**
	Erkek	160	3,76	1,46		
Tanı Ölçütleri	Kadın	13	10,46	2,33	,023	,981
	Erkek	160	10,44	3,63		
Bağımlılık Yaşam Etkisi	Kadın	14	16,57	3,98	-,640	,523
	Erkek	161	17,41	4,76		
Şiddetli İstek	Kadın	14	4,79	1,81	-2,676	**,008**
	Erkek	161	5,56	0,95		
Bağımlılık Şiddeti	Kadın	13	36,38	5,08	-,485	,628
	Erkek	159	37,64	9,21		
Fiziksel İhmal	Kadın	14	1,81	0,76	-3,967	**,000**
	Erkek	162	2,37	0,47		
Duygusal İhmal	Kadın	14	2,11	0,70	4,604	**,000**
	Erkek	162	1,33	0,60		
Fiziksel İstismar	Kadın	14	2,24	0,81	,114	,909
	Erkek	160	2,22	0,62		
Duygusal İstismar	Kadın	14	2,17	0,74	-3,977	**,000**
	Erkek	156	2,82	0,56		
Cinsel İstismar	Kadın	14	2,21	0,81	-3,716	**,000**
	Erkek	160	2,88	0,62		
Benlik Saygısı	Kadın	14	1,80	1,10	-2,928	**,004**
	Erkek	162	2,75	1,17		

4.2.2. Eğitim Durumu Değişkenine İlişkin Bulgular

Araştırmada değerlendirmeye alınan bir diğer demografik değişken olan eğitim durumunun araştırma değişkenleri ile sergilediği ilişki analiz edilmiş ve elde edilen analiz sonuçları Tablo 4.3 ile verilmiştir.

Tablo verileri incelendiğinde bağımlılık şiddetinin eğitim düzeyine göre farklılaştığı saptanmıştır. Bu farklılığın tespiti için yapılan çoklu karşılaştırmalar testi neticesinde lise bitirmiş olanların bağımlılık şiddetinin anlamlı biçimde üniversite bitirmiş olanlardan yüksek olduğu saptanmıştır. Öte yandan okur-yazar, ilkokul bitirmiş, ortaokul bitirmiş olanların da bağımlılık şiddeti ortalamaları üniversite bitirmiş olanlara nazaran anlamlı biçimde daha yüksektir.

Çocukluk çağı travmaları alt boyutu olan duygusal istismar ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Bu ilişkide üniversite bitirmiş olanların duygusal istismar ortalamaları okur-yazar ve lise bitirmiş olanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bir diğer çocukluk çağı travması olan cinsel istismar boyutuna ilişkin ortalamalar da eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır. Bu farklılık yine üniversite bitirmiş olanlar lehine olup anlamlı ilişki okur-yazar ve ilkokul bitirmişlerle oluşmuştur.

Benlik saygısı ile eğitim durumu değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde ise bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın oluşmadığı görülmektedir.

Tablo 4.3: Eğitim Durumu Araştırma Değişkenleri Tanımlayıcı İstatistikler

		N	$\overline{X}$	**SS**
Bağımlılık Şiddeti	Okur-Yazar	5	36,34	8,64
	İlkokul Bitirmiş	27	37,15	9,35
	Ortaokul Bitirmiş	52	39,67	7,00
	Liseyi Bitirmiş	54	40,24	7,11
	Üniversite Bitirmiş	34	29,29	9,65
	Toplam	172	37,55	8,96
Fiziksel İhmal	Okur-Yazar	5	2,48	0,41
	İlkokul Bitirmiş	27	2,24	0,53
	Ortaokul Bitirmiş	53	2,32	0,52
	Liseyi Bitirmiş	56	2,30	0,57
	Üniversite Bitirmiş	35	2,41	0,44
	Toplam	176	2,32	0,52
Duygusal İhmal	Okur-Yazar	5	1,80	0,65
	İlkokul Bitirmiş	27	1,50	0,73
	Ortaokul Bitirmiş	53	1,35	0,62

	Liseyi Bitirmiş	56	1,28	0,57
	Üniversite Bitirmiş	35	1,50	0,70
	Toplam	176	1,39	0,64
Fiziksel İstismar	Okur-Yazar	5	1,88	0,27
	İlkokul Bitirmiş	27	2,24	0,75
	Ortaokul Bitirmiş	52	2,27	0,64
	Liseyi Bitirmiş	55	2,21	0,64
	Üniversite Bitirmiş	35	2,21	0,58
	Toplam	174	2,22	0,64
Duygusal İstismar	Okur-Yazar	5	2,56	0,80
	İlkokul Bitirmiş	27	2,74	0,76
	Ortaokul Bitirmiş	49	2,74	0,45
	Liseyi Bitirmiş	54	2,57	0,60
	Üniversite Bitirmiş	35	3,13	0,50
	Toplam	170	2,76	0,61
Cinsel İstismar	Okur-Yazar	5	2,52	0,39
	İlkokul Bitirmiş	27	2,66	0,67
	Ortaokul Bitirmiş	51	2,72	0,67
	Liseyi Bitirmiş	56	2,80	0,66
	Üniversite Bitirmiş	35	3,18	0,58
	Toplam	174	2,82	0,66
Benlik Saygısı	Okur-Yazar	5	2,10	0,99
	İlkokul Bitirmiş	27	2,20	1,10
	Ortaokul Bitirmiş	53	2,94	0,89
	Liseyi Bitirmiş	56	2,74	1,38
	Üniversite Bitirmiş	35	2,61	1,28
	Toplam	176	2,67	1,19

Tablo 4.4: Eğitim Durumuna Göre Araştırma Değişkenleri ANOVA İstatistikleri

		Kareler Toplamı	**Sd.**	**Kareler Ort.**	**F**	**p**	**Anlamlı Farklılık**
Bağımlılık Şiddeti	Gruplar Arası	3195,649	4	798,912			5<1,2,3,4
	Gruplar İçi	10538,979	167	63,108	**12,66**	**,000**	
	Toplam	13734,628	171				
Fiziksel İhmal	Gruplar Arası	,593	4	,148			
	Gruplar İçi	46,605	171	,273	,54	,703	
	Toplam	47,198	175				
Duygusal İhmal	Gruplar Arası	2,408	4	,602			
	Gruplar İçi	70,186	171	,410	1,48	,214	
	Toplam	72,594	175				
Fiziksel İstismar	Gruplar Arası	,713	4	,178			
	Gruplar İçi	69,306	169	,410	,44	,783	
	Toplam	70,019	173				
Duygusal İstismar	Gruplar Arası	6,926	4	1,732			5<1,4
	Gruplar İçi	54,993	165	,333	**5,20**	**,001**	
	Toplam	61,919	169				

Cinsel İstismar	Gruplar Arası	6,269	4	1,567			5<1,2
	Gruplar İçi	69,909	169	,414	**3,79**	**,006**	
	Toplam	76,179	173				
Benlik Saygısı	Gruplar Arası	12,015	4	3,004			
	Gruplar İçi	237,349	171	1,388	2,164	,075	
	Toplam	249,364	175				

4.2.3. Medeni Durum Değişkenine İlişkin Bulgular

Medeni durum ile araştırma değişkenleri arsındaki ilişki incelenmiş ve elde edilen bulgular Tablo 4.5 ile verilmiştir. Bağımlılık şiddeti ve fiziksel ihmal değişkenleri medeni duruma göre anlamlı bir farklılık sergilerken diğer değişkenlerle medeni durum arasında bir ilişki bulunmadığı saptanmıştır.

Tablo 4.5: Medeni Duruma Araştırma Değişkenleri Tanımlayıcı İstatistikler

		N	$\bar{X}$	**SS**
Bağımlılık Şiddeti	Evli	50	34,44	9,61
	Bekar	105	39,12	8,03
	Ayrı	3	28,00	1,73
	Boşanmış	14	38,86	10,58
	Toplam	172	37,55	8,96
Fiziksel İhmal	Evli	50	2,50	0,39
	Bekar	108	2,28	0,55
	Ayrı	4	2,10	0,35
	Boşanmış	14	2,11	0,56
	Toplam	176	2,32	0,52
Duygusal İhmal	Evli	50	1,24	0,42
	Bekar	108	1,47	0,72
	Ayrı	4	1,00	0,00
	Boşanmış	14	1,51	0,68
	Toplam	176	1,39	0,64
Fiziksel İstismar	Evli	50	2,14	0,51
	Bekar	106	2,33	0,70
	Ayrı	4	1,80	0,23
	Boşanmış	14	1,81	0,25
	Toplam	174	2,22	0,64
Duygusal İstismar	Evli	50	2,86	0,61
	Bekar	102	2,71	0,58
	Ayrı	4	3,20	0,23

	Boşanmış	14	2,67	0,79
	Toplam	170	2,76	0,61
Cinsel İstismar	Evli	50	2,92	0,60
	Bekar	106	2,76	0,69
	Ayrı	4	3,10	0,12
	Boşanmış	14	2,86	0,73
	Toplam	174	2,82	0,66
Benlik Saygısı	Evli	50	2,94	1,12
	Bekar	108	2,51	1,25
	Ayrı	4	3,46	0,24
	Boşanmış	14	2,81	0,98
	Toplam	176	2,67	1,19

Tablo 4.6: Medeni Duruma Göre Araştırma Değişkenleri ANOVA İstatistikleri

		Kareler Toplamı	Sd.	Kareler Ort.	F	p	Anlamlı Farklılık
Bağımlılık Şiddeti	Gruplar Arası	1041,20	3	347,068			2>1,3
	Gruplar İçi	12693,43	168	75,556	4,594	**,004**	4>1,3
	Toplam	13734,63	171				
Fiziksel İhmal	Gruplar Arası	2,54	3	,848			1>3,4
	Gruplar İçi	44,65	172	,260	3,267	**,023**	
	Toplam	47,20	175				
Duygusal İhmal	Gruplar Arası	2,64	3	,881			--
	Gruplar İçi	69,95	172	,407	2,165	,094	
	Toplam	72,59	175				
Fiziksel İstismar	Gruplar Arası	4,70	3	1,568			2>3,4
	Gruplar İçi	65,32	170	,384	4,081	,008	
	Toplam	70,02	173				
Duygusal İstismar	Gruplar Arası	1,64	3	,547			--
	Gruplar İçi	60,28	166	,363	1,506	,215	
	Toplam	61,92	169				
Cinsel İstismar	Gruplar Arası	1,22	3	,408			--
	Gruplar İçi	74,96	170	,441	,925	,430	
	Toplam	76,18	173				
Benlik Saygısı	Gruplar Arası	9,27	3	3,089			--
	Gruplar İçi	240,08	172	1,396	2,213	,088	
	Toplam	249,36	175				

4.2.4. Çocuk Olup Olmadığı Değişkenine İlişkin Bulgular

Katılımcıların çocuk sahibi olup olmamalarına bağlı olarak araştırma değişkenleri ortalamaları incelenmiş ve aralarındaki fark ilişkisi değerlendirilmiştir. Analiz sonuçlarına bağlı olarak duygusal ihmal dışındaki değişkenlerin çocuk sahibi olmaya bağlı olarak istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık sergilemediği görülmektedir. Duygusal ihmal ortalamaları incelendiğinde, çocuğu olmayanların duygusal ihmal ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Tablo 4.7: Çocuk Sahibi Olmaya Göre Araştırma Değişkenlerinin t-testi İstatistikleri

	Çocuk Var mı?	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Madde Kullanım Özellikleri	Evet	45	3,73	1,45	,291	,771
	Hayır	129	3,65	1,49		
Tanı Ölçütleri	Evet	46	9,80	3,57	-1,421	,157
	Hayır	127	10,67	3,53		
Bağımlılık Yaşam Etkisi	Evet	47	16,32	4,91	-1,757	,081
	Hayır	128	17,72	4,58		
Şiddetli İstek	Evet	46	5,46	1,11	-,303	,762
	Hayır	129	5,51	1,04		
Bağımlılık Şiddeti	Evet	46	35,93	8,79	-1,429	,155
	Hayır	126	38,13	8,99		
Fiziksel İhmal	Evet	47	2,34	0,46	,224	,823
	Hayır	129	2,32	0,54		
Duygusal İhmal	Evet	47	1,20	0,36	-2,395	,018
	Hayır	129	1,46	0,71		
Fiziksel İstismar	Evet	47	2,09	0,52	-1,926	,057
	Hayır	127	2,27	0,67		
Duygusal İstismar	Evet	47	2,81	0,60	,670	,504
	Hayır	123	2,74	0,61		
Cinsel İstismar	Evet	47	2,79	0,62	-,394	,681
	Hayır	127	2,84	0,68		
Benlik Saygısı	Evet	47	2,83	1,13	1,066	,288
	Hayır	129	2,62	1,22		

4.2.5. Psikiyatrik Tedavi Alınıp Alınmadığıyla İlişkili Bulgular

Psikiyatrik tedavi alıp almadıklarına bağlı olarak araştırma değişkenleri analiz edilmiş ve elde edilen analiz sonuçları Tablo 4.8 ile verilmiştir. Tablo verilerinden hareketle madde kullanım özelliklerinin psikiyatrik tedavi geçmişi ile ilişkili olmadığı görülürken tanı ölçütleri ile psikiyatrik tedavi almış olma arasında anlamlı bir ilişki vardır. Psikiyatrik tedavi almamış olanların tanı ölçütleri ortalaması daha yüksektir.

