T.C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ADLİ - KLİNİK PSİKOLOJİ PROGRAMI

ALKOL BAĞIMLILIĞI İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NILGKIOUN CHASAN

071111104

Danışman Öğretim Üyesi:

Yard. Doç. Dr. İrem Akduman

İstanbul, Eylül 2010

T.C.

MALTEPE ÜNİVERSİTESİ

SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ

PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ALKOL BAĞIMLILIĞI İLE ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI İLİŞKİSİ

YÜKSEK LİSANS TEZİ

NILGKIOUN CHASAN

071111104

Danışman Öğretim Üyesi:

Yard. Doç. Dr. İrem Akduman

İstanbul, Eylül 2010

T.C. Maltepe Üniversitesi
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürlüğü'ne,

29.09.2010 tarihinde tezinin savunmasını yapan Nilgkioun CHASAN'a ait "Alkol Bağımlılığı İle Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi" başlıklı çalışma, Jürimiz Tarafından Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı Adli-Klinik Psikoloji Tezli Yüksek Lisans Programında Yüksek Lisans Tezi Olarak Kabul Edilmiştir.

.....

Prof. Dr. Gökhan ORAL
Başkan

.....

Yrd. Doç. Dr. Ilgın GÖKLER DANIŞMAN
(Üye)

.....

Yrd. Doç. Dr. İrem AKDUMAN
(Üye)
(Danışman)

Sevgili eşime ithaf ediyorum.

ÖNSÖZ

Araştırma sürecinde desteği ve değerli katkıları ile bana yol gösteren, her umutsuzluğa kapıldığımda devam etmemi sağlayan, tez danışmanım Yard. Doç. Dr. İrem AKDUMAN'a teşekkür ederim.

Çalışmanın uygulanmasına olanak sağlayan, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezi (AMATEM) uzmanı Doç. Dr. Cüneyt EVREN'e, AMATEM çalışanlarına, tez verilerini toplamakta yardımlarını esirgemeyen AMATEM Sosyal Hizmet Uzmanı Onur DAĞKOÇAK'a teşekkür ederim.

Ayrıca her zaman olduğu gibi uzun süren çalışmalarım sırasında, sevinçlerimi ve üzüntülerimi benimle paylaşan, büyük yardımlarını gördüğüm sevgili dostlarım, psikolog Derya LEBLEBİCİOĞLU, psikolog İdil C. ÖZTEP'e, sonsuz ilgi, sevgi ve desteklerini hissettiren aileme ve büyük bir özveriyle çalışıp, yardımlarını esirgemeyen, daima sabırla yanımda olan yol arkadaşım Serdar DEREKÖY'e de sonsuz teşekkür ederim.

ABSTRACT

The main purpose of this research is to study the relationship between childhood trauma and alcohol dependency. This research investigated the details of childhood traumatic experiences, alcohol dependency problems and socio-demographic statuses of the volunteers.

This research, in which a relational screening model has been applied, holds the population of male citizens of Istanbul between the ages 18 and 65. The sample of this research consists of 50 male inpatients between ages 18 and 65 from İstanbul Bakırköy Mental Hospital Research and Education Centre, Alcohol and Substance Treatment Research and Education Centre and randomly chosen 50 males from community, total of 100 individuals. In this research, in addition to Socio-demographic Screening Questionnaire prepared by the researcher, Michigan Alcoholism Screening Test (MAST) and Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) has been applied

Frequency, percentage, means, standard deviation, Chi-Square Test, Student t-Test, Mann Whitney-U Test and Pearson Correlation Analysis have been used in the data analysis.

The result of this research shows that the individuals with alcohol dependency, in regard to the individuals without alcohol dependency, have more

likely experienced childhood emotional and physical abuse and emotional and physical neglect.

No significant relationship has been found between sexual abuse and alcohol dependency. Individuals with parental alcohol dependency are more likely to be dependent on alcohol. However, the tendency of individuals with parental alcohol dependency to become alcohol dependent is less than the tendency of individuals who experienced neglect and abuse during childhood.

Keywords: Childhood Trauma, Alcohol Dependent, Alcoholism, Abuse, Neglect.

ÖZET

Bu araştırmanın temel amacı, çocukluk çağı travmaları ile alkol bağımlılığı ilişkisinin incelenmesidir. Araştırmaya gönüllü olarak katılan bireylerin çocukluk döneminde yaşadıkları travmatik deneyimleri, alkol bağımlılığı problemleri, sosyo-demografik durumları ayrıntılı olarak incelenmiştir.

İlişkisel tarama modeli niteliğindeki bu araştırmanın evrenini, İstanbul İl sınırları İçinde yaşayan, 18-65 yaş arasındaki erkeklerden oluşmaktadır. Örneklem ise, İstanbul Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıları Hastanesi (BRSHH), Alkol ve Madde Bağımlılığı Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM)'nde alkol bağımlılığı tanısıyla yatarak tedavi gören 18-65 yaş arası 50 erkek hastadan ve toplumdan rastgele olarak seçilen 50 kişi ile toplam 100 kişiden oluşmaktadır. Bu araştırmada, araştırmacı tarafından oluşturulan Sosyo-demografik Öngörüşme Formu'na ek olarak, Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) kullanılmıştır.

Verilerin analizinde, frekans, yüzde, ortalama, standart sapma, Ki-Kare Testi, Student t-Testi, Mann Whitney-U Testi ve Pearson Korelasyon Analizi kullanılmıştır.

Araştırmanın sonucunda, alkol bağımlısı olan kişilerin alkol bağımlısı olmayan kişilere oranla, çocukluk döneminde daha çok duygusal istismara ve fiziksel

istismara, fiziksel ihmal ve duygusal ihmale uğradıkları bulunmuştur. Cinsel istismar ile alkol bağımlılığı arasında herhangi bir ilişki bulunamamıştır. Ailesinde alkol bağımlılığı olan kişilerin alkol bağımlılığına daha yatkın oldukları bulunmuştur. Ancak ailesinde alkol bağımlılığı olan kişilerin alkol bağımlısı olma düzeyi, çocukluk çağında istismar ve ihmale uğramış kişilerin alkol bağımlısı olma düzeyine göre daha düşüktür.

Anahtar Kelimeler: Çocukluk Çağı Travmaları, Alkol bağımlılığı, Alkolizm, İstismar, İhmal.

İÇİNDEKİLER

İÇİNDEKİLER

ÖZSÖZ.....iv

ABSTRACT.....v

ÖZET.....vii

İÇİNDEKİLER.....ix

KISALTMALAR LİSTESİ.....xi

TABLOLAR LİSTESİ.....xiii

1. GİRİŞ 1

1.1. Alkol Kullanımı ve Alkol Bağımlılığı..... 4

1.1.1. Alkol Kullanımının Tarihçesi 5

1.1.2. Alkol Kullanım Bozuklukları..... 6

1.1.3. Alkol Kullanımı ve Alkol Bağımlılığının Yaygınlığı 9

1.1.4. Alkol Kullanımı ve Alkol Bağımlılığının Nedenleri.....10

1.1.4.1. Psikolojik Faktörler.....11

1.1.4.2. Biyolojik Faktörler.....13

1.1.4.3. Sosyokültürel Faktörler.....14

1.2. Çocukluk Çağı Travmaları.....16

1.2.1. Travma Türleri 21

1.2.1.1. Fiziksel İstismar.....21

1.2.1.2. Cinsel İstismar 23

1.2.1.3. Duygusal İstismar 27
1.2.1.4. İhmal 29
1.3. Alkol Bağımlılığı ve Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi.....32
1.4. Araştırmanın Amacı.....34
1.5. Araştırmanın Önemi 36
2. YÖNTEM 37
2.1. Araştırmanın Örneklemi.....37
2.2. Veri Toplama Araçları 40
2.2.1. Sosyodemografik Öngörüşme Formu.....41
2.2.2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği.....41
2.2.3. Michigan Alkolizm Tarama Testi 43
2.3. İşlem.....45
3. BULGULAR.....47
3.1. Gruplara Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması.....48
3.2. Gruplara Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin Alt Gruplarının İncelenmesi 51
3.3. Alkol Bağımlıları Grubunda Ailede Alkol Bağımlılığı, İstismar ve İhmal Değişkenleri Karşılaştırmaları 72
3.4. Alkol Kullanım Yaşı, Alkol Bağımlılık Düzeyi, Çocukluk Çağı Travma Çeşitleri, Minimizasyon ve Toplam Travma Düzeyinin Birbirleri Arasındaki İlişki 75
4. TARTIŞ MA.....81
5. KAYNAKLAR 93
EKLER.....103
ÖZGEÇMİŞ.....110

SİMGELER LİSTESİ

% : Yüzde

n : Alt grup sayısı

N : Örneklem sayısı

df : Serbestlik derecesi

p : Anlamlılık düzeyi

KISALTMALAR

APA : American Psychiatry Association

DSM : Diagnostic and Statictical Manual of Mental Disorders

ICD : International Classification of Diseases

DSÖ : Dünya Sağlık Örgütü

WHO : World Health Organization

NESARC : National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions

NIAAA : National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism

ESPAD : The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs

DHHS : United States Department of Health and Human Services

NCANDS : The National Child Abuse and Neglect Data System

ÇİKORED : Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği

BRSHH : Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi

AMATEM : Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi

MATT : Michigan Alkolizm Tarama Testi

MAST : Michigan Alcoholism Screening Test

ÇÇTÖ : Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

CTQ : Childhood Trauma Questionnaire

SPSS : Statistical Package for the Social Sciences

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 2.1.1. Değişkenlere ait Frekans ve Yüzde Tanımlamaları.....38

Tablo 2.1.2. Değişkenlere ait Ortalama ve Standard Sapma İncelemesi.....40

Tablo 2.1.3. Katılımcıların Gruplandırılması.....40

Tablo 3.1.1 Gruplara Göre Değişkenlerin Frekans ve Yüzde Karşılaştırması.....48

Tablo 3.1.2 Gruplarına Göre Değişkenlere ait Ortalama ve Standard Sapma İncelemesi.....50

Tablo 3.2.1. Gruplara Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin Alt Gruplarının İncelenmesi.....52

Tablo 3.2.2 Gruplara Göre Değişkenlerde Duygusal İstismar Travmasının Karşılaştırılması.....54

Tablo 3.2.3 Gruplara Göre Değişkenlerde Cinsel İstismar Travmasının Karşılaştırılması.....57

Tablo 3.2.4 Gruplara Göre Değişkenlerde Fiziksel İstismar Travmasının Karşılaştırılması.....60

Tablo 3.2.5 Gruplara Göre Değişkenlerde Duygusal İhmal Travmasının Karşılaştırılması.....63

Tablo 3.2.6 Gruplara Göre Değişkenlerde Fiziksel İhmal Travmasının Karşılaştırılması.....66

Tablo 3.2.7 Gruplara Göre Değişkenlerde Toplam Travma Düzeyi Karşılaştırılması.....69

Tablo 3.3.1 Alkol Bağımlıları Grubunda Ailede Alkol Bağımlılığı Olma Durumunun Karşılaştırması.....72

Tablo 3.3.2 Alkol Bağımlıları Grubunda Ailede Alkol Bağımlılığı, İstismar ve İhmal Değişkenleri Karşılaştırmaları.....73

Tablo 3.4.1. Çocukluk Çağı Travma Çeşitleri, Alkol Bağımlılık Düzeyi, Yaş ve İlk Alkol Kullanım Yaşının Birbirleri Arasındaki İlişki.....75

1. BÖLÜM

GİRİŞ

Alkol-madde bağımlılığı çağımızın en ciddi sorunlarından biridir (Öztürk ve Uluşahin, 2008). Sorun yalnızca alkol-madde bağımlısı bireyi değil, ailesini ve iş gücü kaybı, trafik kazaları, suçun artması gibi sebeplerle toplumun birçok sosyoekonomik alanını etkilemektedir (Kalyoncu, 2010).

Alkolizm, alkol bağımlılığı olarak bilinen kronik, ilerleyici ve hatta ölümcül sonuçları olan bir hastalıktır (Kalyoncu, 2010). Alkolizm, önceleri birçok yerde alkol bağımlılığının resmi terimi olarak kullanılmaktaydı. Fakat daha sonra hem Amerikan Psikiyatri Birliği(APA)'nın yayınladığı Mental Bozuklukların Tanımsal ve Sayısal El Kitabı (DSM)'de, hem de Dünya Sağlık Örgütü tarafından yayınlanmış olan Hastalıkların Uluslararası Sınıflandırması (ICD-10)'da alkolizm terimi yerini alkol bağımlılığı terimi ile değiştirmiştir. Buna rağmen alkolizm terimi araştırmacılar ve klinisyenler tarafından hala kullanılmaktadır (Taylor ve Leeman, 2009).

Alkol bağımlılığı, alkole bağlı olarak yaşadığı önemli problemlere rağmen kişinin alkol kullanmayı sürdürdüğüne işaret eden bir grup bilişsel, davranışsal ve fizyolojik belirtilerin bulunmasıdır. Bağımlılık tanısının koyulabilmesi için 12 aylık bir dönemde, tolerans artması, yoksunluk belirtilerinden kaçınmak için içme, alkol ya da madde kullanmaya başlayınca duramama, bırakmak ya da kontrol edebilmek için

çaba harcamaya rağmen yapamama, alkol kullanmak ya da etkilerinden kullanmak için çok zaman harcama, başka aktivitelere ayrılan zamanın kısıtlanması, psikolojik ve fizyolojik sağlığının kötüye gitmesine rağmen alkol kullanmaya devam etmek gibi belirtilerin en az üçünün bulunması gerekmektedir (APA, 1998).

Alkol kötüye kullanımı ise, kişinin alkol kullanması nedeniyle ortaya çıkan veya kötüleşen problemlere rağmen alkol kullanımını sürdürmesi olarak tanımlanmaktadır. Ancak bu kişilerde, alkol bağımlılığından farklı olarak fiziksel bağımlılık belirtileri, tolerans gelişimi, alkol kullanmaya aşırı istek ve kontrol kaybı olmamaktadır (Kalyoncu, 2010).

Tolerans, alkolün tekrarlanan kullanımında istenilen etkinin elde edilebilmesi için daha yüksek dozlarda alınması sonucunda yüksek dozlara dayanabilme durumu olarak tanımlanmaktadır (Schuckit, 2000).

Yoksunluk belirtileri, alkol kullanımının azaltılması ya da bırakılmasından sonra ortaya çıkan bunaltı, kaygı, terleme, çarpıntı, deliryum tremens, görme, işitme, dokunma varsanıları, titreme, uykusuzluk, bulantı, kusma gibi belirtilerdir (Kalyoncu, 2010).

Ülkemizde yapılmış araştırmalarda, alkol bağımlılığının nedenleri kişisel, sosyal ve biyolojik faktörler olarak bulunmuştur (İlhan, Doğan, Demirbaş ve Boztaş, 2002). Yanlış arkadaş seçimi, toplantı ve panellerde yapılan ikramlar sosyal faktörlere örnek olabilir. Ayrıca yalnızlık, üzüntü ve neşeli olan duygudurum veya stresle baş etme, hiperaktivite bozukluğu, davranım bozuklukları da kişisel faktörler

arasında sayılabilir (İlhan ve ark.2002). Genetik olarak da ebeveynleri arasında alkol bağımlılığı olan kişilerin alkol bağımlılığına daha yatkın olduğu görülmüştür (Coşkunol ve Altıntoprak, 1999).

Yapılan araştırmalarda alkol bağımlılığına eşlik eden psikiyatrik bozukluklarla ilgili kısıtlı da olsa çeşitli çalışmalar yapılmıştır. Ancak alkol bağımlılığı nedenleri arasında oldukça anlamlı bir faktör olan "çocukluk çağı travmalarına" fazla değinilmemiştir. Özellikle de ülkemizde konu ile ilgili araştırma sayısı oldukça azdır (Mırsal, Kalyoncu, Pektaş, Tan ve Beyazyürek, 2004).

Çocukluk çağında yaşanılan travmatik yaşantıların, bireyin yetişkinlik yıllarını ruhsal bakımdan etkileyeceği görüşü, çocukluk çağı travmalarını birçok çalışmanın ana başlığı haline getirmiştir (Herman, 2007).

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Şiddet ve Sağlık Dünya Raporunda (World Report on Violance and Health) aile içinde gelişen travma ile ilgili bir sınıflama bulunmaktadır. Buna göre, travmatik yaşantılar çocukluk döneminde çocuğun bakımı ile ilgilenen kişiler tarafından yapılan istismar ve ihmal sonucunda ortaya çıkmaktadır ve fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar ve ihmal olmak üzere dört ana grupta incelenmektedir (Runyuan, Wattam, Ikeda, Hassan ve Ramiro 2002).