Daha önce tedavi almış olup olmadıklarına bağlı olarak bağımlılık şiddeti ortalamaları anlamlı biçimde farklılaşmıştır. Bu farklılıkta tedavi almamış olanların bağımlılık şiddeti tedavi almışlara nazaran daha yüksektir.

Daha önce psikiyatrik veya psikolojik tedavi almış olup olmama durumuna bağlı olarak çocukluk çağı travmaları ortalamaları incelendiğinde, fiziksel ihmal ortalamalarının anlamlı farklılık sergilediği görülmektedir. Bu farklılıkta, daha önce tedavi almış olanların fiziksel ihmal ortalamalarının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benzer şekilde duygusal ihmal ortalamaları incelendiğinde de daha önce psikiyatrik veya psikolojik tedavi almış olanların duygusal ihmal ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmüştür.

Duygusal ve cinsel istismar ortalamaları daha önce psikiyatrik ve psikolojik tedavi almış olmama durumuna bağlı olarak incelenmiş ve tedavi almış olanların cinsel ve duygusal istismara maruz kalma düzeylerinin daha yüksek olduğu saptanmıştır.

Benlik saygısı ile daha önce psikolojik veya psikiyatrik tedavi almış olma durumu karşılaştırıldığında benlik saygısının tedavi geçmişiyle ilişkili olarak farklılaşmadığı görülmektedir.

Tablo 4.8: Daha Önce Psikiyatrik Tedavi Görmüş Olup Olmama Durumuna Göre Araştırma Değişkenlerinin t-testi İstatistikleri

	Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü?	**N**	$\bar{X}$	**SS**	**t**	**p**
Madde Kullanım	Evet	63	3,52	1,45	-1,028	,305
Özellikleri	Hayır	109	3,76	1,48		
Bağımlılık	Evet	63	15,76	5,38	-3,359	,001

Yaşam Etkisi	Hayır	110	18,19	4,05		
Şiddetli İstek	Evet	62	5,44	1,17	-,627	,531
	Hayır	111	5,54	0,99		
Bağımlılık Şiddeti	Evet	62	34,79	9,85	-3,011	,003
	Hayır	108	39,00	8,10		
Fiziksel İhmal	Evet	63	2,43	0,58	2,072	,040
	Hayır	111	2,26	0,48		
Duygusal İhmal	Evet	63	1,55	0,77	2,806	,006
	Hayır	111	1,28	0,49		
Fiziksel İstismar	Evet	63	2,22	0,79	,080	,936
	Hayır	109	2,21	0,53		
Duygusal İstismar	Evet	61	2,92	0,62	2,399	,018
	Hayır	107	2,69	0,56		
Cinsel İstismar	Evet	61	3,03	0,78	2,554	,012
	Hayır	111	2,74	0,54		
Benlik Saygısı	Evet	63	2,54	1,20	-1,302	,195
	Hayır	111	2,78	1,18		

4.2.6. Anne-Baba Eğitim Durumlarıyla İlişkili Bulgular

Katılımcıların anne eğitim durumlarına göre araştırma değişkenleri analiz edilmiş ve elde edilen analiz sonuçları Tablo 4.9 ve 4.10 ile verilmiştir. Tablo verileri incelendiğinde anne eğitim durumunun bağımlılık şiddetinin farklılaşmasında bir etken olduğu görülmüştür. Annesi ortaokul bitirmiş olan katılımcıların bağımlılık şiddeti ortalamaları anlamlı biçimde lise ve annesi lise ve üniversite bitirmiş olanlardan yüksektir. Bunun yanı sıra fiziksel ihmal, duygusal ihmal ortalamaları da annenin eğitim durumuna göre farklılaşmış ve diğer değişkenlerin anne eğitim durumu ile bir ilişkisi olmadığı saptanmıştır.

Annesi ortaokul mezunu olanların fiziksel ihmal ortalamaları annesi üniversite mezunu olanlara nazaran daha yüksek oranda fiziksel ihmale maruz kaldıklarını bildirmişlerdir. Bunun yanı sıra duygusal ihmal için annesi ortaokul mezunu olanlar ile annesi ilkokul mezunu olanlar arasında anlamlı bir ilişki söz konusu olup ortaokul mezunu annelerin çocuklarının duygusal ihmale maruz kalma düzeylerinin daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

Tablo 4.9: Anne Eğitim Durumu Araştırma Değişkenleri Tanımlayıcı İstatistikler

		N	$\bar{X}$	SS
Bağımlılık Şiddeti	Hiç okula gitmemiş			
	İlkokul	81	39,74	7,46
	Ortaokul	23	40,39	7,28
	Lise	31	32,58	9,04
	Üniversite	17	31,18	10,77
	Toplam	172	37,55	8,96
Fiziksel İhmal	Hiç okula gitmemiş	20	2,49	0,43
	İlkokul	84	2,32	0,49
	Ortaokul	23	2,57	0,49
	Lise	32	2,16	0,54
	Üniversite	17	2,11	0,59
	Toplam	176	2,32	0,52
Duygusal İhmal	Hiç okula gitmemiş	20	1,39	0,53
	İlkokul	84	1,25	0,50
	Ortaokul	23	1,71	0,87
	Lise	32	1,49	0,74
	Üniversite	17	1,52	0,70
	Toplam	176	1,39	0,64
Fiziksel İstismar	Hiç okula gitmemiş	20	2,37	0,59
	İlkokul	82	2,22	0,66
	Ortaokul	23	2,46	0,77
	Lise	32	2,01	0,49
	Üniversite	17	2,14	0,49
	Toplam	174	2,22	0,64
Duygusal İstismar	Hiç okula gitmemiş	20	2,69	0,61
	İlkokul	80	2,80	0,52
	Ortaokul	21	2,71	0,71
	Lise	32	2,71	0,65
	Üniversite	17	2,82	0,80
	Toplam	170	2,76	0,61
Cinsel İstismar	Hiç okula gitmemiş	20	2,64	0,71
	İlkokul	84	2,81	0,57
	Ortaokul	23	2,81	0,75
	Lise	30	2,93	0,72
	Üniversite	17	2,96	0,83
	Toplam	174	2,82	0,66
Benlik Saygısı	Hiç okula gitmemiş	20	2,65	1,14
	İlkokul	84	2,68	1,30
	Ortaokul	23	2,38	0,89
	Lise	32	2,89	1,09

	Üniversite	17	2,70	1,25
	Toplam	176	2,67	1,19

Tablo 4.10: Anne Eğitim Durumuna Göre Araştırma Değişkenleri ANOVA İstatistikleri

		Kareler Toplamı	Sd.	Kareler Ort.	F	p	Anlamlı Farklılık
Bağımlılık Şiddeti	Gruplar Arası	2048,575	4	512,144	7,319	,000	2>3,4
	Gruplar İçi	11686,053	167	69,976			
	Toplam	13734,628	171				
Fiziksel İhmal	Gruplar Arası	3,598	4	,900	3,528	,009	3>2
	Gruplar İçi	43,600	171	,255			
	Toplam	47,198	175				
Duygusal İhmal	Gruplar Arası	4,779	4	1,195	3,012	,020	3>2,5
	Gruplar İçi	67,816	171	,397			
	Toplam	72,594	175				
Fiziksel İstismar	Gruplar Arası	3,351	4	,838	2,123	,080	--
	Gruplar İçi	66,668	169	,394			
	Toplam	70,019	173				
Duygusal İstismar	Gruplar Arası	,447	4	,112	,300	,878	--
	Gruplar İçi	61,473	165	,373			
	Toplam	61,919	169				
Cinsel İstismar	Gruplar Arası	1,359	4	,340	,768	,548	--
	Gruplar İçi	74,819	169	,443			
	Toplam	76,179	173				
Benlik Saygısı	Gruplar Arası	3,460	4	,865	,602	,662	--
	Gruplar İçi	245,904	171	1,438			
	Toplam	249,364	175				

Babanın eğitim durumuna göre araştırma değişkenlerine ilişkin ortalamalar karşılaştırılmış ve elde edilen bulgular Tablo 4.11 ve 4.12 de verilmiştir.

Tablo 4.12 verileri incelendiğinde bağımlılık şiddeti ve cinsel istismarın baba eğitim durumu ile ilişkisi tespit edilirken diğer değişkenlere ait ortalamalar baba eğitim durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı biçimde farklılaşmamaktadır.

Bağımlılık şiddetine ilişkin olarak çoklu karşılaştırma test sonuçları incelendiğinde, babası lise ve üniversite mezunu olan katılımcıların bağımlılık şiddeti ortalamalarının diğer gruplara nazaran anlamlı biçimde daha düşük düzeydedir. Cinsel istismar için baba eğitim düzeyi benzer şekilde bir fark unsuru olmakla birlikte babası hiç okula

gitmemiş olanların cinsel istismar düzeyleri babası ortaokul, lise ve üniversite mezunu olanlara nazaran anlamlı biçimde düşük düzeydedir.