Fiziksel istismar, çocuğun ebeveynlerinden biri ya da bakımından sorumlu kişi tarafından sağlığına zarar gelecek şekilde fiziksel saldırıya uğraması, kaza dışı yaralanmasıdır (Kara ve ark., 2004, Tıraşçı ve Gören, 2007).

Cinsel istismar, bir çocuğun tamamen idrak edemediği, bilinçli bir şekilde razı olmadığı, gelişimsel olarak hazır olmadığı, ayrıca kanunlara veya toplum tabularına aykırı bir şekilde cinsel aktivitelere dahil olması şeklinde tanımlamaktadır (Butchart, Kahane, Phinney-Harvey, Mian, Furniss, 2006). Aile içinde yaşanan cinsel istimara ise "ensest" adı verilmektedir (Polat, 2007).

Duygusal istismar çocuğun, duygusal ya da ruhsal sağlığını tehlikeye atan, özgüven gelişimini sabote eden yetişkin davranışları olarak tanımlanmaktadır (Garbarino, Guttmann ve Seeley, 1986).

İhmal ise bir çocuğun beslenme, güvenlik, eğitim, tıbbi tedavi gibi fiziksel bakımının yapılmaması ya da sevgi, destek, ilgi, duygusallık, terbiye, bağlanma gibi duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması, çocuğu fiziksel ya da duygusal yönden ihmal edilmesi şeklinde tanımlanmaktadır (Polat, 2007; Butchart ve ark., 2006).

Son yıllarda yapılan birçok araştırma, çocukluk çağında yaşanan travmaların, alkol ve madde bağımlılığına neden olduğunu göstermektedir (Enoch ve ark., 2010; Tucci, Kerr-Correa ve Souza-Formigoni, 2010; Afifi, Brownridge, Cox ve Sareen 2006; Wu, Schairer, Dellor ve Grella, 2010; Evren, Şar, Karadağ, Tamar-Gürol ve Karagöz, 2007; Mırsal ve ark., 2004).

1.1. Alkol Kullanımı ve Alkol Bağımlılığı

Alkol kullanımı, Batı toplularında kabul gören bir davranış olarak görülmekte, ancak alkol bağımlılığı bir sorun olarak kabul edilmektedir (İnce,

Doğruer, Türkçapar, 2002). Alkol bağımlılığının oluşumunu, alkol kullanımı belirlenmektedir (Kalyoncu ve Mırsal, 2000). Alkol bağımlılığı, iş, sosyal yaşam, aile, sağlık gibi birçok alanda olumsuzluklara neden olan ve giderek büyüyen bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır (Coşar ve ark., 1996).

1.1.1. Alkol Kullanımının Tarihçesi

Alkol, merkezi sinir sistemini inhibe eden, keyif verici, yatıştırıcı, zehirli etkisi olan ve kullanım oranı yüksek, uçucu bir maddedir (Kalyoncu ve Mırsal, 2000). Alkol ve alkol kullanımına bakış ve inanışlar, tarih boyunca değişiklikler göstermiştir (Brown, 2008). Eski Roma'da Baccuhus, Atina'da Dionysos içki ve şarap tanrısı olarak kabul edilmiş, Eski Mısırlılar, Yahudiler ve Yunanlar alkolü tıbbi müdahalelerde kullanmışlar, bunun yanı sıra aynı toplumlar, alkolle ilgili çelişkiler de yaşamış, alkolü reddetmiş ve kontrol kaybı olarak gördükleri de belirtilmiştir. Yani her çağda alkolün kontrollü kullanımının kabul edildiği görülürken, aşırı kullanımının ise kabul görmemesi, uygun olmayan bir davranış olarak kabul edilmesine de rastlanmaktadır (Köknel, 1998; Brown, 2008). İlk çağ dinleri alkolü dini törenlerin kutsal simgesi olarak kullanmışlardır. Musevilikte sarhoş olmayacak düzeyde içki içilmesi dinsel bir tören olarak kabul görmüş, Hıristiyanlık sarhoşluğu yasaklamış fakat alkol alımına izin vermiştir. İslamiyet ise önce alkol kullanımına karışmamış ancak sonradan yasaklamıştır (Brown, 2008).

Günümüzde, dünyanın birçok yerinde alkollü içkiler içmek, sosyal buluşmaların ortak özelliği olarak kabul görmektedir. Ancak sağlık problemleri ve

bağımlılık oluşma riskinden dolayı, sosyal problemlere neden olduğu görülmektedir (WHO, 2009).

1.1.2. Alkol Kullanım Bozuklukları

1700'lerde Dr. Benjamin Rush sürekli tekrarlayan sarhoşluğun, bir sorun olduğunu ve hastalık olarak kabul edilmesi gerektiğini ifade etmiştir (Brown, 2008). 1849'da Magnus Hus ilk kez alkolizm sözcüğünü, tekrarlayan sarhoşluğu ve kronik alkol kullanımını tanımlamak için kullanmıştır (Gaumond, Davis ve Hill, 2009). Alkolizm tıbbi bir kavram ve hastalık olarak kabul edilip, 1956 yılında Amerikan Tıp Birliği tarafından sınıflandırılmıştır (Brown, 2008; Kalyoncu ve Mırsal, 2000).

Alkol bağımlılığı çeşitli şekillerde tanımlanmıştır. Dünya Sağlık Örgütü (1960) alkol bağımlılığını, "İçki içmenin işine engel olduğunu değil de, işinin içki içmesine engel olduğunu düşünmeye başlama" olarak tanımlamıştır (Kalyoncu, 2010). Orhan Öztürk ise alkol bağımlılığını "bireyin beden ve ruh sağlığını, aile, sosyal ve iş uyumunu bozacak derecede sık ve fazla alkol alma; alkol alma isteğini durduramama ile belirli bir bozukluk" şeklinde tanımlamıştır (Öztürk, 2001;520).

Jellinek (1952) alkol kullanımı üç şekilde ele almaktadır; sosyal içicilik, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılık. Kişinin, sosyal bir ortamda eğlenmek için az miktarda alkol alması sosyal içicilik olarak, kişinin aile ve iş yaşamını olumsuz etkileyecek düzeyde alkol alması, fakat alkole bağımlı olmaması alkol kötüye kullanımı olarak, kişinin uzun süreli riskli alkol kullanımının olması, aile ve iş yaşamının olumsuz etkilenmesinin yanı sıra, kişinin içme davranışlarını kontrol

etmede yetersiz olması ise bağımlılık olarak tanımlanmaktadır (aktaran Piazza ve Wise, 1988).

Alkol kötüye kullanımı DSM-IV'e göre, "tekrarlayan alkol kullanımına bağlı yineleyen ve önemli olumsuz sonuçlarına rağmen alkol kullanımının devam etmesidir. Kötüye kullanım, 12 aylık bir dönem içinde aşağıda sıralanan belirtilerden 1 ya da daha fazlasının bulunması ile tanımlanmaktadır:

1. Önemli işte, okulda ya da evde sorumluluklarını yerine getiremeyecek biçimde alkol kullanımının olması
2. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda tekrarlayan alkol kullanımı (alkollü araba kullanmak vb.)
3. Alkol kullanımı ile ilgili tekrarlayan yasal sorunlar yaşaması
4. Alkolün etkilerinin neden olduğu toplumsal ilişki sorunları veya kişiler arası sorunlara rağmen devam eden alkol kullanımının olması" olarak tanımlanmaktadır (APA, 1998; 225-226).

Alkol kötüye kullanımı, alkole aşırı istek duyma, kontrol kaybı, tolerans artması ve fiziksel bağımlılıkları olmaması bakımından alkol bağımlılığından ayrılmaktadır (Kalyoncu, 2010).

Alkol bağımlılığı ile ilgili bugün kullanmakta olduğumuz sınıflamalar, Amerikan Psikiyatri Birliği Tanı sınıflaması DSM-IV'tür (Kalyoncu, 2010).

DSM-IV'e göre; "bağımlılığın en temel özelliği, alkole bağlı olarak yaşadığı önemli problemlere rağmen kişinin alkol kullanmayı sürdürdüğüne işaret eden bir grup kognitif, davranışsal ve fizyolojik semptomların bulunmasıdır. Bağımlılık 12 aylık bir dönem içinde aşağıda sıralanan belirtilerden 3 yada daha fazlasının bulunması ile tanımlanır:

1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması:
    a) Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış alkol kullanma gereksinmesi
    b) Sürekli olarak aynı miktarda alkol kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlaması
2. Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için alkol alımı.
3. Alkol çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem sürecinde alınır.
4. Alkol kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar vardır.
5. Alkol sağlamak, alkol kullanmak ya da alkolün etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama.
6. Alkol kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendireme etkinlikleri bırakılır ya da azaltılır.
7. Alkolün neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik sorunun olduğu bilinmesine karşın alkol kullanımını sürdürür." (APA, 1998: 223-224).

1.1.3. Alkol Kullanımı ve Alkol Bağımlılığının Yaygınlığı

Alkol bağımlılığı, hem ülkemizde hem de gelişmiş ülkelerde giderek artan bir sorun olarak karşımıza çıkmaktadır. Alkollü içki tüketimi, Amerika Birleşik Devletleri'nde ve Avrupa'da yaygın bir tutum olarak görülmekte, ancak bu tüketimin bağımlılığa dönüşmesi ise önemli bir sağlık sorunu haline gelmektedir (İnce ve ark., 2002). 2001 yılı Ulusal Hane Araştırması (National Household Survey) verilerine göre Amerika Birleşik Devletleri'nde alkol kullananların toplam nüfusa oranları %84'tür (WHO, 2004). Ulusal Alkol ve Alkolle Bağlantılı Durumlar Yaygınlık Araştırma (National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions [NIAAA])'nın 2001-2002 yılarında Amerika Birleşik Devletleri'nde yapmış olduğu taramada alkol bağımlılığının yaygınlığı %3,81 olarak bulunmuştur (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism [NIAAA], 2006).

Ülkemizde ise alkol kullanımı ve alkol bağımlılığı ile ilgili araştırmalar küçük gruplarda yapılan oldukça kısıtlı çalışmalardır (Arıkan, Coşar, Candansayar ve Işık, 1996). Bu alanda ilk kapsamlı çalışma, 1995 yılında, İstanbul'da 15 ayrı okulda yapılan, Alkol ve Diğer Madde kullanımına yönelik Avrupa Okul Araştırmasıdır (ESPAD) (Kalyoncu, 2010). Bu araştırmaya göre son 12 ay içinde alkol kullananların oranı %51, son 12 ay içinde sarhoşluk yaşayanların oranı ise %24 olarak saptanmıştır (Hibell ve ark., 1997). Türkiye Ruh Sağlığı Profili (1997) araştırmasının sonuçlarına göre, Türkiye'de 18 yaş ve üzeri kişilerde alkol bağımlılığının sıklığı % 0,8 bulunmuştur (aktaran, Tekin 2008).

Ankara'da yarı kentsel bir bölgede 20000 kişi ile yapılan alkolizm yaygınlığı araştırmasında, alkol bağımlılığı sıklığı %0,9 olarak saptanmış, ancak araştırmaya

katılan kadınlardan alkol bağımlılığı tanısı alan olmadığı için, bu oran erkeklerde %1,9 olarak belirlenmiştir (Arıkan ve ark., 1996). Ekuklu ve arkadaşlarının 2004 yılında Edirne şehir merkezinde 15 yaş ve yukarısı 645 kişi ile yaptıkları araştırmaya göre alkolizm oranı %8,3 olarak saptanmıştır (Ekuklu, Deveci, Eskiocak, Berberoğlu ve Saltık, 2004).

Son yıllarda, ülkemizde alkol kullanım bozuklukları nedeniyle tedaviye başvuran hastaların sayılarının artışı, bu sorunun giderek artan boyutlara ulaştığını göstermektedir. Bu verilerdeki artışa rağmen ülkemizde alkol kullanım oranlarının diğer ülkelere oranla daha düşük olmasının nedeni ise, alkol kullanımının İslam dinince yasaklanmış olması ve kullanıcıların sosyal baskılar nedeniyle kendilerini gizleme eğiliminde olmalarından kaynaklanabileceği düşünülmektedir (Kalyoncu, 2010).

1.1.4. Alkol Kullanımı ve Alkol Bağımlılığının Nedenleri

Hayatta birçok faktör, içmeye karar vermeyi, küçük yaşlarda alkolle alakalı sıkıntılar yaşamayı ve ileride bağımlılık geliştirmeyi etkilemektedir. Alkol kullanmak sosyokültürel ve psikolojik nedenlere bağlı olmakla birlikte, alkol kullanımı, batı toplumlarında kabul gören bir olgu olarak var olmaktadır. Buna rağmen alkol içmeyi etkileyen faktörler bazı durumlarda geçici problemler yaratırken, bazı durumlarda alkol bağımlılığına yol açabilmektedir (Schuckit, 2000).

Alkol bağımlılığı tek bir nedene bağlanamamaktadır. Alkol bağımlılığının nedenleri incelendiğinde, biyolojik, sosyokültürel ve psikolojik etmenler dikkati çekmektedir (Kalyoncu, 2010).

1.1.4.1. Psikolojik Faktörler

Alkol kullanımı ve alkol bağımlılığı üzerine geliştirilmiş birçok teori, alkol kullanımını, gerginlik azaltma, kişinin kendisini güçlü hissetmesini sağlama ve psikolojik acıları azaltma gibi sebeplere bağlamaktadır. Ayrıca alkol ile ilgili problem yaşayan insanların hayatlarında, alkolün sinirlerini azalttığı ve hayatın günlük stresiyle kolayca başa çıkmalarına yardım ettiği gözlemlenmiştir. Alkolik olmayan kişiler üzerinde yapılan gözlemlere göre, yoğun ve zor bir günün ardından düşük miktarda alınan alkol, sakin ve iyi hissettirirken, miktar arttıkça kas ve sinir sisteminde gerginliklere yol açtığı görülmüştür (Schuckit, 2000).

Psikanalitik teoriye göre, gelişim evrelerinde oral döneme saplanmış, aşırı baskıcı ve cezalandırıcı süperegoya sahip kişiler, bilinçdışı bunaltılarını alkol alarak azaltıp, oral doyum sağlamaktadırlar (Schuckit, 2000). Alkolün kaygı, sıkıntı gibi duyumları azaltan etkileri, bilinçdışı stresi azaltarak, üst benlik ile başa çıkmaya yardımcı olan, rahatsız edici anıları ortadan kaldıran ve güçlülük duygularını arttıran etkileri bulunmaktadır (Kalyoncu, 2010; Schuckit, 2000). Gürol (2004), bağımlılığı sevgi nesnesinin kazanılması ve kaybedilmesi süreci olarak ele almaktadır. Bu nedenle, bağımlılık hatalı nesne ilişkilerinin bir sonucu olarak ortaya çıkmaktadır. Bağımlı kişi alkolü arar, alkol kullanımından sonra belli bir süre rahatlık hisseder. Alınan maddenin etkilisi ortadan kalktığında, alkolün verdiği rahatlık hissi gittiğinde

kişi kendini güvensiz ve ambivalan hisseder. Psikanalistlere göre madde ile olan bu tarz ilişki çocukluk çağında yaşanılan şiddetli travmanın sonucunda ortaya çıkmaktadır (aktaran Pur, 2009).

Davranışçı teoriler, gözlenebilen ve ölçülebilen açık davranışların üzerinde durmaktadırlar. Skinner, toplumun, üyelerine uygun davranış biçimlerini öğretememesi ve pekiştireçlerin az olması sonucu kişilerin alternatif işlevsel davranışları öğrenememesi nedeniyle bağımlılığı toplumun hatası olarak görmektedir (aktaran Pur, 2009). İlk alkol tecrübesi öncesinde, içmenin keyif alma, sosyalliği arttırma gibi ödüllendirici etkileriyle ilgili beklenti ve ilk içki içildikten sonra bu beklentinin desteklenmesi, sonraki alkol alımı kararını pozitif etkilemektedir. Bu durumlar genel popülâsyonda içme alışkanlığının ilerlemesinde önemli rol oynamaktadır (Schutkit, 2000; aktaran Pur, 2009).

Bilişsel teoriler içinde, "sosyal öğrenme teorisi" alkol ve diğer madde kullanım bozukluklarını açıklayan bir modeldir. "Sosyal öğrenme teorisi"ne göre kişilik, sosyal ortamda öğrenmeler yoluyla oluşmaktadır. Bandura'nın (1969), alkol kullanım davranışına uyguladığı " sosyal öğrenme teorisi"ne göre, kişi alkolü stres azaltmak için kullanmaktadır. Bandura'ya (1969) göre alkol kullanım alışkanlığı, sosyalleşme aşamasında stressiz ortamlarda başlamaktadır. Ancak, alkol kullanımının stres azaltıcı etkisi kişiye negatif pekiştireç olmakta ve kişi daha sonra karşılaştığı stres durumlarında, stresi azaltmak için alkol kullanmaya eğilim gösterebilmektedir. Bu durumun sürekli tekrarlanması sonucunda, alkol kötüye kullanımı ya da alkol bağımlılığı gelişebilmektedir (Maisto, Carey, ve Bradizza, 1999). Benzer şekilde Khantzian (1985)'in "kendini tedavi hipotezi"ne göre alkol ve

madde kötüye kullanımı, acı veren duyguları hafifletmek amacıyla yapılan girişimler ile başlamaktadır. Bu girişim, psikolojik veya biyolojik kırılganlığı olan bireylerin alkol ve madde kullanımını bir keyif aracı olarak değil, yaşadıkları probleme karşı güçlü bir destek olduğunu düşünmelerinden kaynaklanmaktadır (Khantzian, 1997). Bu durum alkol ve madde kullanımının tekrarlanmasına ve pekişmesine neden olarak, bağımlılığa yol açabilmektedir (Khantzian, 2003). Alkolün strese karşı yatıştırıcı ve rahatlatıcı bir özelliği olduğu ve bu nedenle kullanımı arttırıcı bir etkisi olabileceği de görüşler arasındadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

1.1.4.2. Biyolojik Faktörler

Genetik özeliklerin, alkolizm riskini ve tolerans gelişimini arttırdığı ortaya konmuştur (Kalyoncu, 2010). Alkolizmde genetik faktörleri belirlemeye yönelik en sık yapılan çalışmalar aile çalışmaları, ikiz çalışmaları, evlat edinme çalışmalarıdır (Coşkunol ve Altıntoprak, 1999).

Alkol bağımlılığının genetik yatkınlılığının olduğu deney hayvanları üzerinde yapılan ilk çalışmalara dayanmaktadır. 1972 yılında ise insanlar üzerinde yapılan araştırmalar sonucunda ilk genetik bulgular elde edilmiştir. Biyolojik ebeveynlerinin alkol bağımlısı olduğu bilinen evlat edinilmiş çocuklarda, alkol kullanmaya yatkınlık olduğu gösterilmiştir (Abay ve Ateş, 2001).

Birinci derece akrabalarında alkol bağımlılığı olan bireylerin, olmayanlara göre 3-4 kat fazla risk altında olduğu görülmektedir (Schuckit, 2000). Schuckit ve arkadaşlarının araştırmalarına göre (1987), birinci derece akrabalarında alkol

bağımlılığı olan kişiler, alkole daha yüksek direnç göstermekte ve sarhoşluk belirtileri daha az olmaktadır (aktaran Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Alkol bağımlılığı ile Dopaminerjik sistem ve GABAerjik sistem üzerinde önemli çalışmalar bulunmaktadır. Dopaminin ödüllendirme sistemine etkisi olduğu ve pozitif pekiştireç sağladığı görülmektedir. Bu araştırmalarda farklı etnik topluluklarda farklı sonuçlar elde edilmiştir. GABA inhibitör bir nörotransamitterdir ve merkezi sinir sisteminde baskılayıcı bir etkisi bulunmaktadır. Alkol alımına bağlı hareketlerdeki bozukluk ve yoksunluk davranışlarını etkilemektedir. Bu sebeplerle bağımlılıkla ilgili yapılan genetik çalışmalarda, bu nörotransmitterlerin genetiği ile ilgili araştırmalar çoğunluktadır (Şengül ve Herken, 2009).

1.1.4.3. Sosyokültürel Faktörler

Alkol kullanımı, dini ve etnik farklılıklara göre değişmekte, dini inanışları alkol kullanımını onaylamayan toplumlarda alkol bağımlılığı görülme sıklığı da nispeten daha az olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Yılmaz, 2007). Toplumların alkol kullanımına bakışları, toplumda alkolizm oranını etkilemektedir (Saraçlı, 2007). Sosyokültürel teoriler genellikle düşük ve yüksek alkolizm seviyeleri olan sosyal grupları gözlemlemişlerdir. Örneğin, Yahudi toplumlarda, bireyler çocuklarını düşük seviyelerde içki içilen aile ortamlarında alkolle tanıştırırlar ve bu kabul edilebilir düzeyde alkol kullanımının olduğu toplumlarda alkolizm seviyesinin de düşük olduğu görülmektedir. Buna karşılık İrlandalı erkeklerden oluşan, sarhoş olmanın bir gelenek olduğu toplumlarda, alkolizm seviyesi çok daha yüksek olmaktadır (Schuckit, 2000). Diğer yandan, sosyal seviyede alkol tüketiminin kabul gördüğü bazı kültürlerin bağımlılığa karşı olumsuz bir bakışa sahip oldukları

görülmektedir. Luty ve Grewal'ın (2002) Britanya'da yaptıkları bir çalışmada, katılımcıların büyük bir çoğunluğunun "bağımlıları" güvenilmez ve inanılmayacak kimseler olarak gördüklerini bulmuşlardır. Ayrıca aynı çalışmada bağımlılık, suçun temel nedeni ve toplum için bir tehdit olarak düşünülmektedir (aktaran Pur, 2009).

Toplumda sosyal olarak erkeklerin alkol kullanımı kabul görürken, kadınların alkol kullanımı toplum tarafından daha fazla damgalanmaktadır (Evren, Saatçioğlu, Evren, Yapıcı ve Çakmak, 2003). Toplumumuzda erkeklerin alkol kullanması, büyüme ve erkeklik sembollerinden biri olarak değerlendirilmektedir (Arıkan ve Coşar, 1996). Bu nedenle, alkol bağımlılığının erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmesinin, alkol kullanan kadının toplumda iyi karşılanmaması olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yoğun alkol kullanımı olan kadınlarda alkol bağımlılığı gelişme riski erkelerdekine benzer olduğu görülmektedir (Saraçlı, 2007).

Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde, ilk sosyal grup olan ailedeki alkol kullanan bir bireyin model olarak alınması da alkol kullanımının başlamasında etkili olabilmektedir (İlhan ve ark., 2002).

Sosyoekonomik düzeyi yüksek toplumlarda alkol kullanımının daha sık olduğu ve buna bağlı olarak da alkol bağımlılığı ve alkol kötüye kullanımı sıklığının da daha fazla olabildiği görülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Sonuç olarak, özellikle alkol bağımlılığı bazı kültürlerde toplum normları ve kuralları nedeniyle tetiklenebilmekte, bazılarında ise tamamen yasaklanabilmektedir (aktaran Pur, 2009).

1.2. Çocukluk Çağı Travmaları

DSM-IV'e göre travma, kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır yaralanma ya da kendisinin ya da başkalarının fiziksel bütünlüğüne bir tehdit olayı yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da böyle bir olayla karşı karşıya gelmiş olma durumu olarak tanımlanmaktadır. Travma yaşayan kişinin bahsi geçen olay karşısında, korku, çaresizlik ve dehşet duygularını yoğun olarak yaşamış olması gerekmektedir (APA,1998).

Çocukluk çağı travması, bireylerin 18 yaşından önce maruz kaldığı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ve ihmalin yanı sıra ebeveynin kaybı, ebeveynden ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğal afetler seklinde olabilmektedir (Herman, 2007).

Çocukların yaşadığı travmalar her kültürde, sosyal sınıfta, etnik grupta ve sosyoekonomik düzeyde karşılaşılabilen bir olgudur (Bostancı, Albayrak, Bakoğlu ve Çoban, 2006). Aileler çocuklarını yetiştirirken farkında olmayarak çocuğun gelişimini olumsuz etkileyecek, bazen istismar, kimi zaman şiddete varan davranışlar gösterebilmektedirler (Bahar, Savaş ve Bahar, 2009).

Çocukluk dönemi travmalarından çocuk istismarı veya ihmali, ana-baba ya da bakıcı gibi bir yetişkin tarafından çocuğa yöneltilen, toplumsal kurallar ve profesyonel kişiler tarafından uygunsuz veya zarar verici olarak değerlendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen ya da kısıtlayan eylem ve eylemsizlikler ve bunların sonucu çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel ya da sosyal açıdan zarar görmesi, sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesidir (Bulut, 1996; Taner ve Gökler 2004).

Dünya Sağlık Örgütü (1999) çocuk istismarını; çocuğun sağlığına, yaşamına, gelişimine ve değerlerine zarar veren, fiziksel veya duygusal kötü davranışı, cinsel istismarı, ihmali ve her türlü ticari çıkar için çocuğun kullanılmasını içeren davranışların tümü olarak tanımlamaktadır (Runyan ve ark., 2002).

Çocuk istismarı ve ihmali, çocuğun sağlığını zedeleyen ve yaşamı boyunca kalıcı izler bırakan bir sağlık sorunudur (Güler, Uzun, Boztaş ve Aydoğan, 2002). İhmal ve istismarı ayıran nokta, ihmalin pasif, istismarın ise aktif bir olgu olmasıdır (Aral ve Gürsoy, 2001).

İstismar ve ihmale uğramış çocuklar ve ebeveynleri zihinsel bozukluklar, madde kötüye kullanımı ve agresif davranışlar geliştirmeye karşı yüksek risk taşımaktadır (Aral ve Gürsoy, 2001). Çocuk istismar ve ihmali yaşanan ailelerde, çocuk yetiştirme tutumlarının değişken olduğu, ebeveynlerin çocukluklarında istismara maruz kalmış olabildiği, ebeveynlerde şizofreni, depresyon, alkolizm, kaygı bozukluğu gibi psikolojik bozuklukların bulunabildiği görülmektedir (Polat, 2007).

Ailede çocuk istismar ve ihmaline sebep olan ebeveynlerin kişilik yapısı, çocuğun özellikleri ve çevreye bağlı olarak çocuktan çok şey talep edilmesi gibi iç stres faktörleri ve ekonomik, sosyal, çevresel ve kültürel özellikler gibi dış stres faktörleri birlikte etkili olmaktadır (Douglas, 1991; Jenzen ve Haris, 1986). Ekonomik yetersizlik, yoksulluk, işsizlik, borçlanma gibi nedenlerle ortaya çıkmakta ve çoğu zaman iyi beslenememe, yetersiz ev koşulları, sağlıksızlık gibi sorunları da beraberinde getirebilmektedir (Janzen ve Haris, 1986). Ailenin çevre ile ilişkilerinin

kopmuş olması ve ailenin çevresinde meydana gelen kazalar, hastalık ve diğer sosyal sorunlar da ailenin içyapısını etkilemektedir. Tüm bu ekonomik, sosyal, çevresel stres faktörleri ebeveynlerin dayanıklılığı ve sabrı üzerinde olumsuz etkiler yaratarak çocuk istismarına neden olabilmektedir. Bu noktada kültürel faktörler etkili olmaktadır. Bazı kültürlerin çocuk yetiştirme yöntemleri istismara yöneliktir. Örneğin dayak bir eğitim ve disipline etme aracı olarak kullanılabilmektedir.

Ebeveynlerin fiziksel ve psikolojik rahatsızlıklarının olması, kişilik bozukluklarının olması, ailede alkol ve madde bağımlılığının bulunması aile bireylerinin birbirleriyle ve çevreleriyle olan ilişkilerini etkileyerek çocuk istismar ve ihmal riskini arttıran faktörlerdir. Ayrıca duygusal olarak yetişkinliğe ulaşmamış, erken ebeveyn olmak da çocukla duygusal bağ kurmada sorun yaratarak, çocuk istismar ve ihmaline neden olmaktadır (Bulut, 1996). Sürekli ağlayan, yeme problemi olan, hasta, sorumsuz, saldırgan, ebeveynler ile iyi ilişkiler kuramayan, zihinsel veya fiziksel gelişim geriliği olan çocukların daha çok istismar edildiği görülmektedir (Jenzen ve Haris, 1986; Bulut, 1996).

Amerika Sağlık ve İnsan Hizmetleri Departmanının (U.S.Department of Health and Human Services [DHHS]) 2009 yılında, Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Bilgi Sistemi (NCANDS) 2007 verileri ile hazırladığı raporda, Amerika genelinde ihmal %59, fiziksel istismar %10.8, cinsel istismar %7.6, duygusal istismar %4.2 olarak bulunmuştur. Aynı rapora göre, çocuk istismar ve ihmalinin en sık 4-7 yaş grubu çocuklarda (%23.8) yaşanmakta, bunu 8-11 yaş grubu (%19) ve 12-15 yaş grubu %18.5) takip etmektedir (DHHS, 2009).

Ülkemizde kesinleşen ve resmiyet kazanan istismar olgularının sıklığı ve dağılımı ile ilgili herhangi bir veri yoktur (Zoroğlu ve ark., 2001). Zoroğlu ve arkadaşlarının (2001) İstanbul'da lise öğrencileri üzerinde yaptıkları araştırmada, çocukluk çağı travma yaşantılarından, ihmalin oranı %16.5, duygusal istismarın oranı %15.9, fiziksel istismarın oranı %13.5, cinsel istismarın oranı %10.7 olarak bulunmuştur. Araştırmaya katılanların %34.8'i en az bir çocukluk çağı travma yaşantısı bildirmiştir. Aynı çalışmada ihmal, cinsel istismar ve ensest kızlarda erkelere oranla anlamlı derecede daha yüksek bulunmuştur (Zoroğlu ve ark., 2001).

Bilir, Arı, Dönmez ve Güneysu tarafından, ülkemizde, fiziksel ve duygusal travma yaşayan çocukların oranını belirlemek için, 8 ilde, 16100 çocuk ile yapılan tarama çalışmasında, yaş grupları arasındaki farkın anlamlı olduğu ve yaş büyüdükçe travmanın azaldığı görülmüştür (4-6 yaş grubu çocuklarda travma oranı %40.7 iken, 7-10 yaş grubunda %33.5, 11-12 yaş grubunda ise %25.8'dir). Aynı çalışmada travma durumunun cinsiyet gruplarına göre farklılığı incelendiğinde, travmanın kız çocuklarında daha fazla olduğu bulunmuştur (kızlarda %34.6, erkeklerde ise %32.5'tir) (Bilir, Arı, Dönmez ve Güneysu, 1999).

Çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismar ve ihmal yaşantıları hem psikiyatrik hastalarda hem de genel toplum örnekleminde görülebilmektedir (Yargıç, Tutkun ve Şar, 1994; Şar, Tutkun, Alyanak, Bakım ve Baral, 2000). Ancak Yargıç ve arkadaşlarının (1994) yaptıkları çalışmada, çocukluk çağı travmatik yaşantılarının, erişkinlikteki psikiyatrik problemleri arttıran etkenler olduğu bulunmuştur (Yargıç ve ark., 1994).

Yanık ve Özmen'in (2002) psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalar üzerinde yaptığı araştırmada, cinsel istismar %22, duygusal istismar %18.7, fiziksel istismar %15.3 olarak bulunmuştur (Yanık ve Özmen, 2002). Ayrıca genel nüfusta yapılan araştırmalara göre kadınlarda erkeklere göre daha çok çocukluk çağı travmasına rastlanmaktadır (Bendixen, Muus ve Schei, 1994; Briere ve Elliott, 2003; Molnar, Buka ve Kesler, 2001).

Yapılan çalışmalar, çocukluk çağı travmatik yaşantılarından fiziksel ve cinsel istismarın bireyin benlik algısını olumsuz etkilediği ve ikili ilişkilerde kendilerine güvende problem yaşadıklarını ortaya koymaktadır. Kendilik algısındaki olumsuzluklar yetişkinlik yıllarında bireyin olumlu ilişkiler geliştirmesini engelleyebilmektedir (Colman ve Widom, 2004; Durmuşoğlu ve Doğru, 2006; Loos ve Alexander, 1997). Oates ve arkadaşlarının 1985'te yaptıkları bir araştırmada, istismar edilmiş çocukların benlik kavramlarının zayıf olduğu ve bu çocukların gelecek konusunda beklentilerinin de daha düşük olduğu bulunmuştur (Oates, 1999).