Tablo 4.11: Baba Eğitim Durumu Araştırma Değişkenleri Tanımlayıcı İstatistikler

		N	$\bar{X}$	SS
Bağımlılık Şiddeti	Hiç okula gitmemiş	10	39,80	8,80
	İlkokul	74	40,01	7,32
	Ortaokul	32	41,00	5,66
	Lise	32	32,09	10,38
	Üniversite	22	30,36	8,96
	Toplam	170	37,45	8,97
Fiziksel İhmal	Hiç okula gitmemiş	10	2,54	0,23
	İlkokul	77	2,34	0,49
	Ortaokul	32	2,22	0,50
	Lise	32	2,28	0,62
	Üniversite	23	2,23	0,37
	Toplam	174	2,30	0,50
Duygusal İhmal	Hiç okula gitmemiş	10	1,80	0,77
	İlkokul	77	1,29	0,55
	Ortaokul	32	1,39	0,71
	Lise	32	1,43	0,68
	Üniversite	23	1,37	0,56
	Toplam	174	1,38	0,62
Fiziksel İstismar	Hiç okula gitmemiş	10	2,26	0,43
	İlkokul	75	2,31	0,71
	Ortaokul	32	2,02	0,50
	Lise	32	2,22	0,47
	Üniversite	23	2,03	0,46
	Toplam	172	2,20	0,59
Duygusal İstismar	Hiç okula gitmemiş	10	2,64	0,84
	İlkokul	73	2,71	0,55
	Ortaokul	30	2,65	0,57
	Lise	32	2,86	0,70
	Üniversite	23	2,94	0,56
	Toplam	168	2,75	0,60
Cinsel İstismar	Hiç okula gitmemiş	10	2,42	0,74
	İlkokul	77	2,74	0,58
	Ortaokul	30	2,82	0,68
	Lise	32	2,86	0,82
	Üniversite	23	3,12	0,38
	Toplam	172	2,81	0,65

Benlik Saygısı	Hiç okula gitmemiş	10	2,16	1,11
	İlkokul	77	2,78	1,38
	Ortaokul	32	2,91	0,69
	Lise	32	2,40	1,33
	Üniversite	23	2,73	0,79
	Toplam	174	2,69	1,19

Tablo 4.12: Baba Eğitim Durumuna Göre Araştırma Değişkenleri ANOVA İstatistikleri

		Kareler Toplamı	Sd.	Kareler Ort.	F	p	Anlamlı Farklılık
Bağımlılık Şiddeti	Gruplar Arası	2967,627	4	741,907	11,524	,000	2>4,5 3>4,5
	Gruplar İçi	10622,396	165	64,378			
	Toplam	13590,024	169				
Fiziksel İhmal	Gruplar Arası	1,043	4	,261	1,056	,380	-
	Gruplar İçi	41,733	169	,247			
	Toplam	42,776	173				
Duygusal İhmal	Gruplar Arası	2,424	4	,606	1,577	,183	-
	Gruplar İçi	64,955	169	,384			
	Toplam	67,379	173				
Fiziksel İstismar	Gruplar Arası	2,623	4	,656	1,894	,114	-
	Gruplar İçi	57,817	167	,346			
	Toplam	60,440	171				
Duygusal İstismar	Gruplar Arası	1,761	4	,440	1,210	,309	-
	Gruplar İçi	59,335	163	,364			
	Toplam	61,096	167				
Cinsel İstismar	Gruplar Arası	4,202	4	1,050	2,574	,040	1>4,5
	Gruplar İçi	68,147	167	,408			
	Toplam	72,349	171				
Benlik Saygısı	Gruplar Arası	7,695	4	1,924	1,366	,248	-
	Gruplar İçi	238,012	169	1,408			
	Toplam	245,707	173				

4.2.7. Anne-Baba Birliktelik Durumuyla İlişkili Bulgular

Anne babanın birlikte veya ayrı yaşamalarına bağlı olarak araştırma değişkenleri değerlendirildiğinde ortalamaların ayrı veya birlikte olmalarına bağlı olarak farklılaşmadığı görülmektedir.

Tablo 4. 13: Anne Baba Birliktelik Durumuna Göre Araştırma Değişkenlerinin t-Testi İstatistikleri

	Anne Baba Birlikte Ayrı	N	$\bar{X}$	SS	t	p
Madde Kullanım Özellikleri	Birlikte	134	3,78	1,45	1,735	,085
	Ayrı	40	3,32	1,53		
Tanı Ölçütleri	Birlikte	132	10,36	3,81	-,502	,616
	Ayrı	41	10,68	2,52		
Bağımlılık Yaşam Etkisi	Birlikte	133	17,04	4,81	-1,536	,126
	Ayrı	42	18,31	4,25		
Şiddetli İstek	Birlikte	133	5,54	0,98	,986	,325
	Ayrı	42	5,36	1,27		
Bağımlılık Şiddeti	Birlikte	131	37,19	9,25	-,930	,354
	Ayrı	41	38,68	7,98		
Fiziksel İhmal	Birlikte	134	2,30	0,45	-1,191	,235
	Ayrı	42	2,40	0,69		
Duygusal İhmal	Birlikte	134	1,35	0,60	-1,779	,077
	Ayrı	42	1,55	0,75		
Fiziksel İstismar	Birlikte	132	2,19	0,59	-1,167	,245
	Ayrı	42	2,32	0,78		
Duygusal İstismar	Birlikte	130	2,79	0,58	,984	,327
	Ayrı	40	2,68	0,68		
Cinsel İstismar	Birlikte	134	2,80	0,63	-,714	,476
	Ayrı	40	2,89	0,76		
Benlik Saygısı	Birlikte	134	2,78	1,24	2,078	,039
	Ayrı	42	2,34	0,99		

5. TARTIŞMA, SONUÇ VE ÖNERİLER

Çalışmanın bu bölümünde araştırma sonucu elde edilen bulguların literatürdeki farklı kaynaklarla karşılaştırılarak tartışılması, varılan sonuçlar ve sunulan öneriler yer almaktadır.

5.1. Değişkenler Arası İlişkilere Yönelik Sonuçlar

Bağımlılık ile çocukluk çağı travmaları alt boyutları olan fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar arasında pozitif yönlü bir korelasyonun varlığı görülürken duygusal ihmal, fiziksel istismar, duygusal istismar ve cinsel istismar ile benlik saygısı arasında negatif yönlü korelasyon ilişkilerinin varlığı söz konusudur.

Ayrıca, duygusal istismar ve cinsel istismar ile bağımlılık arasında da pozitif yönlü ve zayıf kuvvette korelasyonun varlığından söz etmek mümkündür. Benlik saygısı ile çocukluk çağı travmaları ilişkisinde benlik saygısı ile duygusal ihmal arasında negatif yönlü ve zayıf kuvvette bir korelasyonun varlığı söz konusudur. Ayrıca, benlik saygısının ile fiziksel istismar arasında negatif yönlü ve zayıf kuvvette, duygusal istismarlarla negatif yönlü ve zayıf kuvvette ve cinsel istismarlar negatif yönlü ve zayıf kuvvette bir korelasyonun varlığı görülmektedir.

Khajehdaluee, Zavar, Alidoust & Pourandi (2013) lise öğrencilerinde Benlik Saygısı ile yasa dışı madde kullanımı arasındaki ilişkiyi incelemeyi amaçlayan bir çalışmalarında, araştırma sonuçlarının madde kullanımı ile yüksek ve düşük benlik saygısı arasında pozitif veya negatif anlamlı bir ilişkiye işaret ettiğini belirtmişlerdir. Khajehdaluee vd. (2013) madde bağımlılığının önlenmesi de dahil olmak üzere ergenlerin duygusal ve davranışsal bozukluklarının önlenmesi için benlik saygısının artırılmasının gerekli olduğunu öne sürmüşlerdir.

Martin, Bliven & Boisvert (2008), Madde Bağımlılıklarının İyileştirilmesinde Mesleki Performans, Benlik Saygısı ve Yaşam Kalitesini ölçmek amaçlı bir çalışma yürütmüşler, çalışmada yüksek benlik saygısının bireyin yaşamsal olumluluklarına yönelik pozitif yönlü bir etkisinin varlığına işaret etmişlerdir. Martin vd., (2008), bir madde kötüye kullanımı kurtarma programını tamamlayan danışanların mesleki performansı, özsaygısı ve yaşam kalitesindeki değişiklikleri değerlendirmek için bir ön

test ve son test gerçekleştirmiştir. Araştırmacılar, Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği ve Yaşam Kalitesi Derecelendirme skalasını kullanarak, dört ila altı ay arayla yetmiş beş kişi ile araştırmalarını gerçekleştirmişlerdir. Sonuçlar, tüm ölçümler için programa giriş ve taburculuk puanları arasında önemli farklılıklar ile iyileşme göstermiştir. Benlik saygısının yükseltilmesine bağlı olarak yaşam kalitesinin ve mesleki performansın artırılabildiğine işaret etmişlerdir.

Öte yandan çocukluk çağı travmaları ile benlik saygısı arasındaki ilişkiliye işaret eden araştırmalar, bu iki değişken arasındaki ilişkiyi iki yönlü olarak ele almaktadırlar. Langevin vd., (2015) ebeveynleri tarafından bir tür reddedilmeye (duygusal ihmal veya istismar) maruz kalan çocukların yetişkinliklerinde bazı depresif belirtiler sergilediklerini gözlemlemiştir. Benzer şekilde Yılmaz (2008), duygusal istismara uğrayan çocukların daha fazla kaygı ve depresyon yaşadıklarını bildirmiştir. Çeşitli boylamsal araştırmalar da çocuklukta duygusal istismarın farklı davranışsal ve duygusal sorunlara, bağımlılık eğilimine ve anti-sosyal davranış biçimlerine yol açtığı bildirilmiştir (Bayard, Varescon & Michel, 2010). Bu nedenle, duygusal istismara uğramamış çocuklarda düşük benlik saygısı ihtimali daha yüksektir. Yapılan araştırmalarda, düşük benlik saygısının duygusal kötü muamele ile olumsuz yönde ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (Sanders & Mazzucchelli, 2011).

Benlik saygısı, gelişimde kavramsal bir unsurdur ve kişinin benliğini olumsuz veya olumlu değerlendirmesini içerir (Zaff & Heir, 2008). Bu nedenle anne-babalar, çocuğun özgüveninin gelişmesinde hayati bir rol oynamaktadır. Örneğin, sıcak ve destekleyici bir ebeveyn bakımı ve aile desteği, çocuğun benlik saygısını olumlu yönde şekillendirmede büyük ölçüde yardımcı olur (Kupp, 2010). Duygusal kötü muamele deneyimleri, çocuğun gelişimini ve ruh sağlığını olumsuz etkileyen ebeveyn davranışlarını içerir, bu tür deneyimler çocuğun benlik saygısının gelişimi üzerinde olumsuz etkilere sahiptir ve bu da genellikle düşük benlik değerine yol açar (Verkuyten, 2003).

Gross & Perrin (2017) tarafından yapılan boylamsal bir araştırmada, çocukluk çağı travmalarının benlik saygısı ve depresyon düzeyini belirlemede kritik bir kavram olduğunu, ancak araştırmalarının sonuçlarında duygusal istismarın benlik saygısının gelişimi açısından önemli bir risk unsuru olduğunu varsaymışlardır. Yapılan birçok

araştırma, yüksek benlik saygısının davranışsal ve duygusal problemlerde koruyucu hayati bir işleve sahip olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, hoş olmayan durumlarla başa çıkabilen çocukların genellikle daha az duygusal ve davranışsal sorunları vardır (Stein & Rogers, 2018). Özellikle düşük benlik saygısı, davranışsal ve duygusal sorunlarla bağlantılıdır. Benlik saygısı yüksek olan çocuklar, kendileri hakkında oldukça olumlu hissetmekte ve bu da davranışlarını ve yaşamsal refahlarını olumlu yönde etkilemektedir.

Sharma & Shaniya (2012), çocukluk çağında yaşanan kötü muamelenin faktörlerini araştırırken, duygusal istismar bağlamında benlik saygısının psikolojik belirtilerde ve bağımlılık eğiliminde önleyici rol oynadığını belirtmiştir. Her ne kadar çeşitli araştırmalar duygusal istismar ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi değerlendirmiş olsa da çoğu zaman bu tür çalışmaların sonuçları, tutumsal ve duygusal çatışma, madde bağımlılığı, suça yönelim gibi eğilimleri sergileyen çocukların benlik saygısının daha düşük olduğunu göstermiştir (Irmak, 2008). Goldstein vd. (2013), benlik saygısının kötüye kullanım deneyimleri, kaygı, depresyon ve uyuşturucuyla ilgili diğer sorunlar arasındaki ilişkiye aracılık ettiğini gözlemlemiştir. Ebeveynlerin çocuklarının duygularını anlayamamasının, psikolojik kötü muamele ile önemli ölçüde ilişkili olan çocuk istismarının sık sık tekrarlanmasına güçlü bir şekilde katkıda bulunduğuna dair bulguların varlığı bildirilmiştir. Bu noktada ebeveynlerde empati yoksunluğu, duygusal istismarın güçlü bir unsuru ve uzun vadeli psikolojik kötü muamelenin güçlü bir yordayıcısı olarak görülmektedir (Silvan ve Deleo, 2006).