İhmal ve istismar edilen çocuklarda depresyon belirtileri, davranış bozuklukları, öğrenme güçlükleri, sıklıkla alkol ve bağımlılık yapan maddeleri kullanma, kendine ve başkalarına zarar verme gibi davranışlar, düşük öz saygı ve benlik algısı gibi olumsuzluklar görülebilmektedir (Güler ve ark., 2002).

Çocuk istismarı ve ihmalinin çocuğun kişiliğini olumsuz yönde etkilediği görülmektedir. Kişiliği olumsuz etkilenen çocukların geleceği de tehlike altına girmektedir (Aral ve Gürsoy, 2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmal yaşantısı bulunan bireylerin, yetişkinlikte ruhsal sorunlar yaşama riski artmaktadır

(Durmuşoğlu ve Doğru, 2006). Burgess ve arkadaşları çocukluk döneminde istismara uğrayan çocukların travmaya özgü, tepkisellik, kaçınma, çaresizlik ve yıkıcı davranışlar sergileme gibi davranış kalıpları geliştirdiği ve bunları, yetişkinlik dönemlerindeki eylemlerinde de sürdürdükleri, bu nedenle yetişkinlikteki ilişkilerinde çocukluktaki istismar, saldırıya uğrama, şiddet ve travma sahnelerini tekrarlayıcı biçimde yaşadıklarını ileri sürmektedirler (aktaran Durmuşoğlu ve Doğru, 2006). Çocukluk çağı istismar ve ihmal yaşantısı olan yetişkinlerin ruhsal sorunlar yaşama riski yükselmekte, kişilik bozuklukları, disosiyatif belirtiler, depresyon, kendine fiziksel zarar verme, intihar, alkol ve madde bağımlılığı, antisosyal davranış bozuklukları gibi birçok psikiyatrik sorunlar yaşayabilmekte ve bu bireyler diğer bireyler ile kurdukları ilişkilerde çekingen, korkak, antisosyal davranışlar gösterebilmektedirler (Brown ve Anderson, 1991; Durmuşoğlu ve Doğru, 2006; Zoroğlu ve ark., 2001).

1.2.1. Travma Türleri

Çocuğun zarar görmesiyle sonuçlanan eylem ve ihmal, dört ana başlık altında incelenmektedir (Runyan ve ark., 2002).

1.2.1.1. Fiziksel İstismar

Fiziksel istismar en geniş anlamda, çocuğun kaza dışı yaralanması olarak tanımlanabilir (Runyan ve ark., 2002). Fiziksel istismar, çocuğun anne, baba ya da bakımından sorumlu kişi tarafından çocuğun sağlığına zarar verecek şekilde fiziksel yaralanması ya da yaralanma riski taşımasıdır (Tıraşçı ve Gören, 2007). İtaati sağlama, cezalandırma ya da öfke boşaltma amacıyla çocuğun ağzına biber sürmek,

sarsmak, itmek, yakmak, vurmak gibi fiziksel şiddet uygulayarak çocuğa zarar veren davranışlar, fiziksel istismar olarak kabul edilmektedir (Tıraşçı ve Gören, 2007; Runyan ve ark., 2002). En önemli sorun, fiziksel istismar olarak tanımlanan bu eylemler, bazı toplum ve kültürlerde istismar olarak algılanmamakta, hatta bazı kültürlerde bu eylemlerin çocuğun disipline edilmesi için gerekli olduğu düşünülmektedir (Topbaş, 2004).

Dayağın çocuk yetiştirme yöntemleri arasında yaygın olmadığı Çin ve Japonya'da gibi kültürlerde fiziksel istismara nadir olarak rastlanmaktadır. Amerika Birleşik Devletleri'nde ise çeşitli istismar türleri arasından ilk dikkat çeken ve incelenilen istismar türünün fiziksel istismar olmaktadır (Zeytinoğlu, 1999). Straus ve Gelles (1986), her yıl 6.9 milyon çocuğun istismara uğradığını ve ayrıca bunun %97'sinin 0-3 yaş aralığında fiziksel cezalandırılan çocuklar olduğunu rapor etmiştir (aktaran Kaplan, 2002). Daro ve Mitchel (1990)'in Amerika Birleşik Devletleri genelinde yaptıkları araştırmanın sonucuna göre, fiziksel istismar ve ihmal sonucu ölen çocukların %50'sinin 1 yaşın altında olduğu bulunmuştur (Daro ve Mitchel, 1990). Ülkemizde yapılan çalışmalar, toplumumuzda fiziksel cezanın disiplin aracı olarak yer aldığını, özellikle geleneksel aile yapılarında, sözel disiplin yöntemleri yerine, fiziksel cezanın kullanıldığı görülmektedir (Ayan, 2007).

Fiziksel istismarın oluşumunda, ailedeki psikiyatrik bozukluklar, alkol ve madde kullanımı, tek ebeveyn olması, ebeveynin çocuklukta kendisinin de istismara uğramış olması, yoksulluk, ebeveyn yaşının küçük olması, ailede çok sayıda çocuk olması gibi ailesel özellikler, stresli yaşam olayları, sosyal destek eksikliği, etnik

azınlık olmak gibi çevresel nedenler ve çocuğa ait nedenlerin birlikte etkili olduğu bulunmuştur (Bulut, 1996; Kaplan, 2002; Taner ve Gökler, 2004).

Fiziksel istismar, dikkat bozuklukları gibi bilişsel sorunlara, intihar düşünceleri ve girişimleri gibi duygusal sorunlara, tehlikeli cinsel deneyimler, ahlaka aykırı davranışlar, şiddet içeren davranışlar gibi davranışsal sorunlara, depresyon, anksiyete, hiperaktivite, alkol ve madde kötüye kullanımı ve bağımlılığı gibi psikiyatrik sorunlara ayrıca, sosyal işlevsellik alanında yetersizliklere ve yakın ilişki kurmakta güçlük çekme ve daha çatışmalı, duygusal yoğunluğu az, daha fazla öfke ve istismar davranışı içeren ilişkiler kurma gibi kişilerarası sorunlara yol açmaktadır (Ayan, 2007; Kaplan, 2002; Kaplan, Pelcovitz ve Labruna 1999; Lewis, 1992; Livingston, 1987; Taner ve Gökler, 2004).

1.2.1.2. Cinsel İstismar

Psiko-sosyal gelişimini tamamlamamış ve yaşı küçük olan bir çocuğun, bir yetişkin veya en az kendisinden altı yaş büyük bir kişi tarafından cinsel haz amacı ile zorla ya da ikna edilerek cinsel etkileşime maruz bırakılması ya da başkasının bu amaçla çocuğu kullanmasına izin verilmesi cinsel istismar olarak tanımlanmaktadır (Kara ve ark., 2004; Tıraşçı ve Gören, 2007; Yağmur, Öztop ve Asil 2008).

DSÖ (2006) cinsel istismarı, bir çocuğun tamamen idrak edemediği, bilinçli bir şekilde razı olmadığı, gelişimsel olarak hazır olmadığı, ayrıca kanunlara veya toplum tabularına aykırı bir şekilde cinsel aktivitelere dahil olması şeklinde tanımlamaktadır. Çocuklar cinsel istismarı, sorumluluk, güven veya güç sahibi olan yetişkinler ve diğer çocuklar tarafından görebilmektedirler (Butchart ve ark., 2006).

Tecavüz, cinsel organlara dokunma, şehvetle öpme, kendi vücuduna dokundurtma, kışkırtıcı sözler söyleme, teşhircilik, cinsel içerikli resim, dergi gösterme, pornografik film seyrettirme, çocuğun çıplak resimlerini çekme vs. gibi eylemler cinsel istismar olarak kabul edilmektedir (Bahar ve ark., 2009; Nurcombe, 2000; Polat, 2007; Yağmur ve ark., 2008).

Cinsel istismarın görüldüğü aileler, genel olarak işlevselliği bozuk aileler olarak tanımlanmakta ve bu ailelerde psikiyatrik bozukluk, alkol ya da madde kullanımı olması, cinsel sorunlar gibi patolojiler ve anne babanın boşanmış olması, sosyal izolasyon, rol çatışması (annenin eşlik ve ev kadınlığı rollerini kızına bırakmış olması), gibi sorunlar görülmektedir (Aktepe, 2009; Taner ve Gökler, 2004; Tıraşçı ve Gören, 2007; Yağmur ve ark., 2008).

Finkelhor ve arkadaşlarının(1997) araştırmasına göre, düşük sosyo-ekonomik düzey, tek ebeveyn ve ailede daha önce çocukluk çağı cinsel istismar yaşantısı bulunması, bu çocuklarda cinsel istismar risk faktörü oluşturmaktadır (Finkelhor, Moore, Hamby ve Straus, 1997). Ancak diğer çocuk istismarı türleriyle sosyoekonomik düzey arasında çok güçlü bir ilişki varken, cinsel istismarda bu durum o kadar belirgin değildir (Putnam, 2003).

Cinsel istismar toplumda sık rastlanan bir olgu olmasına rağmen, gizlenme eğiliminde olması nedeniyle bu olguların sadece %5-10'u ortaya çıkmaktadır (Turhan, Sangün ve İnandı, 2006). Bunun nedeni, cinsel istismar ve ensest gibi yaşantıların, toplumda önyargı ile karşılanması ya da cinsel istismara uğramış çocuğun olayı gizleme eğiliminde olmasıdır. Çocuğun olayı gizleme nedenlerine

bakıldığında, kimsenin kendisine inanmayacağını düşünmesi, duygusal ya da ekonomik nedenlerden dolayı istismarcıya zarar gelmesini istemiyor olması, istismarcı tarafından tehdit ediliyor olması, bu davranışları anlayabilecek yeterlilikte olmaması, ailesiyle cinsellikle ilgili konuları konuşamayacak olması ya da erkek çocuklarının homoseksüel olarak değerlendirilmekten çekiniyor olmaları görülmektedir (Aktepe, 2009; Yağmur ve ark., 2008; Zoroğlu ve ark., 2001). Bu gibi nedenlerle gizli kalan çocukluk çağı cinsel istismarı ancak, çocuk cinsel istismar sırasında fiziksel olarak zarar görmüşse ortaya çıkmaktadır (Freidrich ve ark., 2001). Adli olguların değerlendirdiği bir çalışmada adli başvuruların %81.3'ünün cinsel istismar olguları olduğu görülmüştür (Yolga-Tahiroğlu, Avcı ve Çekin, 2008).

Çocuğu İstismardan Koruma ve Rehabilitasyon Derneği(ÇİKORED)'in bir çalışmasında kız çocukların %58, erkek çocukların ise %42 oranında cinsel istismara maruz kaldığı görülmektedir (Polat, 2007).

DHHS'nin 2009 yılında, NCANDS 2007 verileri ile hazırladığı raporda, Amerika genelinde cinsel istismara en çok uğrama yaş aralığı 12-15 yaş (%35.2) olarak bulunmuştur (DHHS, 2009).

Çocuğu cinsel olarak istismar eden bireyin fiziksel gücü ve baskısı nedeniyle, çocuk çoğu zaman fiziksel ve duygusal olarak da zarar görmektedir (Bulut, 1996). Cinsel istismara uğramış çocuklarda, erken dönemde çeşitli duygusal ve davranışsal değişiklikler görülmektedir. Anksiyete semptomları, korku, fobi, uyku bozuklukları, kâbuslar, somatik şikâyetler, post-travmatik stres bozukluğu, disosiyatif reaksiyonlar, amnezi, gündüz rüyaları, trans durumları, histeri nöbetleri gibi histerik semptomlar

ve disosiyatif kişilik bozukluğu, düşük benlik saygısı, kendine zarar verme, intihar düşüncelerinin açığa çıkardığı depresyon, kontrolsüz, dürtüsel davranışlar, dikkat eksikliği ve hiperaktivite, ikicil enürezis ve enkoprezis, cinsel davranış karmaşaları, bazı seksüel davranışlar (cinsel ilişki taklidi, anüs ve vajinaya yabancı cisim sokmak, sürekli cinsel organlarıyla oynamak gibi) görülmektedir (Bernet, 2000; Nurcombe, 2000; Elliot ve Peterson, 1993).

Barker-Lausen ve Mallon-Kraft (1997)'e göre, çocukluk cinsel istismarı, yetişkinlikte sıklıkla ilişki kurma ve sürdürebilme sorunlarına sebep olabilmektedir. Çocukluk çağında cinsel istismara uğramış yetişkinlerin ya ilişki kurmaktan kaçındıkları, sıcak bir yapıya sahip olmadıkları ya da tam tersi aşırı yakın, fazla beklentili ilişkiler kurdukları gözlenmektedir. Her iki tipte ilişkide fonksiyonel değildir ve yalnızlıkla son bulmaktadır (aktaran Kandall-Tackett, 2002).

Çocukluk çağı cinsel istismarı yetişkinlikteki kronik düşük öz benlik değeri, çaresizlik hissi, kendinden nefret etme hissi, yıkıcı kişiler arası ilişkiler, kronik duygusal acı, özellikle kronik depresyon ve anksiyete, yeme bozuklukları, intihar eğilimi, kendine zarar verme ayrıca evden kaçma, suçluluk ve madde kötüye kullanımı ve alkolizm ile bağdaştırılmıştır (Bostancı ve ark., 2006; Nurcombe, 2000; Yanık ve Özmen, 2002;). Bliss (1989), Coons ve Milstein (1986) ve Putnam ve arkadaşlarının (1986) yaptıkları çalışmalarda, disosiyatif kimlik bozukluğu olan yetişkinlerde % 60-83 arası cinsel istismara rastlanmaktadır (aktaran Nurcombe, 2000). Ayrıca cinsel istismar ile yetişkinlikte borderline kişilik bozukluğu, somatizasyon ve cinsel işlev bozuklukları arasında nedensel ilişki bulunmaktadır (Colman ve Widom, 2004; Nurcombe, 2000).

1.2.1.3. Duygusal İstismar

Duygusal istismar, ebeveyn ya da çevredeki diğer yetişkinlerin, çocuğun yetenekleri üstünde istek ve beklentiler içinde olmaları, saldırganca sözler söylemeleri, duygusal, sosyal ve kişilik gelişimini engelleyen, eylem ve eylemsizliklerde bulunmaları olarak tanımlanmaktadır (Runyan ve ark., 2002; Taner ve Gökler, 2004; Gökler, 2006). Çocuğa bağırma, reddetme, aşağılama, küfretme, çocuğu yalnız bırakma, yanıltma, korkutma, yıldırma, tehdit etme, duygusal bakımdan ihtiyaçlarını karşılamama, yaşının üstünde sorumluluklar bekleme, kardeşler arasında ayırım yapma, değer vermeme, önemsememe, küçük düşürme, alaylı konuşma, lakap takma, aşırı baskı ve otorite kurma, bağımlı kılma ve aşırı koruma gibi fiziksel olmayan ancak çok ağır ceza ya da tehdit içeren eylemler duygusal istismar olarak kabul edilmektedir (Polat, 2007; Runyan ve ark., 2002; Taner ve Gökler, 2004).

Duygusal istismar, tek başına görülebildiği gibi, fiziksel ve cinsel istismar ile birlikte de görülebilmekte ve diğer istismar türlerine oranla toplumlarda daha sık karşılaşılan bir olgu olmasına rağmen, bulgularının daha gizli olması nedeniyle, fark edilmesi, tanımlanması ve yasal olarak kanıtlanmasında zorluklar yaşanmaktadır (Kara ve ark., 2004; Taner ve Gökler, 2004; Runyan ve ark., 2002). Hatta fiziksel ve cinsel istismarın izleri yok olduktan sonra da duygusal istismarın devam ettiği bildirilmektedir (Erkman, 1999). Türkiye'de yapılan çalışmalarda, duygusal istismarın %78 oranla en sık uygulanan istismar türü olduğu görülmektedir (Turhan ve ark., 2006).

Duygusal istismarın oluşumda aile, çocuk ve çevre ile ilişkili nedenler, birlikte etkili olmaktadır (Taner ve Gökler, 2004). Duygusal istismarı oluşturan nedenlere bakıldığında sosyal ve kültürel yapının da etkili olduğu görülmektedir. Duygusal istismar toplumun her kesiminde görülmekte, fakat toplumdan izole yaşayan ailelerde daha yoğun ve sık rastlanmaktadır. Ayrıca işsizlik, yoksulluk, suçluluk, olumsuz fizik koşullar duygusal istismar riskini arttıran faktörler arasındadır. Anne-babanın çocuğa bakımının kontrole dayandığı, çocuğa karşı tutum ve davranışlarının düşmanca ve şefkat içermediği ailelerde çocuklar gelişim ve davranış sorunları göstermektedir (Polat, 2007).