Bir kısım araştırmacılar, öğrenciler arasında, özellikle de üniversite öğrencileri arasında duygusal istismar ve psikopatoloji arasındaki mekanizmayı anlamaya ve tanımlamaya odaklanmışlardır. Buna göre Myers vd.(2010), duygusal istismara uğrayan bir çocuğun, iyi olma halini etkileyen mevcut bir yaralanma nedeniyle benlik saygısının zarar gördüğünü ve bu nedenle çocuk üzerinde uzun vadeli olumsuz bir etkisi olduğunu gözlemlemiştir. Aynı şekilde Tavares (2004), pek çok ebeveynin, sürekli olarak onları suçlayarak çocuklarının öz değerlerinin zedelenmesine katkıda bulunduğunu ve bunun da çocuğun bir şeyi doğru yapamama duygusu geliştirmeye başlamasına neden olduğunu gözlemlemiştir. Bu duygu, aynı zamanda çocuğun bağımlılık eğilimi, suç eylemlerini benimseme gibi sonuçların da önemli bir yordayıcısı olarak ifade edilmektedir. Buna karşılık Steinke (2012) çalışmasında yüksek benlik saygısının

şiddet, saldırganlık, yanlış davranışlar, madde kullanımı gibi bazı anti-sosyal eğilimler açısından risk unsuru olan konulara karşı koruyucu bir rol oynadığını açıklamaktadır.

Madde bağımlılığında aile yaşantılarının etkisine değinen çalışmalar, ailede çocukluk çağı yaşantılarının da ergenlik ve yetişkinlikte bağımlılık açısından birer risk unsuru olduğuna işaret etmektedirler. Literatürde alkol ve madde bağımlılığında en belirgin özelliklerin ilk sıralarında güçsüz ve dayanıksız kişilik yapısının varlığı öne çıkmaktadır (Başkurt, 2003). Kişilik oluşum sürecinde aile ve geçmiş yaşantıların rolü büyük derecede önem taşımakla birlikte çocukluk döneminde aile içi şiddet ve ihmale maruz kalan bireylerde alkol ve madde bağımlılığı olasılığının daha yüksek olduğu, ebeveynlerin şiddet ve ihmal davranışları ile bireyin madde kullanım veya alkol bağımlılığı arasında güçlü bir ilişki olduğu bildirilmektedir (Erci, 1999). Bu yönde sonuç üreten çalışmalardan hareketle, ailenin kişilik oluşumundaki etkisi dikkate alınarak güçlü benlik saygısının sağlıklı bir aile ortamında oluşabileceğini söylemek mümkündür. Dolayısıyla benlik saygısını şekillendiren unsurlardan birisi olarak kabul edilebilecek olan ailede çocukluk çağı travmalarının düşük benlik saygısının da bir sebebi olduğu söylenebilir. Öte yandan bu araştırma bulgularından hareketle benlik saygısının bağımlılık açısından düzenleyici mahiyette bir husus olması; yüksek benlik saygısı bağımlılık eğilimini düşürürken düşük benlik saygısı bağımlılık ihtimalini artırmaktadır. O halde aile içi yaşantıların ve çocukluk çağı travmaları özelinde benlik saygısının olumsuz yönde şekillenmesine neden olduğunu ve düşük benlik saygısının da bağımlılık ihtimalini artırdığını söylemek de mümkün olmaktadır. Buna ek olarak yüksek benlik saygısının aynı zamanda sağlıklı bir aile yaşantısının da işareti kabul edilebileceği gibi bağımlılık noktasında olumlu aile yaşantılarının da önleyici, engelleyici veya tedavi edici etkisinin varlığı açıkça ifade edilebilecektir

5.2. Demografik Değişkenlere Bağlı Sonuçlar

Araştırmanın demografik değişkenlerine bağlı olarak değişkenlerin farklılık sergileyip sergilemedikleri analiz edilmiştir. Bu yönde elde edilen bulgular, bu araştırmaya ve araştırma örneklemine özgü bulgular olarak değerlendirilmiştir. Araştırmanın demografik değişkenlerinden olan cinsiyete bağlı olarak bağımlılık şiddeti için erkeklerin ortalamalarının daha yüksek olduğu görülmektedir. Bununla birlikte erkeklerin bağımlılık eğilimi de yine kadınlara nazaran daha yüksektir. Literatürde

madde bağımlılığını cinsiyete bağlı olarak inceleyen araştırmaların büyük çoğunluğunda benzer yönde bulguların varlığı görülmektedir (Çilli ve Kaya, 2003; Erci, 1999; Işıklı ve Irak, 2002; Kaya, Çilli, Evren vd., 2003; 2002; Tanrıkulu ve Carman, 2009; Tot & vd., 2002; Yalçın vd., 2009).

Bağımlılıkla ilişkili olarak ele alınan bir diğer değişken ise eğitim durumudur. Eğitim durumuna bağlı olarak bağımlılık şiddeti için düşük eğitim düzeyinin daha yüksek bir bağımlılık şiddeti ilişkisi sergilediği görülmüştür. Diğer bir ifadeyle eğitim düzeyi arttıkça bağımlılık eğilimi ve bağımlılık şiddetinin azaldığı görülmektedir. Literatürde bu yönde yapılan araştırmalar içerisinde eğitim düzeyinin bağımlılık risk faktörleri arasında üst sıralarda yer aldığı görülmektedir. Araştırmalarda, düşük eğitim düzeyinin alkol ve madde bağımlılığında yüksek eğitim düzeyine nazaran daha etkin bir risk faktörü olduğu bildirilmektedir (Aksoy ve Ögel, 2005; Bulut ve vd., 2006; Nebioğlu ve vd., 2013; Zorlu ve vd., 2011). Benzer şekilde alkol ve madde bağımlılığını çeşitli değişkenlere bağlı olarak inceleyen bir başka klinik araştırmada ise alkol bağımlılığı olan hastaların %53,3'ünün ve madde bağımlılığı teşhisli hastaların %43,8'inin ilköğretim seviyesinde eğitimli oldukları ifade edilmiştir (Evren ve Ögel, 2003). Bu araştırmada elde edilen sonuçlar ve literatürde yer alan diğer araştırmalar eğitimin bağımlılığa olan eğilimi düşürdüğü şeklinde bir yorumu mümkün kılmaktadır. Ancak, eğitimin bağımlılık üzerindeki negatif yönlü etkisinin hangi bağlamlarda oluştuğu, eğitimin hangi bilişsel mekanizmalardaki düzenleyici etkisinin bağımlılık eğilimini azalttığı konusu da önem arz etmektedir.

Medeni durum ile bağımlılık ilişkisinde araştırmada bekârların bağımlılık eğilimleri ve bağımlılık şiddetlerinin evlilere nazaran daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Literatürde bu yönde yapılan araştırmalar bekârlığın madde bağımlılığı için bir risk unsuru olduğuna işaret etmektedirler. Madde bağımlılığında bekârların evlilere nazaran daha yüksek oranlara sahip oldukları görülmektedir. Zorlu vd. (2011) denetimli serbestlik polikliniğinde kayıtlı 215 hasta ile yürüttükleri çalışmalarında madde bağımlılığı olanların oranının anlamlı biçimde %54 bekâr şeklinde olduğunu bildirmektedirler. Benzer şekilde Nebioğlu vd. (2013) çalışmalarında madde bağımlılığı olanların %85,7'sinin bekâr olduğuna dikkat çekmektedirler.

Çocukluk çağı travmaları alt boyutu olan duygusal istismar ile eğitim durumu arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir ilişkinin varlığı tespit edilmiştir. Bu ilişkide üniversite bitirmiş olanların duygusal istismar ortalamaları okur-yazar ve lise bitirmiş olanlardan daha yüksek olduğu görülmektedir. Bir diğer çocukluk çağı travması olan cinsel istismar boyutuna ilişkin ortalamalar da eğitim durumuna göre farklılaşmaktadır. Bu farklılık yine üniversite bitirmiş olanlar lehine olup anlamlı ilişki okur-yazar ve ilkokul bitirmişlerle oluşmuştur. Eğitim çocukluk çağı travması ilişkisinde travmatik deneyimi olmayan bireylerin akademik başarı düzeylerinin daha yüksek olduğu düşünülmektedir. Nitekim çocuğun geleceğini şekillendiren en önemli unsurların başında gelen ailede olumsuz yaşantıların akademik başarıyı etkileyeceği de açıktır. Buna bağlı olarak ailede çocukluk çağı travması yaşayan bireylerin daha düşük mezuniyetlere sahip oldukları düşünülmektedir. Araştırma bulguları da bu görüşü destekler niteliktedir.

Çocukluk çağı travmaları ile cinsiyet ilişkisinde travma boyutları ile cinsiyet arasında ilişkinin varlığı görülmektedir. Fiziksel ihmal cinsiyet ilişkisinde erkeklerin daha yüksek ortalamaya sahip oldukları görülmektedir. Diğer bir ifadeyle erkekler kadınlara nazaran daha yüksek oranda fiziksel ihmale maruz kalmışlardır. Buna karşılık duygusal ihmal için grup ortalamaları incelendiğinde ise kadınların anlamlı biçimde erkeklere nazaran daha yüksek oranla duygusal ihmale maruz kaldıkları görülmektedir. Çocukluk çağı travmaları çocuğun cinsiyetine bağlı olarak farklılaşmaktadır. Erkeklerde ihmal kapsamındaki travmaların varlığı daha belirgin biçimde kendini gösterirken bu durum kız çocuklarında istismar olarak açığa çıkmaktadır. Araştırma bulguları da bu yönde şekillenmiştir.

Benlik saygısı cinsiyet ilişkisinde ise erkeklerin benlik saygısı ortalamalarının kadınlardan daha yüksek olduğu saptanmıştır. Benlik saygısı ile eğitim durumu değişkeni arasındaki ilişki incelendiğinde ise bu iki değişken arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılığın oluşmadığı görülmektedir. Benlik saygısının oluşum seyri dikkate alındığında sağlıklı bir aile ortamında yetişen bireyin özgüven düzeyi daha yüksek olacağı gibi kişilik gelişimi de daha sağlıklı ve güvenli biçimde şekillenecektir. Dolayısıyla sağlıklı bir aile ortamı yüksek benlik saygısının belirleyicileri içerisinde kabul edilebilecektir. Bu durum aynı zamanda travmaya maruziyetin de olmadığı şeklinde yorumlanabilir. Dolayısıyla yüksek benlik saygısı travmatik yaşantı ihtimalinin azlığına işaret sayılabileceği gibi düşük benlik saygısı bunun aksi yönde

değerlendirilebilir. Ancak, araştırmada benlik saygısının travmatik yaşantıların yönlendirdiği bağımlılığın oluşumu ve tedavisindeki etkisi araştırılmıştır. Aralarında bir nedensellik ilişkisinin varlığı görülen benlik saygısı ve ailede çocukluk çağı travmaları aynı zamanda bağımlılığa eğilimi de şekillendirebilme olasılığını taşımaktadırlar. Dolayısıyla çocukluk çağı travmaları bağımlılığı tetiklerken yüksek benlik saygısı bu ilişkiyi zayıflatmakta, düşük benlik saygısı ise güçlendirmektedir.

5.3. Öneriler

1- Psikoloji disiplininde bu araştırma konusuyla ilişkili araştırmalara bakıldığında madde bağımlılığı, çocukluk çağı travmaları ve benlik saygısı arasındaki ilişkiyi ele alan bir araştırmaya rastlanılmamıştır. Bu değişkenleri beraber ele almak alan çalışmaları için oldukça önemlidir. Çocukluk çağı travmaları ile bağımlılık ilişkisi literatürde sıklıkla ele alınmış ve bu iki değişken arasındaki etkileşimin belirginliği bu araştırmalarda dile getirilmiştir. Benlik saygısının bu ilişkideki düzenleyici etkisi klinik uygulamalarda önemli bir iyileştirici unsur olarak ortaya çıkmakla birlikte benlik saygısının klinik uygulamalarda bir tedavi unsuru olarak kullanılması önerilmektedir

2- Elde edilen sonuçlardan yola çıkarak özellikle madde bağımlılığını önleme projelerinde değişkenlerin etkileri ve bu araştırmanın bulguları eklenebilir. Çocukluk çağı travmalarının olumsuz etkilerinin azaltılmasında benlik saygısının güçlendirilmesi yine klinik uygulamalar için bir öneri olarak sunulmaktadır.

3- Ailelere yönelik anne-baba okulu ya da veli bilgilendirme seminerlerinde konu hakkında atölyeler veya psikoeğitim programı düzenlenmek suretiyle benlik saygısının önemini kavrayan ebeveynlerin varlığı ile hem madde bağımlılığından çocuklarını korumak hem de olumsuz duygulanımlarda genel olarak benlik saygısı güçlü çocukların yetiştirilmesi için ebeveynlerin bilinçlendirilmesi önerilmektedir.

4- Bu çalışma madde bağımlığının geliştikten sonraki süreçte çocukluk çağı travması ve benlik saygısının arasındaki ilişkiye bakılmamıştır. Sonraki çalışmalarda bu araştırma konusunun incelemesi literatüre katkı sağlayacağından bu çalışmalar için araştırma konusu olarak önerilmektedir.

5- Madde bağımlığının önlemesi amacı ile çocuklara oyun temelli öğrenmeyi baz alan yeni projeler geliştirilerek çocukluk çağı travması ve benlik saygısı üzerine de bu projelerin akademik anlamda araştırılması önerilmektedir.

6. Risk grubu ya da dezavantajlı çocuk ve gençlerle yerel yönetimlerle iş birliği yapılarak madde bağımlılığının önleme konusunda çocuklarla grup çalışmaları yapmak araştırmaya yeni bulgular ve sonuçlar katabilir.

KAYNAKÇA

Ahmadı, J., Kampman, K.M., Oslın, D.M., Pettınatı, H.M., Dackıs, C., Sparkman, T. (2009). Predictors of Treatment Outcome in Outpatient Cocaine and Alcohol Dependence Treatment. *The American Journal on Addictions*, sayı 18, ss. 81-86

Aksoy, A. ve Ögel, K. (2005). Sokakta yaşayan çocuklarda kendine zarar verme davranışı ve madde kullanımı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 6, 163-169.

Akvardar, Y. (2012). Halüsinojenler, içinde *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı,* Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Altınışık, U., Altınışık, H.B., Şimşek, T., Doğu, T., Şimşek, E. ve Aydın, H. (2015). Yoğun bakım ünitesinde takip edilen sentetik kannabinoid (bonzai) zehirlenmesi olgularının klinik özellikleri. *Türk Yoğun Bakım Derneği Dergisi*, 13, 117-121.

Arıkan, Z. (2012). Bağımlılık tedavisinde karşılaşılan güçlükler ve bunlarla başa çıkma. içinde *Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı*, Ankara: T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.

Başkurt, İ. (2003). Gençlik, madde bağımlılığı ve koruma yolları. İ.Ü. *İlahiyat Fakültesi Dergisi*, (7), 73-114.

Bernstein, D. P., Fink, L., Handelsman, L., Foote, J., Lovejoy, M., & Wenzel, K., (1994). Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1132-1136.

Borse, N. N., Gilchrist, J., Dellinger, A. M., Rudd, R. A., Ballesteros, M. F., & Sleet, D. A. (2008). *CDC childhood injury report.* Washington, DC: Centers for Disease Control and Prevention. https://www.cdc.gov/safechild/images/CDC- childhoodinjury.pdf, 09.05.2022

Boztaş, M.H., Arısoy, Ö. (2010). Uçucu madde bağımlılığı ve tıbbi sonuçları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 2(4), ss. 516 - 531.

Bradley, R. H., & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual* Review of Psychology, 53, 371-399.

Bulut, M., Savaş, H. A., Cansel, N., Selek, S., Kap, Ö., Yumru, M. ve Vırıt, O. (2006). Gaziantep Üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi*, 7, 65-70.

Burns, E. E., Jackson, J. L., & Harding, H. G. (2010). Child maltreatment, emotionregulation, and posttraumatic stress: The impact of emotional abuse. *Journal ofAggression, Maltreatment & Trauma*, 19, 801-819.

Caldwell, P. H., Hodson, E., Craig, J. C., & Edgar, D. (2005). Bedwetting and toileting problems in children. *The Medical Journal of Australia,* 182(4), 190-195.

Chasnof, I. J., & Lowder, L. A. (1999). Prenatal AOD use and risk for maltreatment: A timely approach for intervention. In H. Dubowitz (Ed.), *Neglected children: Research, practice, and policy* (pp. 132-155). Thousand Oaks, CA: Sage

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (2006). *Treating trauma and traumatic grief in children and adolescents.* New York, NY: Guilford Press.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2004). Treating childhood traumatic grief: A pilot study. *Child and Adolescent Psychiatry,* 43(10), 1225-1233

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., Greenberg, T., Padlo, S., & Shipley, C. (2002). Childhood traumatic grief: Concepts and controversies. *Trauma, Violence, & Abuse,* 3(4), 307-327.

Cook, A., Blaustein, M., Spinazzola, J., & van der Kolk, B. (2003). *Complex trauma in children and adolescents.* Los Angeles, CA and Durham, NC: The National Child Traumatic Stress Network. http://www.nctsnet.org/nctsn_assets/pdfs/edu_ materials/ComplexTrauma_ All.pdf, 17.04.2022

Copeland, W. E., Keeler, G., Angold, A., & Costello, E. J. (2007). Traumatic events and posttraumatic stress in childhood. *Archives of General Psychiatry,* 64(5), 577-584.

Craven, S., Brown, S., & Gilchrist, E. (2006). Sexual grooming of children: Review of literature and theoretical considerations. *Journal of Sexual Aggression, 12*(3), 287-299.

Çıray, R.O., Kurt, Ü.S., ve Kılıçaslan E.E. (2018). Alkol ve madde kullanım bozukluğu olan yatan hastalarda ek tanı, kullanılan madde ve kişilik bozukluklarının yatış sürelerine etkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 19(4), ss. 107-114.

Çilli, A. S. ve Kaya, N. (2003). Üniversite öğrencilinde nikotin bağımlılığının psikiyatrik bozukluklarla birlikteliği. Türk Psikiyatri Dergisi, 14, 42-9

Dallam, S. J. (2001). The long-term medical consequences of childhood maltreatment. In K. Franey, R. Geffner, & R. Falconer (Eds.), *The cost of child maltreatment: Who pays? We all do* (pp. 1-14). San Diego, CA: Family Violence and Sexual Assault Institute.

Danese, A., Moffitt , T. E., Harrington, H., Milne, B. J., Polanczyk, G., Pariante, C. M., & Caspi, A. (2009). Adverse childhood experiences and adult risk factors for age-related disease. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine,* 163(12), 1135-1143.

Davis, J. L., Petretic-Jackson, P. A., & Ting, L. (2001). Intimacy dysfunction and trauma symptomatology: Long-term correlates of different types of child abuse. *Journal of Traumatic Stress,* 14, 63-79.

DePanfilis, D. (2006). Child neglect: A guide for prevention, assessment, and intervention.Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, Administration for Children and Families, Administration on Children, Youth and Families, Children's Bureau, Office on Child Abuse and Neglect.

DiClemente, C.C., Velasquez, M.M. (2002). *Motivational Interviewing: Preparing People for Change* (2nd Ed). Motivational Interviewing and the Stages of Change, New York, Guilford.

Direkli, H., Işık, A., Kahraman, B., Sezer, S., ve Şenyüz, C. (2019). Examination of factors that affect clients initiation of first clinical ınterview ın yesilay consulting centre. *Kıbrıs Türk Psikiyatri ve Psikoloji Dergisi*, 1(Özel Sayı), 6-8

Doyle, C. (2001). Surviving and Coping With Emotional Abuse In Childhood. Clinical Child Psychology and Psychiatry (6) 387-402

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

Dubowitz, D. H. (2016). Child neglect: Confronting the challenges. *30th Annual San Diego Conference on Child and Family Maltreatment.* San Diego, CA: Maryland Department of Human Resources.

Dubowitz, H., & Bennett, S. (2007). Physical abuse and neglect of children. *The Lancet,* 369(9576), 1891-1899.

Dubowitz, H., Black, M., Starr, R. H., & Zuravin, S. (1993). A conceptual definition of child neglect. *Criminal Justice and Behavior,* 20(1), 8-26.

Dubowitz, H., Pitts, S. C., & Black, M. M. (2004). Measurement of three major subtypes of child neglect. *Child Maltreatment,* 9(4), 344-356.

Erci, B. (1999). Lise öğrencilerinde madde bağımlılığı ve etkileyen ailesel faktörler. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 2 (1), 83-94.

Erickson, M. F., & Egeland, B. (2002). Child neglect. In J. E. Myers, L. Berliner, J. Briere, C. T. Hendrix, C. Jenny, ve T. A. Reid (Eds.), *The APSAC handbook on child maltreatment* (pp. 3-20). Thousand Oaks, CA: Sage.

Evans, D., R. & Williams, D. M. (2014). Current Emotion Research in Health Behavior Science. International Society for Research on Emotion. *Child Abuse & Neglect, 82,* 92-101.

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

Feinman L. (1989). Absorption and utilization of nutrients in alcoholism. *Alcohol Health and Res. World*, 13(3), 207210.

Feldman, M., Kumar, V.K., Angelını, F., Pekala, R.J., & Porter, J. (2007). Individual differences in substance preference and substance use. *Journal of Addictions & Offender Counseling*, 27, 82-101.

Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., & 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 Preventative Medicine*, 14(4), 245-258.

Fergusson, D. M., & Lynskey, M. T. (1997). Physical punishment/maltreatment during childhood and adjustment in young adulthood. *Child Abuse and Neglect*, 21(7), 617-630.

Field, C.A., Rıchards, D.K., Castro, Y., Cabrıales J.A., Wagler A., & Von Sternberg K. (2020). The effects of a brief motivational ıntervention for alcohol use through stages of change among 12 non-treatment seeking ınjured patients. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 11(44), 2361-2372.

Filiano, A. J., Xu, Y., Tustison, N. J., March, R. L., Baker, W., Smirnov, I., Kipnis, J. (2016). Unexpected role of interferon-y in regulating neuronal connectivity and social behaviour. *Nature*, 535(7612), 425-429.

Finkelhor, D. (2008). Childhood victimization: Violence, crime and abuse in the lives of young people. New York, NY: Oxford University Press.

Finkelhor, D., Ormrod, R. K., & Turner, H. A. (2009). Lifetime assessment of poly-victimization in a national sample of children and youth. *Child Abuse and Neglect,* 33(7), 403-411.

Frank, D. A., Drotar, D., Cook, J., Bleiker, J., & Kasper, D. (2001). Failure to thrive. In R. M. Reece, & S. Ludwig (Eds.), *Child abuse: Medical diagnosis and management* (pp. 307337).

Franken, I. H. A., Muris, P., & Georgieva, I. (2006). Gray's model of personality and addiction. *Addictive Behaviors*, cilt 31, sayı 3, ss. 399-403.

Fuhrmann, K. (2010). *Treating pediatric traumatic medical stress.* Clovis, CA: Association for Play Therapy. http://www.a4pt.org/download.cfm?ID=28862, 10.07.2022.

Galea, S., Nandi, A., & Vlahov, D. (2005). The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiologic Reviews,* 27(1), 78-91.

Garbarino, J., & Garbarino, A. (1994). *Emotional maltreatment of children.* Chicago, IL: National Committee to Prevent Child Abuse.

Gaudin, Jr., J. M. (1995). *Child Neglect: A Guide for Intervention.* Washington, DC: National Center on Child Abuse and Neglect.

Gawin, F.H. (1991). Cocaine addiction: psychology and neuropsychology. *Science*, 251(5001), 1580-1586.

George, C. (1996). A representational perspective of child abuse and prevention: Internal working models of attachment and caregiving. *Child Abuse and Neglect,* 20(5), 411-424.

Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Ford, D. C., Dhingra, S. S., & Parks, S. E. (2015). Childhood adversity and adult chronic disease: an update from ten states and the District of Columbia, 2010. *American Journal of Preventive Medicine,* 48(3), 345-349.