Duygusal istismar, çocuk üzerinde sanıldığından daha derin izler bırakmakta ve çocuğun yaşı, içinde bulunduğu gelişim dönemi, çocukta farklı sorunların ortaya çıkmasına neden olabilmektedir (Gökler, 2006; Runyan ve ark., 2002; Yavuzer, 2003). Kişilerde duygusal istismarın olumsuz sonuçlarının ortaya çıkmasında, o kişinin, içinde bulunduğu durum veya kendine yöneltilen davranışı nasıl algıladığı da etkili olmakta ve bu algılamada kültürel ölçüt ve kabullerin de etkisi görülmektedir (Erkman,1999).

Duygusal istismara uğrayan çocuklarda, depresyon, kaygı, içedönüklük, sosyal ilişkilerde bozulma, normal kişilik gelişiminin oluşmaması, saldırganlık, kendine güvende azalma, intihar davranışı, çocukluk çağı mastürbasyonu gibi duygusal, davranışsal, gelişimsel ve sosyal bozukluklar ortaya çıkmaktadır (Yavuzer,2003; Gökler, 2006; Taner ve Gökler, 2004).

Erkman ve Alantar'ın (1988) ergenlerle yaptıkları bir araştırmada, diğer ergenlere oranla daha yüksek duygusal istismar algısı olan ergenlerin, aynı zamanda depresyonda oldukları, kaygılarının daha yoğun, benlik kavramlarının düşük, kişilerarası ilişkilerinin akranlarına göre yetersiz, duygusal dengelerinin zayıf olduğu ve aynı zamanda bu ergenlerin ebeveynleri tarafından reddedildikleri duygusuna sahip oldukları görülmüştür (Erkman, 1999).

Garrison (1987), Hort ve Brassord (1987)'un yaptıkları literatür taramasına göre, şiddetli duygusal istismar, çocuklardaki öğrenme güçlükleri ve yalancılık, hırsızlık, düşük benlik algısı, aşırı bağımlılık, başarısızlık, depresyon ve saldırganlık gibi davranış bozukluklarıyla ilişkili olduğunu ortaya koymuştur (aktaran Ünal, 2008).

Tencer (2002) tarafından yapılan bir çalışma, duygusal istismar yaşayan çocukların akranları ile yakın ilişkiler kurmayı ve birlikte vakit geçirmeyi reddettiklerini, çatışma çözme becerisinin gelişmediğini göstermektedir. (Tencer, 2002)

1.2.1.4. İhmal

İhmal çocuğun anne, baba ya da bakımından sorumlu kişiler tarafından, çocuğun bakım, korunma, beslenme, giyim, tıbbi bakım ve eğitim gibi temel ihtiyaçlarının karşılanmaması, çocuğun bakımının çocuğa zarar verecek şekilde göz ardı edilmesidir (Polat, 2007).

İhmalde tek bir yoksunluktan söz edilmemektedir (Polat,2007). İhmal, fiziksel ve duygusal olmak üzere ikiye ayrılmaktadır. Çocuğun bakımının yapılmaması, bakımın gecikmesi, terk etme, kovma, yetersiz denetim, yetersiz besleme, hijyen eksikliği, ev koşullarının sağlıksız, güvensiz oluşu fiziksel ihmal ve çocuğun psikolojik ihtiyaçlarının karşılanmaması, sevgi eksikliği, çocuğun uyumsuz davranışlarına izin verilmesi, çocuğun alkol ve uyuşturucu kullanımına göz yumulmaması, eş tartışmalarına maruz bırakmak duygusal ihmal olarak kabul edilmektedir (Kaplan, 2002). Fiziksel ihmal bulgularını saptamak mümkün iken, duygusal ihmale ait bulguların saptanması oldukça zor olmaktadır (Bilir ve ark. 1999; Lynch, 1999; Polat, 2007).

İhmal ve istismar birbirinden bağımsız olarak ortaya çıkmamakta, bu iki olgunun etkileri kolaylıkla ayırt edilememektedir (Polat, 2007). Ancak büyüme ve gelişim geriliği olan çocuklarda ihmal göz önünde bulundurulmalıdır (Topbaş, 2004; Yılmaz ve ark., 2003; Johnson, 2000). İstismara oranla, ihmal konusunda daha az çalışma yapılmıştır (Kaplan, 2002).

Çocuklarını ihmal eden ailelerde, zihinsel hastalıklar, sosyoekonomik düzey düşüklüğü, suç işleme, aile içi şiddet, alkol ve madde bağımlılığı gibi sorunlar olduğu dikkat çekmektedir (Clark, Freeman-Clark, Adamec, 2007; Polat, 2007). Gaudin ve arkadaşları (1993), ihmalkâr ebeveynlerin, depresif ve sosyal açıdan izole olduklarını bulmuşlardır (Gaudin, Polansky, Kilpatrick, ve Shilton, 1993).

Yanık ve Özmen'in (2002) psikiyatri polikliniğine başvuran kadın hastalar üzerinde yaptığı araştırmada en sık bildirilen %24.7 oranında duygusal ihmal olmuş %17.3 oranında da fiziksel ihmal bildirilmiştir (Yanık ve Özmen, 2002).

Egeland (1985), 12 aylık fiziksel ihmale uğramış çocuklarda ihmale uğramamış çocuklara oranla daha çok güvensiz bağlanma görüldüğünü, 24 aylık ihmale uğramış çocuklarda uğramayanlara göre daha çok saygısızlık görüldüğünü ve 42 aylık ihmale uğramış çocuklarda uğramayanlara göre daha çok düşük benlik algısı, düşük kontrol becerisi görüldüğünü rapor etmektedir (aktaran Kaplan, 2002).

Aragona ve Eyberg (1981)'e göre, ihmalkâr olan anneler olmayan annelere göre, çocuklarına karşı daha az sözel ilişkide bulunmakta ve çocuklarına karşı övgü yerine çoğunlukla eleştiride bulunmaktadırlar (aktaran Kaplan, 2002). İhmale uğrayan çocuklar da annelerinden destek yerine daha çok çatışma beklemektedirler (Shipman, Edwards, Brown, Swisher ve Jennings, 2005). Bolger ve arkadaşları (1998) yaptıkları çalışmada, ihmal edilen çocukların akranlarıyla çatışma gibi sosyal becerilerde problemleri olduğunu bulmuşlardır (aktaran Kaplan, 2002). İhmal yaşantısı olan bireylerin, ailelerine karşı daha düşük bağlılık ve aile içinde daha az uyum gösterdikleri saptanmıştır (Wark, Kruczek ve Boley, 2003).

Çocukluk çağında yaşanan ihmal yetişkinlik yıllarındaki öz saygı ve sosyal beceriler üzerinde etkili olmaktadır (Loos ve Alexander, 1997). Özellikle anneleri tarafından ihmal edilmiş çocukların, yetişkinlikte daha yüksek seviyelerde psikolojik sıkıntılar yaşandığı görülmektedir (Wark ve ark., 2003). Bu kişilerin yakın ilişkilerde de sorunlar yaşadıkları ve evliliklerinin daha sıklıkla boşanma ile sonuçlandığı

bulunmuştur (Colman ve Widom, 2004). Yanık ve Özmen'in (2002) yaptıkları bir araştırmada, intihar davranışı olan hastaların çocukluk çağı travmalarından en çok ihmal yaşantısı bildirdiği görülmektedir (Yanık ve Özmen, 2002).

1.3. Alkol Bağımlılığı ve Çocukluk Çağı Travmaları İlişkisi

Travmatik çocukluk çağı yaşantıları yetişlinlikteki psikliyatrik bozuklukların yaygınlığını arttırmaktadır. Yetişkinlikteki alkol kullanım bozuklukları, çocukluk çağı istismarı ve sağlıksız aile işlevleri ile ilişkilendirilmektedir (Mırsal ve ark., 2004).

Birçok çalışmada, çocukluk çağı travmaları ile alkol ve madde bağımlılığı ilişkilendirilmiştir (Enoch ve ark., 2010; Higley, Hasert, Suomi ve Linnoila, 1991; Nelson ve ark., 2006; Rothman, Edwards, Heeren ve Hingson, 2008; Shin, Edwards ve Heeren, 2009). Enoch ve arkadaşları yaptıkları araştırmada, çocukluğunda travma öyküsü bulunan kişilerin kontrol grubuna kıyasla daha çok alkol ve madde bağımlısı olduklarını, yaşanan travma büyüdükçe de çoklu madde kullanımına yol açabileceğini saptamışlardır (Enoch ve ark., 2010).

Yaşanan her çocukluk çağı travma yaşantısı, ömür boyu alkol bağımlılığı riskini %16 artırmaktadır (Wu ve ark., 2010). Afifi ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmada, fiziksel istismara uğramış kişilerde, uğramamış olan kişilere göre daha çok anksiyete bozuklukları, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılığı ve dışavurum problemlerine rastlanmıştır (Afifi ve ark., 2006). Alkol bağımlılarında, alkol bağımlısı olmayanlara göre çocukluk çağı fiziksel istismar 6 ile 12 kat arasında, cinsel istismar ise 18 ile 21 kat arasında daha çok görülmektedir (Mırsal ve ark.,

2004). Bazı çalışmalarda alkol ve madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerde cinsel ve fiziksel istismar geçmişine rastlamıştır (Arellano, 1996; Brems, Johnson, Neal ve Freemon, 2004; Jasinski, Williams ve Siegel, 2000; Walton-Mossa ve McCaulb, 2006). Hem bağımlı bireylerin çocukluk çağlarının araştıran geriye dönük çalışmalar, hem de çocukluk çağında istismar ve ihmal yaşantısı olan çocukların yetişkinlik döneminin araştırıldığı ileriye dönük çalışmalar alkol ve madde bağımlılarının yüksek oranda cinsel ve fiziksel istismar kurbanı olduklarını göstermektedir (Anda ve ark., 2006; Dube ve ark., 2005; Jasinski ve ark., 2000; Mırsal ve ark., 2004).

Araştırmalar alkol veya madde bağımlılığı tanısı konulmuş kadınlarda, aynı tanı konulmuş erkeklere göre daha çok çocukluk çağı travması geçmişine rastlandığını göstermektedir (Brems ve ark., 2004; Galaif, Stein, Newcomb ve Bernstein ve ark., 2001; Hyman, Garcia ve Sinha., 2006). Çocukluk çağı cinsel istismar geçmişi olan kadınların genel nüfustaki diğer kadınlara göre 3 kat daha fazla alkol kötüye kullanımı veya alkol bağımlısı oldukları görülmektedir (Tucci ve ark., 2010). Mırsal ve arkadaşları çalışmalarında alkol bağımlısı kadınlarda cinsel istismarın daha çok görüldüğünü, fiziksel istismarın ise alkol bağımlısı erkeklerde daha çok görüldüğünü bulmuştur (Mırsal ve ark., 2004).

Alkol insan hayatına birçok zararlı etkide bulunma potansiyeline sahip, en yaygın uyuşturucu olarak bilinmektedir. Alkole başlama yaşının düşmesi bu potansiyeli arttırdığı için kanunlar bu başlangıç yaşını yükseltmeyi amaçlamaktadırlar. Schäfer ve arkadaşlarının (2007) yaptığı çalışmada, çocukluk çağı travması yaşamış kişilerin daha erken yaşta ilk kez alkol kullanımlarının olduğunu saptamıştır. Çocukluk çağında yaşanan travma yaşantıları arttıkça, alkol ilk

kullanım ve sarhoş olma yaşının düştüğü, ayrıca duygusal istismar yaşayan kişilerde alkole toleransın daha yüksek olduğu görülmüştür. Literatürdeki bazı çalışmalar çocukluk döneminde travma yaşantısı olan kişilerin, bu tip istismara uğramamış olan kişilere oranla, daha çok alkol ve madde kullandıklarını göstermektedir (Anda ve ark., 2006; Dube ve ark., 2005; Duran ve ark., 2004; Nelson ve ark., 2006). Moran, Vuchinich ve Hall (2004) alkol kullanımı olan 2157 ergen üzerinde alkol ve madde kullanımı ile istismar tipleri arasındaki ilişkiyi araştırdıkları bir çalışmada, istismar öyküsü olmayan ergenlerin %16.5'inin, duygusal istismara uğrayanların %24.2'sinin, fiziksel istismara uğrayanların %31.6'sının, cinsel istismara uğrayanların %41.7'sinin, hem fiziksel hem cinsel istismara uğrayanların %49.6'sının alkol kullandığını saptamıştır. İstismara uğrayanların alkol ve madde kullanımına daha eğilimli olmaları nedeniyle cinsel, fiziksel ve duygusal istismarlar orta ve uzun dönemde alkol ve madde bağımlılığı gelişmesinde risk faktörü oluşturmaktadır (Anda ve ark., 2006; Dube ve ark., 2005; Duran ve ark., 2004; Nelson ve ark., 2006).

Roy'un (2003) yaptığı çalışmada intihar girişimde bulunmuş olan alkol bağımlılarının, intihar girişiminde bulunmayanlara göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinden, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal alt ölçeklerinden daha yüksek puanlar aldıklarını saptanmıştır (Roy, 2003).

1.4.Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın temel amacı, çocukluk çağında aile içinde gelişen travmaların, alkol bağımlılığı ile olan bağlantısını incelemektir. Bu doğrultuda,

çocukluk çağında fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal olmak üzere aile içinde yaşanan travmalar ile bağımlılık arasındaki ilişkinin incelenmesi hedeflenmiştir. Alkol bağımlılığının temellerini bulmak yeni ve daha etkili tedavi yöntemleri geliştirmek açısından önemlidir. Alkol bağımlığı riskini arttıran bir faktör olarak düşünülen çocukluk çağı travmalarını araştırmak, bağımlılığa sebep olan etkenlerden bir tanesini açığa çıkarması açısından gerekli görülmektedir. Bu sebeple araştırmada alkol bağımlılığı ile çocukluk çağı travmalarının ilişkisi incelenerek, diğer risk faktörlerinin de daha detaylı gözden geçirilmesinin sağlanması amaçlanmıştır.

Bu amaçlara yönelik olarak bu araştırmanın başlıca hipotezleri şunlardır:

- Alkol bağımlısı olan bireylerin çocukluk çağı fiziksel istismar, cinsel istismar ve duygusal istismar yaşantıları, alkol bağımlısı olmayan bireylerden daha fazladır.
- Alkol bağımlısı olan bireylerin çocukluk çağı fiziksel ve duygusal ihmal yaşantıları, alkol bağımlısı olmayan bireylerden dah fazladır.

Ayrıca bu araştırmadan daha detaylı sonuç elde edilmesi açısından ana hipotezlere ek olarak şu araştırma sorularına da yanıt aranmıştır:

- Alkol bağımlılığı ile medeni durum arasında bir ilişki var mıdır?
- İlk alkol kullanımın yaşı ile alkol bağımlılığı arasında bir ilişki var mıdır?
- Ailede alkol bağımlılığı hikâyesi olup olmaması ile alkol bağımlılığı arasında ilişki var mıdır?

- Çocukluk çağı travmaları düzeyi ile ilk alkol kullanım yaşı arasında bir ilişki var mıdır?

1.5.Araştırmanın Önemi

Bu araştırmayla, çocukluk travmalarının alkol bağımlılığı ile olan ilişkisinin ortaya konması ve bu ilişkinin göz önünde bulundurularak tedavi sürecine katkı sağlanması hedeflenmektedir. Ayrıca bu bozuklukların oluşturduğu kısırdöngüyü kırmak amacı ile özellikle genç popülasyonla çalışıldığında koruyucu önlemler alınması gerektiğine dikkat çekmek istenmektedir. Bu doğrultuda, ailelerin çocuklarda travmaya neden olabilecek durumlar hakkında bilgilendirilmesi amacıyla aile eğitimlerinin arttırılmasının gerekliliğinin vurgulaması açısından önem taşımaktadır. Aynı şekilde, okullarda da eğitimlerin yaygınlaştırılıp, öğretmenlerin bilinçlendirilmesi sağlanarak, çocukluktaki travmaların erken tanınması ve önlemlerin alınması açısından önem taşımaktadır.

Alkol bağımlığına neden olan kişisel, sosyal ve biyolojik faktörleri inceleyen birçok çalışma bulunmaktadır. Ancak bu faktörler içinde oldukça önemli olan çocukluk çağı travmalarıyla ilgili araştırma sayısının oldukça az olduğu görülmektedir. Bu nedenle, bu araştırmanın, ülkemizdeki literatüre bir katkı sağlayacağı ve gelecek araştırmalar için bir kaynak olacağı düşünülmektedir. Ayrıca alkol bağımlıları ile çalışan danışmanlara da rehber olması açısından önem taşımaktadır. Alkol bağımlılığı olan bireylerin, bağımlılığa sebep olan etmenleri keşfetmesi sırasında ve buna dayanarak danışmanlık sırasında destekleyici olacağı düşünülmektedir.