Glaser, D., & MacMillan, H. L. (2009). Recognising and responding to child maltreatment. *The Lancet,* 373(9658), 167-180

Goldman, J., Salus, M. K., Wolcott, D., & Kennedy, K. Y. (2003). *A coordinated response to child abuse and neglect: The foundation for practice.* Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, http://centerforchildwelfare.fmhi.usf.edu/kb/trprev/a%20coordinated%20response%20t

o%20child%20abuse%20and%20neglect-the%20foundation%20for%20practice.pdf, 10.07.2022

Goldstein, A., Faulkner, C. &Wekerle. (2013). the relationship among internal resilience, smoking, alcohol use and depression symptoms. *Child & Neglect*. 37 (1) 22-32.

Goodman, L., Saxe, L., & Harvey, M. (1991). Homelessness as psychological trauma: Broading perspectives. *American Psychologist,* 46(11), 1219-1225.

Gökler, R. ve Koçak, R. (2008). Uyuşturucu ve madde bağımlılığı. *Sosyal Bilimler ve Araştırmaları Dergisi*, 1, 89-104.

Green, B. L., Korol, M., Grace, M. C., Vary, M. G., Leonard, A. C., Gleser, G. C., & Smitson- Cohen, S. (1991). Children and disaster: Age, gender, and parental effects on PTSD symptoms. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30(6), 945-951.

Gross, A. B., & Keller, H. R. (1992). Long-term consequences of childhood physical and psychological maltreatment. *Aggressive Behavior,* 18(3), 171-185.

Gunnar, M., & Quevedo, K. (2007). The neurobiology of stress and development. *Annual Review of Psychology, 58,* 145-173.

Haasen, C., EL-Guebaly, N., & Salloum, I. M. (2009), Substance-Use Disorders. I. M. Salloum & J. E. Mezzich, (Eds). In *Psychiatric Diagnosis: Challenges and Prospects*, West Sussex, UK, John Wiley & Sons.

Harrington, D., Zuravin, S., DePanfilis, D., Ting, L., & Dubowitz, H. (2002). The neglect scale: Confirmatory factor analyses in a low-income sample. *Child Maltreatment,* 7(4), 359368.

Homma, Y., Wang, N., Saewyc, E., & Kishor, N. (2012). The relationship between sexual abuse and risky sexual behavior among adolescent boys: A meta-analysis. *Journal of Adolescent Health,* 51(1), 18-24.

Hunt W. A. (1996). Role of acetaldehyde in the actions of ethanol on the brain: A review. *Alcohol,* 13, 147-151.

Işıklı, S. ve Irak, M. (2002). Türkiye'de madde kullanımı ve bağımlılığı profili araştırması: 2002 yılı madde kullanımı geniş alan araştırması. Nihai rapor. *Türk Psikologlar Derneği*, 55-65.

Iwaniec, D. (2006) Emotional Abuse and Neglect, 2nd edt. John Willey and Sons Chichester.

Jacobs, S., Mazure, C., & Prigerson, H. (2000). Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Studies,* 24(3), 185-199

Kalivas, P. W. (2004). "Recent understanding in the mechanisms of addiction". *Current psychiatry reports,* 6(5), 347-351.

Kalyoncu, A., Mirsal, H., Pektaş, Ö., Yazıcı, A.H., Mırsal, N., Beyazyürek, M. (2001). Alkol bağımlılığında nüks nedenleri: Kesitsel Bir Çalışma. *Bağımlılık Dergisi,* 2(2), 1 - 5.

Kara, B., Biçer, Ü., ve Gökalp, A.S. (2004). Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi,* 47, 140-151.

Kassam-Adams, N., & Winston, F. K. (2004). Predicting posttraumatic stress after hospitalization for pediatric injury. *Journal of the American Academy of Child ve Adolescent Psychiatry,* 43(4), 403-411

Kaya, N. ve Çilli, A. S. (2002). Üniversite öğrencilerinde nikotin, alkol ve madde bağımlılığının 12 aylık yaygınlığı. *Bağımlılık Dergisi*, 3, 91-7.

Kazak, A. E., Kassam-Adams, N., Schneider, S., Zelikovsky, N., Alderfer, M. A., & Rourke, M. (2006). An integrative model of pediatric medical traumatic stress. *Journal of Pediatric Psychology*, 31(4), 343-355.

Kelley, B. T., Thornberry, T. P., & Smith, C. A. (1997). *In the wake of childhood maltreatment.* Washintgon, DC: U.S. Department of Justice. https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/165257.pdf, 14.07.2022

Kent, A., & Wallar, G. (1998). The impact of childhood emotional abuse: An extension of the child abuse and trauma scale. *Child Abuse and Neglect,* 22(5), 393-399.

Kilpatrick, D. J., Saunders, B. E., & Smith, D. W. (2003). *Youth victimization: Prevalence and implications.* Washington, DC: U.S. Department of Justice.

Kim, K., Trickett, P. K., ve Putnam, F. W. (2010). Childhood experiences of sexual abuse and later parenting practices among non-offending mothers of sexually abused and comparison girls. *Child Abuse ve Neglect* 34, 610-622.

Korfmacher, J. (1998). *Emotional neglect: Being hurt by what is not there.* Chicago, IL: National Committee to Prevent Child Abuse.

Kurtz, P. (1993). Maltreatment & The School-aged Child: School Performance Consequences. Child Abuse and Neglect.(17). 581-589.

Küçük, E. Küçük, İ.,ve Kirazaldı, YY. (2015). Acil serviste yeni bir tehlike: Sentetik kannabinoidler (Bonzai, Jameika). Genel Tıp Dergisi, 25, 18-22.

Lalor, K., & McElvaney, R. (2010). Child sexual abuse, links to later sexual exploitation/high risk sexual behavior and prevention/treatment programmes. *Trauma, Violence and Abuse,* 11(4), 159-177

Langevin, R., Hébert, M., & Cossette, L. (2015). Emotion regulation as a mediator of the relation between sexual abuse and behavior problems in preschoolers. *Child Abuse & Neglect, 46,* 16-26.

Leshner, A. I. (1997). Addiction ıs a brain disease, and ıt matters. *Science,* 278(5335), 45-47.

Lonigan, C. J., Shannon, M. P., Finch, Jr., A. J., Daugherty, T. K., & Taylor, C. M. (1991). Children's reactions to a natural disaster: Symptom severity and degree of exposure. *Advances in Behaviour Research and Therapy,* 13(3), 135-154.

Luthra, R., Abramovitz, R., Greenberg, R., Schoor, A., Newcorn, J., Schmeidler, J., . . . Chemtob, C. M. (2009). The relationship between type of trauma exposure and posttraumatic stress disorder among urban children and adolescents. *Journal of Interpersonal Violence,* 24(11), 1919-1927.

Mansell, S., Sobsey, D., & Moskal, R. (1998). Clinical findings among sexually abused children with and without developmental disabilities. *Mental Retardation,* 36(1), 12-22.

Marx, B. P., & Sloan, D. M. (2002). The role of emotion in the psychological functioning of adult survivors of childhood sexual abuse. *Behavior Therapy,* 33, 563-577.

Masten, A. S., & Narayan, A. J. (2012). Child development in the context of disaster, war, and terrorism: Pathways of risk and resilience. *Annual Review of Psychology, 63,* 227-257.

Mccabe, S.E., West, B.T., Jutkiewicz E.M., & Boyd C.J. (2017). "Multiple DSM-5 substance use disorders: A national study of US adults". Human Psychopharmacology: Clinical and Experimental, 32(5), 1-10.

McFarlane, A. C. (1987). Posttraumatic phenomena in a longitudinal study of children following a natural disaster. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(5), 764-769.

McKetın, R. Copeland, J., Norberg, MM., Bruno, R., Hıdes, L., & Khawar, L. (2014). "The effect of the ecstasy 'come-down' on the diagnosis of ecstasy dependence". Drug and Alcohol Dependence, 139, 26-32.

Meisel, S. & Shonkoff, J. (1992). Resiliency in Schools: making it happen for students and educators. (Handbook for early intervention). New York: Cambridge University Press.

Mennen, F. E., Kim, K., Sang, J., & Tricketta, P. K. (2010). Child neglect: Definition and identification of youth's experiences in official reports of maltreatment. *Child Abuse and Neglect*, 34(9), 647-658.

Meyerson, L. A., Long, P. J., Miranda, R., & Marx, B. P. (2002). The influence of childhood sexual abuse, physical abuse, family environment, and gender on the psychological adjustment of adolescents. *Child Abuse ve Neglect* 26, 387-405.

Myers, R. K., Forke, C.M., Catallozzi, M., & Schwarz, D. F. (2010). Relationship violence among female and male college undergraduate students. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine,* 162(7), 634641.

Nacca, N., Vattı, D., Sullıvan, R., Sud, P., SU, M., Maraffa, J. (2013). The synthetic cannabinoid withdrawal syndrome. *American Society of Addiction Medicine*, 7(4), 296-298.

National Scientific Council on the Developing Chil. (2014). *Excessive stress disrupts the architecture of the developing brain.* (Working Paper No. 3). Cambridge, MA: Harvard University - Center on the Developing Child. http://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r. wpengine.netdna-cdn.com/wp-content/uploads /2005/05/Stress_Disrupts_Architecture_ Developing_Brain-1.pdf

Nebioğlu, M., Yalnız, H., Güven, F. M. ve Geçici, Ö. (2013). Opiyat bağımlılarında diğer maddelerin kullanımı ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. *TAF Preventive Medicine Bulletin,* 12(1), 35-42.

Ney, P. G., Fung, T., & Wickett, A. R. (1994). The worst combinations of child abuse and neglect. *Child Abuse and Neglect,* 18(9), 705-714.

O'Brien, CP. Drug addiction. (2011). G*oodman & Gilman's The Pharmacological Basis of Therapeutics* (12th ed.) New York, McGraw-Hill.

Ögel K. (2010). *Bağımlılık Tedavisinde Temel Bilgiler. Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme*. İstanbul: Yeniden Yayınları.

Ögel, K., Evren, C., Karadağ, F. ve Tamar-Gürol, D., (2012), Bağımlılık Profil İndeksi'nin (BAPİ) geliştirilmesi, geçerlik ve güvenilirliği, *Türk Psikiyatri Dergisi,* 23, 1-10.

Ögel, K., Karalı, A., Tamar, D. ve Çakmak, D. (1998). *Sigara, alkol ve madde el kitabı*. İstanbul, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.

Ögel, K., ve Aksoy, A. (2002). İstanbul'da koruma merkezlerine başvuran çocuklarda tütün, alkol ve madde kullanım özellikleri. Bağımlılık Dergisi, 9(3), 135-140.

Pakiş, I.,ve Polat, O. (2016). "Sentetik kannabinoidler". *Acu Sağ Bilg Derg*, 1, 6-13.

Palmer, S. E., Brown, R. A., Rae-Grant, N. I., & Loughlin, M. J. (1999). Responding to children's disclosure of familial abuse: What survivors tell us. *Child Welfare*, 78(2), 259282.

Peek, L. (2008). Children and disasters: Understanding vulnerability, developing capacities, and promoting resilience - An introduction. *Children, Youth, and Environments,* 18(1), 1-29. http://www.jstor.org.ezproxy1.lib.asu.edu/stable/10.7721/chilyoutenvi.18.1.0001, 10.04.2022

Perron, B.E., Howard, M.O., Vaughn, M.G., & Jarman, C.N. (2009). "Inhalant withdrawal as a clinically significant feature of inhalant dependence disorder". *Medical hypotheses*, 73(6), 935937.

Perry, B. D. (2001). The neurodevelopmental impact of violence in childhood. In D. Schetky, & E. Benedek (Eds.), *Textbook of child and adolescent forensic psychiatry* (pp. 221-238). Washington, DC: American Psychiatric Press.