2. BÖLÜM

YÖNTEM

Bu bölümde araştırmanın evreni ve örneklemi, araştırmada kullanılan veri toplama araçları ve bunlarla ilgili yapılan geçerlik güvenilirlik çalışması ve verilerin değerlendirilmesinde kullanılan istatistiksel verilere yer verilmiştir.

2.1. Araştırmanın Örneklemi

Çalışma Mart 2010- Haziran 2010 tarihleri arasında Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (BRSHH), Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM)'inde yapılmıştır. Araştırmanın örneklemi AMATEM'de yatarak takip ve tedavi edilmekte olan 18-65 yaş arasında Alkol Bağımlılığı tanısı almış 50 erkek hastadan ve karşılaştırma grubu ise alkol kullanımına bağlı herhangi bir sorunu olmayan toplumdan tesadüfî seçildikten sonra, Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) uygulanarak bağımlı olmadığı kesinleştirilmiş olan 50 erkek ile toplam 100 kişiden oluşturulmuştur.

Çalışmaya, Aydınlatılmış Onam Formunu okuyup imzalayan hastalar alınmıştır. Araştırma grubu için Alkol Bağımlılığı tanısı almış olmak, karşılaştırma grubu içinse, Alkol Bağımlılığı tanısı almamış olmak, hem araştırma hem de karşılaştırma grubu için 18-65 yaş arasında olmak, erkek olmak, araştırmaya

katılmaya gönüllü olmak ve okuduğunu anlayabilecek düzeyde okuma yazma bilmek çalışmaya dahil edilme ölçütleri olarak belirlenmiştir. AMATEM'de alkol bağımlılığı tanısı ile yatmakta olan kadın sayısının oldukça az olması nedeniyle, kadın olmak dışlanma ölçütü olarak belirlenmiştir.

Tablo 2.1.1 Değişkenlere ait Frekans ve Yüzde Tanımlamaları

Değişkenler		**n**	**%**
Medeni Durum	Evli	64	64,0
	Bekar	19	19,0
	Boşanmış	17	17,0
Eğitim Düzeyi	İlkokul	32	32,0
	Ortaokul	21	21,0
	Lise	39	39,0
	Lisans ve Lisans üstü	8	8,0
Çocuk Sayısı	Yok	22	22,0
	Bir	20	20,0
	İki	37	37,0
	Üç ve üzeri	21	21,0
Ailede Alkol Bağımlılığı	Var	15	15,0
	Yok	85	85,0
Alkol Kullanımı	Var	62	62,0
	Yok	38	38,0
Alkol Alım Sıklığı	Her gün	41	41,0
	2-3 günde bir	15	15,0
	Haftada bir	13	13,0
	Ayda bir	16	16,0
	Diğer	15	15,0
Alkol Alınan Ortam	Bar	24	24,0
	Restaurant	36	36,0
	Ev	40	40,0
Alkol Kullanımı Sonrası Davranışlarda Değişiklik	Var	56	56,0
	Yok	44	44,0
Çocukluk Döneminde Psikiyatrik Yardım	Var	3	3,0
	Yok	97	97,0

Katılımcılara ait medeni durum incelemesinde %64'ünün evli, %19'unun bekar ve %17'sinin boşanmış olduğu görülmektedir.

Katılımcılara ait eğitim düzeyi incelemesinde %32'sinin ilkokul, %21'inin ortaokul, %39'unun lise ve %8'inin lisans ve lisansüstü olduğu görülmektedir.

Katılımcılara ait çocuk durumu incelemesinde %22'sinin çocuğunun olmadığı, %20'sinin bir çocuğu olduğu, %37'sinin iki çocuğu olduğu ve %21'inin üç veya daha fazla çocuğu olduğu görülmektedir.

Katılımcılara ait ailede alkol bağımlılığı incelemesinde %15'inde var olduğu ve %85'inde olmadığı görülmektedir.

Katılımcılara ait alkol kullanımı incelemesinde %62'sinin alkol kullanımı olduğu ve %38'inin olmadığı görülmektedir.

Katılımcılara ait alkol kullanım sıklığı incelemesinde %41'inin her gün, %15'inin 2-3 günde bir, %13'ünün haftada bir, %16'sının ayda bir ve %15'inin diğer kullanım sıklıklarında olduğu görülmektedir.

Katılımcılara ait alkol alınan ortam incelemesinde %24'ünün bar, %36'sının restaurant ve %40'ının evde olduğu görülmektedir.

Katılımcılara ait alkol kullanımı sonrası davranışlarda değişiklik incelemesinde %56'sının var ve %44'ünün yok cevabını verdiği görülmektedir.

Katılımcılara ait çocukluk döneminde psikiyatrik yardım incelemesinde %3'ünün var ve %97'sinin yok cevabını verdiği görülmektedir.

Tablo 2.1.2 Değişkenlere ait Ortalama ve Standard Sapma İncelemesi

Değişkenler	N	Minimum	Maksimum	Ortalama	±	Standard Sapma
Yaş	100	24	65	43,21	±	9,834
İlk Alkol Kullanım Yaşı	100	5	40	19,58	±	5,843

Katılımcılara ait yaş incelemesinde minimum yaş 24 maksimum yaş 65'dir.Genel katılımcıların yaş ortalaması 43.21±9.834'dür.

Katılımcılara ait ilk alkol kullanım yaşı incelemesinde minimum yaş 5 ve maksimum yaş 40'dır. İlk alkol kullanım yaşı ortalaması 19.58±5.843'dür.

Tablo 2.1.4. Katılımcıların Gruplandırılması

Değişkenler		n	%
Grup	Alkol Bağımlılığı Olanlar	50	50.0
	Alkol Bağımlılığı Olmayanlar	50	50.0

İncelemeye katılan 100 kişinin 50 (%50)'sinin alkol bağımlılığı bulunmaktadır ve 50 (%50)'sinin alkol bağımlılığı bulunmamaktadır.

2.2. Veri Toplama Araçları

Araştırmada verilerin toplanması için bir adet Sosyodemografik öngörüşme formu ve iki adet ölçek kullanılmıştır. Sosyodemografik öngörüşme formu ile deneklerin bireysel özellikleri hakkında bilgi toplanması amaçlanmıştır.

Çalışmada, hem araştırma hem de karşılaştırma grubunu oluşturan bireylere alkol bağımlılığını belirlemek amacı ile Michigan Alkolizm Tarama Testi (MATT) ve çocukluk çağında aile içinde yaşanan travmaları belirlemek amacıyla da fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmali ölçen Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ) uygulanmıştır.

2.2.1. Sosyodemografik Öngörüşme Formu

Sosyodemografik öngörüşme formu araştırmanın amacına uygun olarak araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Bu formda, kişilerin demografik özelliklerini belirlemeye yönelik sorular bulunmaktadır.

Bu formda kişinin yaşı, cinsiyeti, medeni durumu, eğitim durumu, mesleği, oturduğu semt, doğup büyüdüğü şehir, ailede alkol bağımlılığı, alkol kullanımı, alkol ilk kullanım yaşı, alkol kullanım süresi, kullanılan ortam, kullanım sonrası davranışlarda değişiklik ve çocukluk döneminde psikiyatrik yardım alıp almadığı sorgulanmıştır (EK-B).

2.2.2. Çocukluk Çağı Travma Ölçeği

Ölçeğin özgün adı " Childhood Trauma Questionnaire (CTQ)" dir. 1994 yılında D. P. Bernstein tarafından 70 madde olarak geliştirilmiş olan bu ölçek, 1995 yılında 54 maddeye indirilmiş ve 1998 yılında yeniden düzenlenerek 28 maddelik kısa form haline getirilmiştir. Çocukluk çağındaki fiziksel, cinsel kötüye kullanım ve fiziksel ve duygusal ihmal yaşantılarını geriye dönük olarak taramaya yönelik 28 soruluk bir öz bildirim ölçeğidir (Berstein ve ark., 2003). Türkçeye uyarlanması ve

geçerlik-güvenilirlik çalışması Şar (1996) tarafından yapılmıştır. Ayrıca 28 maddelik form da Şar tarafından uyarlanmıştır.

28 maddeden oluşan 1-5 likert tipi ölçek, duygusal istismar, fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal alt ölçeklerine sahiptir. Ölçek 12 yaş ve üzeri bireylere uygulanabilmektedir. Kişinin kendi başına uygulayabileceği ve uyulama süresinin 5 dakika olduğu bir ölçektir. Cevaplar soru formu üzerine işaretlenir (Berstein ve ark., 2003).

Ölçekteki 5 madde fiziksel istismarı, 5 madde cinsel istismarı, 5 madde duygusal istismarı, 5 madde fiziksel ihmali, 5 madde duygusal ihmali ölçmeye yöneliktir. Ayrıca 3 madde travmayı küçümseme, inkârı ölçme soruları bulunmaktadır. Bu sorular, sonuçların daha doğru olarak değerlendirilmesi amacıyla dâhil edilmiştir. Yanıt seçenekleri (1) hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) zaman zaman, (4) sıklıkla, (5) çok sık olarak verilmektedir. Her soru 1-5 arası puanlandırılır ve ayrı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanımaktadır. Fiziksel istismar alt ölçeği 8, 9, 10, 14, 16 maddelerle, cinsel istismar alt ölçeği 19, 20, 22, 23, 26 maddeleriyle, duygusal istismar alt ölçeği 2, 7, 13, 17, 24 maddeleriyle, fiziksel ihmal alt ölçeği 1, 3, 5, 15, 28 maddeleriyle (ters kodlanarak yani 1'ler 5, 2'ler 4 şeklinde kodlanarak), duygusal ihmal alt ölçeği 4, 6,12, 18, 27 maddeleriyle (yine ters kodlanarak) hesaplanır. Her bir ölçek tek tek toplanır ve 5'e bölünür. Ayrıca ölçeğe ait toplam puan 5 ölçeğin puanlarının toplamıyla hesaplanabilmektedir. Kişinin travmayı küçümseme ve inkârı 11., 21., 25. maddeler ile (sadece 5 puan verilen sorular toplanarak) hesaplanır (Bernstein ve Fink, 1998).

Bernstein, terapistler tarafından yapılan tanımlara uygunluk göstermesi nedeniyle metodolojik temeli olan ölçeğin araştırma ve klinik amaçlarına uygun olarak kullanılabileceğini belirtmektedir. Diğer klinik araçlarla birlikte kullanıldığında, istismar öykülerinden dolayı, post travmatik stres bozukluğu, depresyon, bağımlılık, suç işleme ve kendine zarar verme davranışları dâhil olmak üzere çeşitli davranış problemleri ve psikiyatrik semptomları geliştirme riski olan kişileri ortaya çıkarmada yardımcı olmaktadır. Briere (1992) tarafından, daha önceki araştırmalarda, gerçek istismar mağduru vakaların saptanamamasının mağdur olmayan vakaların gerçekmiş gibi hatalı saptanmasına nazaran daha sık rastlanan bir durum olduğunun önerildiği ve kendilik bildiriminin aile içi şiddet olgularında daha iyi sonuç verdiği bildirilmektedir (Bernstein, Ahluvalia, Pooge ve Handelsman, 1997) (EK-C).

2.2.3. Michigan Alkolizm Tarama Testi

Ölçeğin özgün adı "Michigan Alcoholism Screening Test (MAST)"tir (Aydemir ve Köroğlu, 2006). L. E. Gibbs tarafından geliştirilmiş bir kendini değerlendirme ölçeğidir. Alkol bağımlılığı gelişme riski altında olan bireylerin veya alkol bağımlısı olan bireylerin saptanması amacıyla oluşturulmuş bir görüşme aracıdır. Ayrıca alkol sorunu varsa düzeyini göstermektedir (Gibbs, 1983). Türkçeye uyarlanması ve geçerlik-güvenilirlik çalışması Coşkunol ve arkadaşları (1995) tarafından yapılmıştır. MATT'ın alkol bağımlılığını değerlendirmede yüksek oranda duyarlı olduğu saptanmıştır (Coşkunol, Bağdiken, Sorias ve Saygılı, 1995).

Alkol kullanımı ve sonuçlarına ilişkin, alkolün kişiler üzerindeki etkisini, kişilerarası ilişkilerini, iş performansını ve sağlığını sorgulayan 25 sorudan oluşmuş

bir testtir. Kişilerin sorulara "Evet", "Hayır" şeklinde, kendi başlarına cevap verebileceği, uygulama süresi 10-15 dakika süren bir testtir (Aydemir ve Köroğlu, 2006; Gibbs, 1983).

Her bir soru farklı puan değerine sahiptir. 1., 4., 6., 7. sorulara alkol kullanımı sorunu olan kişilerin yanıtı olumsuzdur. 3., 5., 9., 16. sorular 1 puan, 1., 2., 4., 6., 7., 10., 11., 12., 13., 14., 15., 17., 18., 21., 22., 23., 24. sorular 2 puan, 8., 19., 20. sorular 5 puandır. Yanıtın olumsuz olduğu sorular haricindeki evet maddelerinin puanları toplanır (Aydemir ve Köroğlu, 2006). MATT'ın klasik puanlamasında 5 puan ve üstü bireyler alkolik kategorisine sokulurken, 4 puan olası alkolizmi, 3 ve altı ise bireyin alkolik olmadığını göstermektedir. Ancak kesme noktası 5 olarak alındığında alkol bağımlısı olmayanlara da alkol bağımlılığı tanısının sık olarak konabileceği (yanlış pozitif oranını arttırabileceği) ve bu yüzden kesme noktasının 6 ve/veya 7'ye çıkarılmasının uygun olduğu belirtilmiştir (aktaran Coşkunol ve ark., 1995). Coşkunol ve arkadaşlarının(1995) yaptığı çalışmada kesme noktası 5-9 arasında alındığında MATT'ın alkol bağımlılığı olanlarla olmayanları en iyi olarak ayırdığını belirlemişlerdir (Coşkunol ve ark., 1995). 3., 5., ve 2. sorular özgüllüğü en yüksek, 24., 27. ve 18. sorular duyarlılığı en yüksek sorulardır (Aydemir ve Köroğlu, 2006).

Rice, Kelman, Miller ve Dunmeyer (1990), mükemmel bir tarama testinin bozukluğu olan bütün olguları saptarken, bozukluğu olmayanları da ayırt edeceğini belirtmişlerdir. (aktaran Coşkunol ve ark., 1995). Fakat testin özgüllüğü ve duyarlılığının birbirlerini ters yönde etkilemeleri nedeniyle, bu ulaşılması güç bir amaç olmaktadır (Coşkunol ve ark., 1995) (EK-D).

2.3. İşlem

Araştırmada, çalışma grubunun sosyodemografik bilgilerini edinmek için kullanılmasına karar verilmiş olan sorular Ek 1'de görüldüğü şekilde bir araya getirilerek bir sosyodemogrefik görüşme formu hazırlanmıştır. Sosyodemografik görüşme formundan önce hastalara çalışmanın amacının anlatıldığı ve katılımın gönüllü olduğunun vurgulandığı bir Aydınlatılmış Onam Formu verilmiş, okumaları sağlanıp, imzalatılmıştır. Bu açıklamayı içeren Aydınlatılmış Onam Formu ve sosyodemografik bilgilerin sorgulandığı formun ardından sırasıyla alkol bağımlılığını sorgulamaya yönelik MATT ve çocukluk çağı travmalarını sorgulayan ÇÇTÖ verilmiştir.

Araştırma öncesinde Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi (BRSHH), Alkol Madde Bağımlılığı Araştırma, Tedavi ve Eğitim Merkezi (AMATEM)'nden gerekli izinler alınmıştır. Mart 2010- Haziran 2010 tarihleri arasında dışlama ölçütleri göz önünde bulundurularak, yatarak tedavi görmekte olan hastaların onayları da alınarak ölçekler uygulanmıştır. Araştırmanın yapıldığı döemde yatan kadın hasta sayısının 6 kişi ile sınırlı olması nedeniyle araştırmaya sadece erkek katılımcılar dahil edilmiştir. Karşılaştırma grubunda ise ölçekler Mayıs 2010- Haziran 2010 tarihleri arasında toplumdan tesadüfî olarak seçilen 69 kişiye uygulanmıştır. Bunların içinden araştırma grubuyla eğitim ve yaş olarak eşleştirilen 50 kişi karşılaştırma grubu olarak seçilmiştir.