Perry, B. D., & Rubenstein, J. (1999). The child's loss: Death, grief and mourning: How caregivers can help children exposed to traumatic death. *Parent and Caregiver Education Series, 3, 1.* Child Trauma Academy.

Pfefferbaum, B., Shaw, J. A., & American Academy of Child and Adolescent Psychiatry Committee on Quality Issues. (2013). Practice parameter on disaster preparedness. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 11,* 1224-1238

Pfefferbaum, P., Seale, T. W., Brandt, E. N., Pfefferbaum, D. E., Rainwater, D., & Rainwater, S. M. (2003). Media exposure in children one hundred miles from a terrorist bombing. *Annals of Clinical Psychiatry,* 15(1), 1-8.

Pine, D. S., Costello, J., & Masten, A. (2005). Trauma, proximity, and developmental psychopathology: The effects of war and terrorism on children. *Neuropsychopharmacology,* 30(10), 1781-1792.

Plener, P., Singer, H., & Goldbeck, L. (2011). Traumatic events and suicidality in a German adolescent community sample. *Journal of Traumatic Stress*, 24, 121-124.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self- change of smoking: toward an ıntegrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* 51(3), ss. 390 - 395.

Rennick, J. E., Johnston, C. C., Dougherty, G., Platt, R., & Ritchie, J. A. (2002). Children's psychological responses after critical illness and exposure to invasive technology. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics,* 23(3), 133-144.

Rosenberg F. (1965). Society and Adolescent Self-Image. *Journal of Research in Personality*. 41(4), p977-982

Rumstein-McKean, O., & Hunsley, J. (2001). Interpersonal and family functioning of female survivors of childhood sexual Abuse. *Clinical Psychology Review,* 21(3), 471-490.

Ryan, R.M., Deci, E.L. (2000). Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions. *Contemp. Educ. Psychol.,* 25 (1), 54-67

Sanders, B., & Becker-Lausen, E. (1995). The measurement of psychological maltreatment: Early data on the child abuse and trauma scale. *Child Abuse and Neglect,* 19(3), 315-323.

Sanders, M. R. &Mazzucchelli, T. G (2011). Preventing Behavioral and Emotional Problems in Children Who Have a Developmental Disability: A Public Health Approach. *Research in Developmental Disabilities: A Multidisciplinary Journal,* 32(6), 2148-2156.

Sapolsky, R. M., Romero, L. M., & Munck, A. (2000). How do glucocorticoids influence stress responses? Integrating permissive, suppressive, stimulatory, and preparative actions. *Endocrine Reviews,* 21(1), 55-89.

Savaşan, A. (2010). Bağımlılığı olan hastalarda servis ortamı ve tedavi motivasyonunun incelenmesi. *Klinik Psikiyatri,* 13, 119-126.

Saxe, G., Vanderbilt, D., & Zuckerman, B. (2013). Traumatic stress in ill and injured children. *PTSD Research Quarterly(2), 14.* Washington, DC: The National Center for Post- Traumatic Stress Disorder. www.ptsd.va.gov/professional/newsletters/research-quarterly/V14N2.pdf , 21.06.2022

Schauer, G. L., King, B. A., Bunnell, R. E., Promoff, G., Mcafee, T. A. (2016). Toking, vaping, and eating for health or fun: marijuana use patterns in adults. U.S. *American journal of preventive medicine*, 50(1), 1 -8.

Scheier, L. M., Botvin, G. J., & Miller, N. L. (1999). Life events, neighborhood stress, psychosocial functioning, and alcohol use among urban minority youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 9(1), 19-50.

Seok, S. (2018). Early life stress, resilience and emotional dysregulation in major depressive disorder with comorbid borderline personality disorder. *Journal Of Affective Disorders*, 236, 113-119.

Serre, F., Fetseas, M., Denıs, C., Swendsen, H., Auriabombe, M. (2018). "Predictors of craving and substance use among patients with alcohol, tobacco, cannabis or opiate addictions: commonalities and specificities across substances." *Addictive Behaviors*, 83, 123-129.

Shalev, I., Entringer, S., Wadhwa, P. D., Wolkowitz , O. M., Puterman, E., Lin, J., & Epel, E. S. (2013). Stress and telomere biology: A lifespan perspective. *Psychoneuroendocrinology*, 38(9), 1834-1842.

Shannon, M. P., Lonigan, C. J., Finch, Jr., A. J., & Taylor, C. M. (1994). Children exposed to disaster: I. Epidemiology of post-traumatic symptoms and symptom profiles. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(1), 80-93.

Sharma, M. & Shaniya, P. (2012). Self-esteem and life satisfaction: implication for tobacco use. *Delhi psychiatry journal*, 15 (1) 172-174.

Shield K.D., Parry C. & Rehm J. (2013). Chronic diseases and conditions related to alcohol use. Alcohol Res.: Curr. Rev., 35(2), 155-173.

Silvan, M. & DeLeo, V.A. (2006). A psychocutaneous approach to sunbathing behavior. *Archives Of Dermatology, 142(2)*, 245; author reply 245-246.

Silverman, A. B., Reinherz, H. Z., & Giaconia , R. M. (1996). The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*, 20(8), 709-723.

Snyder, H. N. (2000). *Sexual assault of young children as reported to law enforcement: Victim, incident, and offender characteristics.* Washington, DC: U.S. Department of Justice. https://www.bjs.gov/content/pub/pdf/saycrle.pdf, 24.03.2022

Steinke M. C. (2012). The Role of self-esteem in the Treatment of Youth in Residential Treatment Centers: An Examination of Delinquency and Rearrests After Discharge From Treatment. State university of New York, 35, 74-97

Stock, J. L., Bell, M. A., Boyer, D. K., & Connell, F. A. (1997). Adolescent pregnancy and sexual risk-taking among sexually abused girls. *Family Planning Perspectives*, 29(5), 200-227.

Styron, T., & Janoff-Bulman, R. (1997). Childhood attachment and abuse: Long-term effects on adult attachment, depression, and conflict resolution. *Child Abuse and Neglect*, 21(10), 1015-1023.

Sun A.Y., Lusiak B.D. & Sun G.Y. (2001). Oxidized lipoproteins, beta amyloid peptides and Alzheimer's disease. *Neurotoxicity Reserchs.*, 3(2), 167-178.

Tanrıkulu, A. C. ve Carman, K. B. (2009). Kars il merkezinde çeşitli üniversite öğrencileri arasında sigara kullanımı sıklığı ve risk faktörleri. *Türk Toraks Dergisi*, 10, 101-106.

Taylor, N., & Siegfried, C. B. (2005). Helping children in the child welfare system heal from trauma: A systems integration approach. Los Angeles, CA and Durham, NC: National Child Traumatic Stress Network Systems Integration Working Group. http://www.nctsn.org/sites/default/files/assets/pdfs/A_Systems_Integration_Approach.pdf , 21.04.2022

Tot, Ş., Yazıcı, K., Yazıcı, A. E., Erdem, P., Ba,l N. ve Metin, Ö. (2002). Mersin Üniversitesi öğrencilerinde sigara ve alkol kullanım yaygınlığı ve ilişkili özellikler. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3, 227-231.

Verkuyten, M. (2003). Positive and Negative Self-Esteem among Ethnic Minority Early Adolescents: Social and Cultural Sources and Threats. *Journal of Youth and Adolescence*, 32(4), 267-277.

Villani, S. (2001). Impact of media on children and adolescents: A 10-year review of the research. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40(4), 392-401.

Ward, E., DeSantis, C., Robbins, A., Kohler, B., & Jemal, A. (2014). Childhood and adolescent cancer statistics. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 64(2), 83-103.

Watson R. R. & Preedy V.R (2003). *Nutrition and Alcohol: Linking Nutrient Interactions and Dietary Intake*. CRC Press

Weder, N., Zhang, H., Yang, B. Z., Simen, A., Jackowski, A., Lipschitz, D., & Kaufman, J. (2014). Child abuse, depression, and methylation in genes involved with stress, neural plasticity, and brain circuitry. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 53(4), 417-424.

Westerberg, V. S. (2000). "Constituents of craving in a clinical alcohol sample". *Journal of Substance Abuse*, 12(4), 415-423.

WHO. (2004). "*Psychopharmacology of Dependence for Different Drug Classes". In: Neuroscience of psychoactive substance use and dependence. Geneva*; World Health Organization.

Widom, C., Marmorstein, N., & White, H. (2006). Childhood victimization and illicit drug use in middle adulthood. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20(4), 394-403.

Williams, A.R. (2020). Cannabis as a gateway drug for opioid use disorder. *Journal of Law Med Ethics*, 48(2), 268-274.

Winkelman, M. J. (1997). Shamanic guidelines for psychedelic medicine. Psychedelic medicine: New evidence for hallucinogenic substances as treatments, 2, 143-168.

Winslow, B.T., Voorhees, K.I., Pehl, K.A. (2007). Methamphetamine abuse. *American Family Physician*, 76(8), 1169-1174.

Wisdom, C. S., & Maxfield, M. G. (2001). *An update on the "cycle of violence"*. Washington, DC: U.S. Department of Justice. https://www.ncjrs.gov/pdffiles1/ nij/184894.pdf , 21.07.2022

World Health Organization (WHO) (2014). Global status report on alcohol and health. 13-14.

Yalçın, M., Eşsizoğlu, A., Akkaç, H., Yaşan, A. ve Gürgen, F. (2009). Dicle Üniversitesi öğrencilerinde madde kullanımını belirleyen risk faktörleri. *Klinik Psikiyatri*; 12: 123-33.

Yılmaz, A., Can, Y., Bozkurt, M., ve Evren, C. (2014). "Alkol ve Madde Bağımlılığında Remisyon ve Depreşme". *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 6(3), 243-256.

Young, M. A. (2001). *Victim assistance: Frontiers andfundamentals.* Alexandria, VA: Nationa Organization for Victim Assistance

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

Zuravin, S. (2001). Issues pertinent to defining child neglect. In T. D. Morton, & B. Salovitz (Eds.), *The CPS response to child neglect: An administrator's guide to theory, policy, program design and case practice*.

EKLER

Ek 1. Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ)

bapi

UYGULAYICI FORMU

Soruları sormadan önce eğer varsa açıklamaları yapın.

İtalik olan yazılar uygulayıcı için gerekli bilgileri içerir.

Sorularda yer alan [madde] sözcüğü kişinin cezaevinde bulunmadan önceki son dönemde içinde kullanmayı daha çok tercih ettiği maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığı madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...
"[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi" yerine alkol içiyorsa "Alkol kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi" veya esrar içiyorsa "Esrar kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi" biçiminde okuyun.

Öncelikle yanıtın "hiçbir zaman" veya "neredeyse her zaman" seçeneğine uyup uymadığını kontrol edin. Eğer her ikisine de uymuyorsa o takdirde "bazen" seçeneğini işaretleyiniz. Yanıt "hayır" ise "hiçbir zaman" seçeneğini işaretleyiniz

---

A. Uygulayan görüşmecinin adı soyadı: **Tarih:**

I **Adınız soyadınız** [.....]

II **Doğum tarihiniz** [.....]

III **Cinsiyetiniz?**

① Kadın ② Erkek

IV **Eğitiminiz?**

① Okur yazar ② İlkokulu bitirmiş ③ Ortaokulu bitirmiş ④ Liseyi bitirmiş ⑤ Üniversiteyi bitirmiş

V **Medeni durumunuz?**

① Evli ② Bekar ③ Ayrı ④ Boşanmış ⑤ Dul ⑥ Diğer

VI **Çocuğunuz var mı?**

① Evet ② Hayır

VII **Daha önce herhangi bir psikiyatrik veya psikolojik tedavi gördünüz mü?**

① Evet ② Hayır

Bağımlılık Profil İndeksi Uygulayıcı Formu (BAPİ-U) 1

→ Şimdi size bağımlılık yapan maddelerle ilgili bazı sorular soracağım.
Burada bulunmadan önceki son bir yılınızı düşünerek içinde aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

Yanıt kartını gösterin

		Hiç veya ayda 3 kezden fazla değilse	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1	Ne sıklıkla alkol kullanıyordunuz?	⓪	①	②
2	Ne sıklıkla esrar (marihuana, joint, gubar vb) kullanıyordunuz?	⓪	①	②
3	Ne sıklıkla ecstasy (ekstazi) kullanıyordunuz?	⓪	①	②
4	Ne sıklıkla eroin kullanıyordunuz?	⓪	①	②
5	Ne sıklıkla kokain kullanıyordunuz?	⓪	①	②
6	Ne sıklıkla taş (krak kokain) kullanıyordunuz?	⓪	①	②
7	Ne sıklıkla rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar kullanıyordunuz?	⓪	①	②
8	Ne sıklıkla uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb) kullanıyordunuz?	⓪	①	②
9	Ne sıklıkla akineton, tantum, xanax vb gibi çeşitli haplar kullanıyordunuz?	⓪	①	②
10	Ne sıklıkla metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri kullanıyordunuz?	⓪	①	②
11	Ne sıklıkla LSD, GHB gibi maddeler kullanıyordunuz?	⓪	①	②

→ Şimdi sayacağım hangisi sizin tercih maddeniz? Yani asıl kullanmayı sevdiğiniz, o varsa başkasını kullanmak istemeyeceğiniz hangisi?
Yukarıda kullandığını söylediği maddeleri sayınız ve sorunuz

11b1	Alkol	☐	**11b7**	Rohipnol, rivotril (roş)	☐
11b2	Esrar (marihuana, joint, gubar vb)	☐	**11b8**	Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb)	☐
11b3	Ecstasy (ekstazi)	☐	**11b9**	Akineton, tantum, xanax gibi haplar	☐
11b4	Eroin	☐	**11b10**	Metamfetamin, ice gibi amfetamin türevleri	☐
11b5	Kokain	☐	**11b11**	LSD, GHB gibi maddeler	☐
11b6	Taş (krak kokain)	☐			

	→ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz. *Yanıt kartını gösterin*	Hiçbir zaman	Bazen	Neredeyse her zaman
12	[Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı gibi problemleri yaşıyordunuz? *Gerekirse açıklayın:Burada film kopması derken, [madde]etkisindeyken yaptıklarını, söylediklerini...vs hatırlamadığın zamanları kastediyoruz.*	⓪	①	②

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

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

13	Kullandığınız [maddenin] miktarı giderek arttı mı?	⓪	①	②
14	Aynı miktarda kullanmanıza rağmen, zaman içinde kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu?	⓪	①	②
15	Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme gibi sorunlar ortaya çıktı mı?	⓪	①	②
16	Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?	⓪	①	②
17	Planladığınızdan daha fazla [madde] kullandığınız oldu mu? Örneğin az içmeyi düşünüp fazla içtiğiniz veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullandığınız oldu mu?	⓪	①	②
18	Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu?	⓪	①	②
19	[Maddeyi] bulmak, kullanmak veya ayılmak için fazla zaman harcadığınız oldu mu? *Gerekirse açıklayın:Ne kadar zamanını, [maddeyi] düşünerek ya da [madde] ile uğraşarak geçiriyordun?*	⓪	①	②
20	[Madde] kullandığınız için aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler gibi hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu?	⓪	①	②
21	[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
22	[Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
23	[Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
24	[Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
25	[Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	⓪	①	②

	→ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR YILI göz önüne alarak cevap veriniz. *Yanıt kartını gösterin*	Hiçbir zaman	Bazen	Neredeyse her zaman
26	[Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
27	[Madde] kullanmak beklenmedik problemler yaşamanıza yol açtı mı? Örneğin; kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki, cinsel yolla bulaşan hastalık gibi sorunlar yaşadınız mı? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
28	[Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamanıza neden oldu mu? Örneğin; ehliyeti kaptırmak, maddeyle yakalanmak, karakola düşmek gibi sorunlarınız oldu mu? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
29	Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
30	[Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız zamanlar oldu mu? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
31	Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor muydu? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
	→ Şimdi soracağım sorulara yanıt verirken SON BİR HAFTAYI göz önüne alarak cevap veriniz. Yanıt kartını gösterin	⓪	①	②
32	[Madde] kullanmak ya da [madde] kullanmanın sizi iyi hissettireceği hakkında düşünüyor musunuz? Ne sıklıkta?	⓪	①	②
33	[Madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyor musunuz? Ne sıklıkta?	⓪	①	②
34	[Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu? Ne sıklıkta? *Gerekirse açıklayın:* *[Madde] yakınınızda bulunduğunda, mesela şu an burada olsa, [madde] kullanmaya direnmek sizin için zor olur mu? Ne sıklıkta?*	⓪	①	②
35	[Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz? Ne sıklıkta?	⓪	①	②
36	[Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz? Ne sıklıkla?	⓪	①	②
37	[Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?	⓪	①	②

Ek 2. Demografik Bilgi Formu

IV. BÖLÜM: KİŞİSEL BİLGİLER	
Lütfen aşağıdaki soruları yanıtlayınız	
1	**Cinsiyetiniz:** ❑ Kadın ❑ Erkek
2	**Yaşınız:……..**
3	**Boyunuz: ……..**
4	**Kilonuz: ……..**
7	**Annenizin eğitim durumu:** ❑ Hiç okula gitmemiş ❑ İlkokul ❑ Ortaokul ❑ Lise ❑ Üniversite
8	**Babanızın eğitim durumu:** ❑ Hiç okula gitmemiş ❑ İlkokul ❑ Ortaokul ❑ Lise ❑ Üniversite
9	**Anne babanız birlikte mi yaşıyor?** ❑ Evet ❑ Hayır
10	**Annenizin yaşam durumu?** ❑ Hayatta ❑ Ölmüş
11	**Babanızın yaşam durumu?** ❑ Hayatta ❑ Ölmüş
12	**Ailenizin ekonomik durumunu genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?** ❑ Düşük ❑ Orta ❑ İyi ❑ Çok iyi
13	**Annenizin sizi yetiştirme tutumunu nasıl değerlendirirsiniz? (Sadece bir seçeneği işaretleyiniz)** ❑ Aşırı koruyucu

	❑ Hoşgörülü ve güven verici ❑ Tutarsız ❑ Reddedici ❑ Mükemmelliyetçi ❑ Ayrımcılık yapan
14	**Babanızın sizi yetiştirme tutumunu nasıl değerlendirirsiniz? (Sadece bir seçeneği işaretleyiniz)** ❑ Aşırı koruyucu ❑ Hoşgörülü ve güven verici ❑ Tutarsız ❑ Reddedici ❑ Mükemmelliyetçi ❑ Ayrımcılık yapan
15	**Ailenizle ilişkinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?** ❑ Kötü ❑ Yetersiz ❑ İyi ❑ Çok iyi
16	**Arkadaşlarınızla ilişkinizi genel olarak nasıl değerlendirirsiniz?** ❑ Kötü ❑ Yetersiz ❑ İyi ❑ Çok iyi
17	**Sigara kullanıyor musunuz?** ❑ Evet ❑ Hayır
18	**Alkol kullanıyor musunuz?** ❑ Evet ❑ Hayır
19	**Herhangi bir psikolojik/psikiyatrik bozukluk tanısı aldınız mı?** ❑ Evet ❑ Hayır
20	**Ailenizde psikolojik/psikiyatrik bozukluk tanısı almış akrabanız var mı?** ❑ Evet ❑ Hayır

Ek 3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

	II. BÖLÜM: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI					
Bu sorular çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce) başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.		**Hiçbir zaman**	**Nadiren**	**Kimi zaman**	**Sık olarak**	**Çok sık**
1	Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
2	Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
3	Ailemdekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
4	Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
5	Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
6	Yırtık, sökük ya da kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
7	Sevildiğimi hissediyordum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
8	Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
9	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
10	Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
11	Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
12	Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
13	Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**
14	Ailemdekiler bana kırıcı ya da	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**

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

Ek 4. Rosenberg Benlik Saygısı Ölçeği

Aşağıdaki anlatımlarla ilgili olarak size en uygun seçeneği işaretleyiniz.		**Çok yanlış**	**Yanlış**	**Doğru**	**Çok doğru**
1	Kendimi en az diğer insanlar kadar değerli buluyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**
2	Bazı olumlu özelliklerim olduğunu düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**
3	Genelde kendimi başarısız bir kişi olarak görme eğilimindeyim.	**1**	**2**	**3**	**4**
4	Ben de diğer insanların birçoğunun yapabildiği kadar bir şeyler yapabilirim.	**1**	**2**	**3**	**4**
5	Kendimle gurur duyacak fazla bir şey bulamıyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**
6	Kendime karşı olumlu bir tutum içindeyim.	**1**	**2**	**3**	**4**
7	Genel olarak kendimden memnunum.	**1**	**2**	**3**	**4**
8	Kendime karşı daha fazla saygı duymayı isterdim.	**1**	**2**	**3**	**4**
9	Bazen kesinlikle kendimin bir işe yaramadığını düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**
10	Bazen kendimin hiç de yeterli bir insan olmadığımı düşünüyorum.	**1**	**2**	**3**	**4**

Ek 5. Ölçek Kullanım İzleri



HL **Helin Laçin** 28.12.2020
Kime: kultegin ogel >

İzin hk.

Hocam Merhabalar ,

Ben İstanbul Ticaret Üniversitesi'nde Aile Danışmanlığı Yüksek lisans programında öğrenciyim. Prof. Dr. Cihad Demirli danışmanlığında Genç yetişkinlerde ailede çocukluk çağı travması ve benlik saygısının madde bağımlılığı ile ilişkisini araştırdığım yüksek lisans tezinde, 2012 yılında sizin tarafınızdan geliştirilen BAPİ özbildirim ve uygulayacı formunu kullanmak için sizden izninizi istiyorum.

Değerli vaktinizi ayırdığınız için teşekkür ederim.

Saygılarımla,
Helin Laçin

KO **kultegin ogel** 28.12.2020
Kime: Helin Laçin >

merhaba
ölçeği kullanabilirsin
sevgiler
-----Özgün İleti----- From: Helin Laçin
Sent: Monday, December 28, 2020 12:21
PM To: kultegin ogel Subject: İzin hk.

Ek 6. Etik Kurul Onayı

Tarih: 25/02/2021
Sayı: E-65836846-044-202469

HİZMETE ÖZEL

İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ

T.C.
İSTANBUL TİCARET ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

Sayı : E-65836846-044-202469 25.2.2021
Konu : Etik Onayı

Sayın Helin LAÇİN

İlgi : 11.01.2021 tarihli dilekçeniz.

İlgi yazınız ile "Genç Yetişkinlerde Ailede Çocukluk Çağı Travması ve Benlik Saygısının Madde Bağımlılığı ile İlişkisi" isimli çalışmanız için önerdiğiniz ankete Etik Kurul onayı talep edilmektedir.

Adı geçen ve ekte yer alan anket formu, Üniversitemiz Etik Kurulunca incelenmiş, anketinizde etik tanım, değer ve ilkelere aykırı bir düzenleme tespit edilmediği, önerilen anket çalışmasının etik kurallara uygun olduğu ve etik onayının verildiği ifade edilmiştir.

Konuya ilişkin bilgilerinizi rica ederim.

Prof. Dr. Yücel OĞURLU
Rektör

Ek: Etik Onaylı Anket Formu

Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır

Belge Doğrulama Kodu: 20443F4B-C460-42F8-A225-B308391C6EE1 Belge Doğrulama Adresi: http://e-belge.ticaret.edu.tr

Adres: Örnektepe Mah. İmrahor Cad. No: 88/2 Beyoğlu/İstanbul
Telefon No: 444 04 13 / 4580 - 4581 Faks No: 0212 320 70 11
E-Posta: f.kose@ticaret.edu.tr İnternet Adresi: www.ticaret.edu.tr
KEP Adresi: ticaretuniversitesi@hs03.kep.tr

Ayrıntılı Bilgi İçin: Fatma KÖSE
Yazı İşleri Müdürü
Telefon No: 444 0 413 - 4580

1 / 1