Çalışmada yer alan sorular ve ölçekler katılımcıların kendileri tarafından yanıtlanmıştır. Ancak sorular ve ölçekler doldurulurken araştırmacının kendisi katılımcılarla birlikte bulunmuş ve katılımcıların sorularına yanıt vermiştir.

Ölçeklerin uygulanması yaklaşık 20-30 dakika sürmüştür. Araştırmaya katılmak istemeyen hastaların katılmama sebeplerinin genel olarak daha önce de benzer araştırmalara katılmış olmaları olarak tespit edilmiştir.

Çalışmada elde edilen veriler SPSS 16.0 istatistik programında incelenmiştir. Tanımlayıcı istatistiklerin (frekans, yüzde, ortalama, Standard sapma) yanı sıra verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek amacıyla Kolmogorov Smirnov Testi kullanılmıştır. Değişkenlerin grup içi dağılımların karşılaştırmasında Ki-Kare Test sonuçları incelenmiştir. Parametrik testlerin iki grup arası karşılaştırmalarında Student t-Testi, parametrik olmayan verilerin ikili karşılaştırmalarında Mann Whitney-U Testi uygulanmıştır. Ölçüm verilerin birbirleri arasındaki ilişkisi Pearson korelâsyon analizi ile incelenmiştir.

3. BÖLÜM

BULGULAR

Araştırma raporunun bu bölümünde, araştırmanın amaçları kapsamında elde edilen verilerin istatistiksel çözümlemelerine ilişkin bilgilere, bu çözümlemeler sonucunda elde edilen bulgulara ve bu bulguların yorumlanmasına yer verilmiştir.

3.1. Gruplara Göre Değişkenlerin Karşılaştırılması

Tablo 3.1.3 Gruplara Göre Değişkenlerin Frekans ve Yüzde Karşılaştırması

Değişkenler		Alkol Bağımlılığı Olanlar		Alkol Bağımlılığı Olmayanlar			
		n	%	n	%	Z	p[a]
Medeni Durum	Evli	24	48.0	40	80.0	-3.778	0.0001**
	Bekar	10	20.0	9	18.0		
	Boşanmış	16	32.0	1	2.0		
Eğitim Düzeyi	İlkokul	17	34.0	15	30.0	-0.302	0.763
	Ortaokul	10	20.0	11	22.0		
	Lise	19	38.0	20	40.0		
	Lisans ve Lisansüstü	4	8.0	4	8.0		
Çocuk Sayısı	Yok	10	20.0	12	24.0	-0.463	0.643
	Bir	11	22.0	9	18.0		
	İki	17	34.0	20	40.0		
	Üç ve üzeri	12	24.0	9	18.0		
Ailede Alkol Bağımlılığı	Var	12	24.0	3	6.0	-2.508	0.012*
	Yok	38	76.0	47	94.0		
Alkol Kullanımı	Var	31	62.0	31	62.0	0.000	1
	Yok	19	38.0	19	38.0		
Alkol Alım Sıklığı	Her gün	41	82.0	0	0.0	-8.594	0.0001**
	2-3 günde bir	8	16.0	7	14.0		
	Haftada bir	0	0.0	13	26.0		
	Ayda bir	1	2.0	15	30.0		
	Diğer	0	0.0	15	30.0		
Alkol Alınan Ortam	Bar	11	22.0	13	26.0	-0.221	0.825
	Restaurant	19	38.0	17	34.0		
	Ev	20	40.0	20	40.0		
Alkol Kullanımı Sonrası Davranışlarda Değişiklik	Var	47	94.0	9	18.0	-7.617	0.0001**
	Yok	3	6.0	41	82.0		
Çocukluk Döneminde Psikiyatrik Yardım	Var	3	6.0	0	0.0	-1.750	0.08
	Yok	47	94.0	50	100.0		

a. Mann Whitney U Test; * p< .05; ** p< .01

Gruplara göre medeni durum dağılımları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.0001<0.01). Alkol bağımlılığı olanlarda boşanmış katılımcı görülme oranı anlamlı düzeyde yüksek iken alkol bağımlılığı olmayanlarda evli katılımcı görülme oranı yüksektir.

Gruplara göre eğitim düzeyi dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.763>0.05$).

Gruplara göre çocuk durumu dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.643>0.05$).

Gruplara göre ailede alkol bağımlılığı olup olmaması durumunun dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.012<0.05$). Alkol bağımlısı olanların ailesinde alkol bağımlılığı görülme oranı, alkol bağımlısı olmayanların ailesinde alkol bağımlılığı görülme oranına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre alkol kullanımı dağılımları eşittir ($p=1$).

Gruplara göre alkol alım sıklığı dağılımları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.0001<0.01$). Alkol bağımlısı olanların her gün alkol kullanım oranı alkol bağımlısı olmayanlara göre anlamlı düzeyde yüksek iken, alkol bağımlısı olmayanların haftada bir, ayda bir ve diğer sıklıklarda alkol kullanım oranı alkol bağımlısı olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre alkol alınan ortam dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.825>0.05$).

Gruplara göre alkol kullanımı sonrası davranışlarda değişiklik bulunup bulunulmaması dağılımları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.0001<0.01$). Alkol bağımlısı olanların alkol kullanımı sonrası davranışlarında değişiklik olma oranı, alkol bağımlısı olmayanların alkol kullanımı sonrası davranışlarında değişiklik olma oranına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre çocukluk döneminde psikiyatrik yardım alınıp alınmaması dağılımları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.08>0.05$).

Tablo 3.1.4 Gruplarına Göre Değişkenlere ait Ortalama ve Standard Sapma İncelemesi

Değişkenler		**Alkol Bağımlılığı Olanlar**	**Alkol Bağımlılığı Olmayanlar**
Yaş	N	50	50
	Minimum	24	25
	Maksimum	61	65
	Ortalama	43.38	43.04
	Standard Sapma	9.21	10.51
	t	0.172	
	p[a]	0.864	
İlk Alkol Kullanım Yaşı	N	50	50
	Minimum	8	5
	Maksimum	32	40
	Ortalama	18.4	20.76
	Standard Sapma	4.79	6.57
	Z	-2.058	
	p[b]	0.040*	

a. Student t-Testi; b. Mann Whitney U Testi; * p< .05; ** p< .01

Alkol bağımlılığı olan katılımcıların yaş ortalaması 43.38±9.21 ve alkol bağımlılığı olmayan katılımcıların yaş ortalaması 43.04±10.51'dir. Gruplara göre yaş ortalamaları dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.864>0.05$).

Alkol bağımlılığı olan katılımcıların ilk alkol kullanım yaşı ortalaması 18.4±4.79 ve alkol bağımlılığı olmayan katılımcıların ilk alkol kullanım yaşı ortalaması 20.79±6.57'dir. Gruplara göre ilk alkol kullanım yaşı ortalamaları dağılımı arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.040<0.05$). Alkol bağımlılığı olmayanların ilk alkol kullanım yaşı ortalaması alkol bağımlılığı olanların ilk alkol kullanım yaşı ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

3.2. Gruplara Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin Alt Gruplarının İncelenmesi

Gruplara göre duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, minimizasyon ve toplam travma düzeyine ait ortalama ve Standard sapma değerleri Tablo 3.2.1'de detaylı bir şekilde gösterilmektedir. Buna bağlı olarak gruplara göre bu değişkenlerin farklılık gösterip göstermediği incelenmektedir.

Tablo 3.2.1. Gruplara Göre Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin Alt Gruplarının İncelenmesi

Değişkenler	Alkol Bağımlılığı Olanlar			Alkol Bağımlılığı Olmayanlar			
	Ortalama	±	Standard Sapma	Ortalama	±	Standard Sapma	p[b]
Duygusal İstismar	1.86	±	0.848	1.18	±	0.347	0.0001**
Cinsel İstismar	1.23	±	0.620	1.06	±	0.134	0.119
Fiziksel İstismar	1.51	±	0.914	1.07	±	0.170	0.0001**
Duygusal İhmal	2.50	±	0.848	1.99	±	0.767	0.002**
Fiziksel İhmal	1.86	±	0.785	1.38	±	0.477	0.0001**
Minimizasyon	1.14	±	1.195	1.32	±	1.037	0.293
Toplam Travma Düzeyi	10.38	±	3.349	7.99	±	1.124	0.0001**

b. Mann Whitney U Testi; * p< .05; ** p< .01

Gruplara göre duygusal istismar ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.0001<0.01). Alkol bağımlılığı olanların duygusal istismar ortalamaları, alkol bağımlılığı olmayanların duygusal istismar ortalamalarına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre cinsel istismar ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0.119>0.05).

Gruplara göre fiziksel istismar ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.0001<0.01). Alkol bağımlılığı olanların fiziksel istismar ortalamaları, alkol bağımlılığı olmayanların fiziksel istismar ortalamalarına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre duygusal ihmal ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.002<0.01). Alkol bağımlılığı

olanların duygusal ihmal ortalamaları, alkol bağımlılığı olmayanların duygusal ihmal ortalamalarına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre fiziksel ihmal ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.0001<0.01$). Alkol bağımlılığı olanların fiziksel ihmal ortalamaları, alkol bağımlılığı olmayanların fiziksel ihmal ortalamalarına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Gruplara göre minimizasyon ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.293>0.05$).

Gruplara göre toplam travma düzeyleri ortalamaları arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.0001<0.01$). Alkol bağımlılığı olanların toplam travma düzeyleri ortalamaları, alkol bağımlılığı olmayanların toplam travma düzeyleri ortalamalarına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Tablo 3.2.2 Gruplara Göre Değişkenlerde Duygusal İstismar Travmasının Karşılaştırılması

Değişkenler		Alkol Bağımlılığı Olanlar			Alkol Bağımlılığı Olmayanlar			
		Ortalama	±	Standard Sapma	Ortalama	±	Standard Sapma	p[a]
Medeni Durum	Evli	1.95	±	0.839	1.20	±	0.355	0.0001**
	Bekar	1.56	±	0.723	1.11	±	0.333	0.156
	Boşanmış	1.93	±	0.938				
Eğitim Düzeyi	İlkokul	2.08	±	0.728	1.13	±	0.235	0.0001**
	Ortaokul	2.08	±	1.321	1.38	±	0.569	0.223
	Lise	1.68	±	0.634	1.14	±	0.260	0.003**
	Lisans ve Lisansüstü	1.25	±	0.379	1.05	±	0.100	0.486
Ailede Alkol Bağımlılığı	Var	2.02	±	0.695	1.27	±	0.462	0.101
	Yok	1.82	±	0.894	1.18	±	0.344	0.0001**
Alkol Kullanımı	Var	2.09	±	0.942	1.13	±	0.251	0.0001**
	Yok	1.49	±	0.496	1.27	±	0.458	0.075
Alkol Kullanımı Sonrası Davranışlarda Değişiklik	Var	1.91	±	0.857	1.11	±	0.267	0.002**
	Yok	1.20	±	0.200	1.20	±	0.363	0.534

a. Mann Whitney U Test; * p< .05; ** p< .01

Medeni durumu evli olanları gruplara göre duygusal istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.0001<0.01). Alkol bağımlılığı olan evlilerin duygusal istismar ortalaması alkol bağımlılığı olmayan evlilerin duygusal istismar ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Medeni durumu bekar olanları gruplara göre duygusal istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0.156>0.05).

Eğitim düzeyi ilkokul mezunu olanların gruplara göre duygusal istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.0001<0.01$). Alkol bağımlılığı olan ilkokul mezunlarının duygusal istismar ortalaması alkol bağımlılığı olmayan ilkokul mezunlarının duygusal istismar ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Eğitim düzeyi ortaokul mezunu olanların gruplara göre duygusal istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.223>0.05$).

Eğitim düzeyi lise mezunu olanların gruplara göre duygusal istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.003<0.01$). Alkol bağımlılığı olan lise mezunlarının duygusal istismar ortalaması alkol bağımlılığı olmayan lise mezunlarının duygusal istismar ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Eğitim düzeyi lisans ve lisansüstü mezunu olanların gruplara göre duygusal istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.486>0.05$).

Ailesinde alkol bağımlılığı olanların gruplara göre duygusal istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.101>0.05$).

Ailesinde alkol bağımlılığı olmayanların gruplara göre duygusal istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.0001<0.01$). Alkol bağımlılığı olup ailesinde alkol bağımlılığı olmayanların duygusal istismar ortalaması, alkol bağımlılığı olmayıp ailesinde de alkol bağımlılığı olmayanların duygusal istismar ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Alkol kullanımı olanların gruplara göre duygusal istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.0001<0.01$). Alkol kullanımı olup alkol bağımlılığı olanların duygusal istismar ortalaması, alkol kullanımı olup alkol bağımlılığı olmayanların duygusal istismar ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Alkol kullanımı olmayanların gruplara göre duygusal istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.075>0.05$).

Alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların gruplara göre duygusal istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.002<0.05$). Alkol bağımlılığı olup alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların duygusal istismar ortalaması, alkol bağımlılığı olmayıp alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların duygusal istismar ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olmayanların gruplara göre duygusal istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0.534>0.05).

Tablo 3.2.3 Gruplara Göre Değişkenlerde Cinsel İstismar Travmasının Karşılaştırılması

Değişkenler		Alkol Bağımlılığı Olanlar			Alkol Bağımlılığı Olmayanlar			
		Ortalama	±	Standard Sapma	Ortalama	±	Standard Sapma	p[a]
Medeni Durum	Evli	1.38	±	0.841	1.02	±	0.093	0.002**
	Bekar	1.20	±	0.353	1.18	±	0.211	0.842
	Boşanmış	1.04	±	0.150				
Eğitim Düzeyi	İlkokul	1.26	±	0.399	1.00	±	0.000	0.089
	Ortaokul	1.12	±	0.270	1.11	±	0.187	0.863
	Lise	1.28	±	0.917	1.05	±	0.128	0.667
	Lisans ve Lisansüstü	1.15	±	0.300	1.15	±	0.191	0.886
Ailede Alkol Bağımlılığı	Var	1.27	±	0.365	1.00	±	0.000	0.295
	Yok	1.22	±	0.685	1.06	±	0.138	0.452
Alkol Kullanımı	Var	1.17	±	0.297	1.07	±	0.151	0.256
	Yok	1.34	±	0.938	1.03	±	0.100	0.506
Alkol Kullanımı Sonrası Davranışlarda Değişiklik	Var	1.25	±	0.637	1.04	±	0.133	0.252
	Yok	1.00	±	0.000	1.06	±	0.136	0.659

a. Mann Whitney U Test; * p< .05; ** p< .01

Medeni durumu evli olanları gruplara göre cinsel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.002<0.05). Alkol bağımlılığı olan evlilerin cinsel istismar ortalaması alkol bağımlılığı olmayan evlilerin cinsel istismar ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Medeni durumu bekar olanları gruplara göre cinsel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.842>0.05$).

Eğitim düzeyi ilkokul mezunu olanların gruplara göre cinsel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.089>0.05$).

Eğitim düzeyi ortaokul mezunu olanların gruplara göre cinsel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.863>0.05$).

Eğitim düzeyi lise mezunu olanların gruplara göre cinsel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.667>0.05$).

Eğitim düzeyi lisans ve lisansüstü mezunu olanların gruplara göre cinsel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.886>0.05$).

Ailesinde alkol bağımlılığı olanların gruplara göre cinsel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.295>0.05$).

Ailesinde alkol bağımlılığı olmayanların gruplara göre cinsel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.452>0.05$).

Alkol kullanımı olanların gruplara göre cinsel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.0256>0.05$).

Alkol kullanımı olmayanların gruplara göre cinsel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.506>0.05$).

Alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların gruplara göre cinsel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.252>0.05$).

Alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olmayanların gruplara göre cinsel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.659>0.05$).

Tablo 3.2.4 Gruplara Göre Değişkenlerde Fiziksel İstismar Travmasının Karşılaştırılması

Değişkenler		Alkol Bağımlılığı Olanlar			Alkol Bağımlılığı Olmayanlar			
		Ortalama	±	Standard Sapma	Ortalama	±	Standard Sapma	p[a]
Medeni Durum	Evli	1.58	±	0.859	1.07	±	0.167	0.0001**
	Bekar	1.26	±	0.481	1.07	±	0.200	0.497
	Boşanmış	1.55	±	1.185				
Eğitim Düzeyi	İlkokul	1.78	±	1.109	1.04	±	0.112	0.013*
	Ortaokul	1.74	±	1.320	1.15	±	0.284	0.468
	Lise	1.23	±	0.300	1.04	±	0.105	0.054
	Lisans ve Lisans üstü	1.10	±	0.115	1.10	±	0.200	0.886
Ailede Alkol Bağımlılığı	Var	1.62	±	0.944	1.00	±	0.000	0.233
	Yok	1.47	±	0.914	1.07	±	0.174	0.001**
Alkol Kullanımı	Var	1.72	±	1.099	1.03	±	0.105	0.0001**
	Yok	1.16	±	0.227	1.13	±	0.233	0.583
Alkol Kullanımı Sonrası Davranışlarda Değişiklik	Var	1.54	±	0.935	1.02	±	0.067	0.021*
	Yok	1.07	±	0.115	1.08	±	0.184	0.792

a. Mann Whitney U Test; * p< .05; ** p< .01

Medeni durumu evli olanları gruplara göre fiziksel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.0001<0.01). Alkol bağımlılığı olan evlilerin fiziksel istismar ortalaması alkol bağımlılığı olmayan evlilerin fiziksel istismar ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Medeni durumu bekar olanları gruplara göre fiziksel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0.497>0.05).

Eğitim düzeyi ilkokul mezunu olanların gruplara göre fiziksel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.013<0.05$). Alkol bağımlılığı olan ilkokul mezunlarının fiziksel istismar ortalaması alkol bağımlılığı olmayan ilkokul mezunlarının fiziksel istismar ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Eğitim düzeyi ortaokul mezunu olanların gruplara göre fiziksel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.468>0.05$).

Eğitim düzeyi lise mezunu olanların gruplara göre fiziksel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.054>0.05$).

Eğitim düzeyi lisans ve lisansüstü mezunu olanların gruplara göre fiziksel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.886>0.05$).

Ailesinde alkol bağımlılığı olanların gruplara göre fiziksel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.233>0.05$).

Ailesinde alkol bağımlılığı olmayanların gruplara göre fiziksel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.001<0.01$). Alkol bağımlısı olup ailesinde alkol

bağımlılığı olmayanların fiziksel istismar ortalaması, alkol bağımlısı olmayıp ailesinde de alkol bağımlılığı olmayanların fiziksel istismar ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Alkol kullanımı olanların gruplara göre fiziksel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.0001<0.01$). Alkol kullanımı olup alkol bağımlılığı olanların fiziksel istismar ortalaması, alkol kullanımı olup alkol bağımlılığı olmayanların fiziksel istismar ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Alkol kullanımı olmayanların gruplara göre fiziksel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.583>0.05$).

Alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların gruplara göre fiziksel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.021<0.05$). Alkol bağımlılığı olup alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların fiziksel istismar ortalaması, alkol bağımlılığı olmayıp alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların fiziksel istismar ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olmayanların gruplara göre fiziksel istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.792>0.05$).

Tablo 3.2.5 Gruplara Göre Değişkenlerde Duygusal İhmal Travmasının Karşılaştırılması

Değişkenler		Alkol Bağımlılığı Olanlar			Alkol Bağımlılığı Olmayanlar			
		Ortalama	±	Standard Sapma	Ortalama	±	Standard Sapma	p[a]
Medeni Durum	Evli	2.43	±	0.614	2.00	±	0.744	0.015*
	Bekar	2.36	±	1.010	1.98	±	0.940	0.447
	Boşanmış	2.69	±	1.048				
Eğitim Düzeyi	İlkokul	2.28	±	0.914	2.29	±	1.019	0.941
	Ortaokul	2.96	±	0.873	1.96	±	0.592	0.008**
	Lise	2.44	±	0.691	1.78	±	0.595	0.004**
	Lisans ve Lisansüstü	2.50	±	1.065	1.95	±	0.755	0.686
Ailede Alkol Bağımlılığı	Var	2.70	±	0.913	1.47	±	0.808	0.070
	Yok	2.43	±	0.829	2.02	±	0.761	0.012*
Alkol Kullanımı	Var	2.70	±	0.821	1.94	±	0.718	0.0001**
	Yok	2.16	±	0.799	2.07	±	0.854	0.686
Alkol Kullanımı Sonrası Davranışlarda Değişiklik	Var	2.48	±	0.863	1.69	±	0.567	0.008**
	Yok	2.73	±	0.611	2.05	±	0.795	0.119

a. Mann Whitney U Test; * p< .05; ** p< .01

Medeni durumu evli olanları gruplara göre duygusal ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.015<0.05$). Alkol bağımlılığı olan evlilerin duygusal ihmal ortalaması alkol bağımlılığı olmayan evlilerin duygusal ihmal ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Medeni durumu bekar olanları gruplara göre duygusal ihmal istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.447>0.05$).

Eğitim düzeyi ilkokul mezunu olanların gruplara göre duygusal ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.941>0.05$).

Eğitim düzeyi ortaokul mezunu olanların gruplara göre duygusal ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.008<0.01$). Alkol bağımlılığı olan ortaokul mezunlarının duygusal ihmal ortalaması, alkol bağımlılığı olmayan ortaokul mezunlarının duygusal ihmal ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Eğitim düzeyi lise mezunu olanların gruplara göre duygusal ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.004<0.01$). Alkol bağımlılığı olan lise mezunlarının duygusal ihmal ortalaması, alkol bağımlılığı olmayan lise mezunlarının duygusal ihmal ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Eğitim düzeyi lisans ve lisansüstü mezunu olanların gruplara göre duygusal ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.686>0.05$).

Ailesinde alkol bağımlılığı olanların gruplara göre duygusal ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.070>0.05$).

Ailesinde alkol bağımlılığı olmayanların gruplara göre duygusal ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.012<0.05$). Alkol bağımlısı olup ailesinde alkol bağımlılığı olmayanların duygusal ihmal ortalaması, alkol bağımlısı olmayıp ailesinde de alkol bağımlılığı olmayanların duygusal ihmal ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Alkol kullanımı olanların gruplara göre duygusal ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.0001<0.01$). Alkol kullanımı olup alkol bağımlılığı olanların duygusal ihmal ortalaması, alkol kullanımı olup alkol bağımlılığı olmayanların duygusal ihmal ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Alkol kullanımı olmayanların gruplara göre duygusal ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.686>0.05$).

Alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların gruplara göre duygusal ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.008<0.01$). Alkol bağımlılığı olup alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların duygusal ihmal ortalaması, alkol bağımlılığı olmayıp alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların duygusal ihmal ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olmayanların gruplara göre duygusal ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0.119>0.05).

Tablo 3.2.6 Gruplara Göre Değişkenlerde Fiziksel İhmal Travmasının Karşılaştırılması

Değişkenler		Alkol Bağımlılığı Olanlar			Alkol Bağımlılığı Olmayanlar			
		Ortalama	±	Standard Sapma	Ortalama	±	Standard Sapma	p[a]
Medeni Durum	Evli	1.92	±	0.793	1.37	±	0.485	0.001**
	Bekar	1.56	±	0.631	1.34	±	0.445	0.447
	Boşanmış	1.94	±	0.857				
Eğitim Düzeyi	İlkokul	2.18	±	0.911	1.50	±	0.416	0.020*
	Ortaokul	1.90	±	0.812	1.35	±	0.545	0.043*
	Lise	1.61	±	0.556	1.38	±	0.511	0.127
	Lisans ve Lisansüstü	1.55	±	0.839	1.00	±	0.000	0.114
Ailede Alkol Bağımlılığı	Var	1.95	±	0.853	1.60	±	0.529	0.536
	Yok	1.83	±	0.771	1.36	±	0.476	0.001**
Alkol Kullanımı	Var	2.03	±	0.877	1.26	±	0.369	0.0001**
	Yok	1.57	±	0.504	1.57	±	0.575	0.84
Alkol Kullanımı Sonrası Davranışlarda Değişiklik	Var	1.88	±	0.805	1.18	±	0.273	0.004**
	Yok	1.53	±	0.115	1.42	±	0.503	0.421

a. Mann Whitney U Test; * p< .05; ** p< .01

Medeni durumu evli olanları gruplara göre fiziksel ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.001<0.01). Alkol bağımlılığı olan evlilerin fiziksel ihmal ortalaması alkol bağımlılığı olmayan evlilerin fiziksel ihmal ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Medeni durumu bekar olanları gruplara göre fiziksel ihmal istismar travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.447>0.05$).

Eğitim düzeyi ilkokul mezunu olanların gruplara göre fiziksel ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.020<0.05$). Alkol bağımlılığı olan ilkokul mezunlarının fiziksel ihmal ortalaması, alkol bağımlılığı olmayan ilkokul mezunlarının fiziksel ihmal ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Eğitim düzeyi ortaokul mezunu olanların gruplara göre fiziksel ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.043<0.05$). Alkol bağımlılığı olan ortaokul mezunlarının fiziksel ihmal ortalaması, alkol bağımlılığı olmayan ortaokul mezunlarının fiziksel ihmal ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Eğitim düzeyi lise mezunu olanların gruplara göre fiziksel ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.127>0.05$).

Eğitim düzeyi lisans ve lisansüstü mezunu olanların gruplara göre fiziksel ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.114>0.05$).

Ailesinde alkol bağımlılığı olanların gruplara göre fiziksel ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.536>0.05$).

Ailesinde alkol bağımlılığı olmayanların gruplara göre fiziksel ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.001<0.01$). Alkol bağımlısı olup ailesinde alkol bağımlılığı olmayanların fiziksel ihmal ortalaması, alkol bağımlısı olmayıp ailesinde de alkol bağımlılığı olmayanların fiziksel ihmal ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir. Alkol kullanımı olanların gruplara göre fiziksel ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.0001<0.01$). Alkol kullanımı olup alkol bağımlılığı olanların fiziksel ihmal ortalaması, alkol kullanımı olup alkol bağımlılığı olmayanların fiziksel ihmal ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Alkol kullanımı olmayanların gruplara göre fiziksel ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.840>0.05$).

Alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların gruplara göre fiziksel ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.004<0.01$). Alkol bağımlılığı olup alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların fiziksel ihmal ortalaması, alkol bağımlılığı olmayıp alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların fiziksel ihmal ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olmayanların gruplara göre fiziksel ihmal travma değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0.421>0.05).

Tablo 3.2.7 Gruplara Göre Değişkenlerde Toplam Travma Düzeyi Karşılaştırılması

Değişkenler		Alkol Bağımlılığı Olanlar			Alkol Bağımlılığı Olmayanlar			
		Ortalama	±	Standard Sapma	Ortalama	±	Standard Sapma	p[a]
Medeni Durum	Evli	11.30	±	3.301	7.99	±	1.073	0.0001**
	Bekar	9.14	±	2.875	8.01	±	1.455	0.497
	Boşanmış	9.76	±	3.493				
Eğitim Düzeyi	İlkokul	11.46	±	4.127	8.57	±	1.115	0.016*
	Ortaokul	10.60	±	3.969	7.58	±	1.367	0.024*
	Lise	9.78	±	2.004	7.82	±	0.910	0.001**
	Lisans ve Lisansüstü	8.05	±	2.181	7.75	±	0.915	0.686
Ailede Alkol Bağımlılığı	Var	9.97	±	2.698	8.00	±	1.709	0.295
	Yok	10.51	±	3.553	7.99	±	1.104	0.0001**
Alkol Kullanımı	Var	11.10	±	3.781	7.82	±	1.190	0.0001**
	Yok	9.19	±	2.077	8.27	±	0.972	0.385
Alkol Kullanımı Sonrası Davranışlarda Değişiklik	Var	10.49	±	3.397	7.38	±	0.578	0.001**
	Yok	8.53	±	2.003	8.12	±	1.174	0.965

a. Mann Whitney U Test; * p< .05; ** p< .01

Medeni durumu evli olanları gruplara göre toplam travma düzeyi değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır (p=0.0001<0.01). Alkol bağımlılığı olan evlilerin toplam travma düzeyi ortalaması alkol bağımlılığı olmayan evlilerin toplam travma düzeyi ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Medeni durumu bekar olanları gruplara göre toplam travma düzeyi değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.497>0.05$).

Eğitim düzeyi ilkokul mezunu olanların gruplara göre toplam travma düzeyi değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.016<0.05$). Alkol bağımlılığı olan ilkokul mezunlarının toplam travma düzeyi ortalaması, alkol bağımlılığı olmayan ilkokul mezunlarının toplam travma düzeyi ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Eğitim düzeyi ortaokul mezunu olanların gruplara göre toplam travma düzeyi değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.024<0.05$). Alkol bağımlılığı olan ortaokul mezunlarının toplam travma düzeyi ortalaması, alkol bağımlılığı olmayan ortaokul mezunlarının toplam travma düzeyi ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Eğitim düzeyi lise mezunu olanların gruplara göre toplam travma düzeyi değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.001<0.01$). Alkol bağımlılığı olan lise mezunlarının toplam travma düzeyi ortalaması, alkol bağımlılığı olmayan lise mezunlarının toplam travma düzeyi ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Eğitim düzeyi lisans ve lisansüstü mezunu olanların gruplara göre toplam travma düzeyi değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.686>0.05$).

Ailesinde alkol bağımlılığı olanların gruplara göre toplam travma düzeyi değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.295>0.05$).

Ailesinde alkol bağımlılığı olmayanların gruplara göre toplam travma düzeyi değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.0001<0.01$). Alkol bağımlısı olup ailesinde alkol bağımlılığı olmayanların toplam travma düzeyi ortalaması, alkol bağımlısı olmayıp ailesinde de alkol bağımlılığı olmayanların toplam travma düzeyi ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Alkol kullanımı olanların gruplara göre toplam travma düzeyi değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.0001<0.01$). Alkol kullanımı olup alkol bağımlılığı olanların toplam travma düzeyi ortalaması, alkol kullanımı olup alkol bağımlılığı olmayanların toplam travma düzeyi ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Alkol kullanımı olmayanların gruplara göre toplam travma düzeyi değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.385>0.05$).

Alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların gruplara toplam travma düzeyi değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.001<0.01$). Alkol bağımlılığı olup alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların toplam travma düzeyi

ortalaması, alkol bağımlılığı olmayıp alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olanların toplam travma düzeyi ortalamasına göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Alkol kullanımı sonrasında davranışlarında değişiklik olmayanların gruplara göre toplam travma düzeyi değerleri ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.965>0.05$).

3.3. Alkol Bağımlıları Grubunda Ailede Alkol Bağımlılığı, İstismar ve İhmal Değişkenleri Karşılaştırmaları

Tablo 3.3.1 Alkol Bağımlıları Grubunda Ailede Alkol Bağımlılığı Olma Durumunun Karşılaştırması

Ailede Alkol Bağımlılığı			
Var		Yok	
n	%	n	%
12	24	38	76

Alkol bağımlılığı olanların 12 (%24)'sinin ailesinde alkol bağımlılığı bulunurken 38 (%76)'sının ailesinde alkol bağımlılığı bulunmamaktadır.

Tablo 3.3.2 Alkol Bağımlıları Grubunda Ailede Alkol Bağımlılığı, İstismar ve İhmal Değişkenleri Karşılaştırmaları

	Ailede Alkol Bağımlılığı				
	Var		Yok		p
	Ortalama	Standard Sapma	Ortalama	Standard Sapma	
Alkol Bağımlılık Düzeyi	32.75	8.058	31.92	8.509	0.909[a]
Duygusal İstismar	2.02	0.695	1.82	0.894	0.237[a]
Cinsel İstismar	1.27	0.365	1.22	0.685	0.190[a]
Fiziksel İstismar	1.62	0.944	1.47	0.914	0.742[a]
Duygusal İhmal	2.7	0.913	2.43	0.829	0.392[b]
Fiziksel İhmal	1.95	0.853	1.83	0.771	0.731[a]
Minimizasyon	0.42	0.669	1.37	1.239	0.018*[a]
Toplam Travma Düzeyi	9.97	2.698	10.51	3.553	0.937[a]

a. Mann Whitney U Testi; b.Student t-Test; * p< .05; ** p< .01

Alkol bağımlılığı olanların ailede alkol bağımlılığı durumuna göre alkol bağımlılık düzeyi, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal, minimizasyon ve toplam travma düzeyi incelemesi Tablo 3.3.2'de detaylı bir şekilde gösterilmektedir.

Alkol bağımlılığı olanların ailede alkol bağımlılığı durumuna göre alkol bağımlılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0.909>0.05).

Alkol bağımlılığı olanların ailede alkol bağımlılığı durumuna göre alkol bağımlılık düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0.909>0.05).

Alkol bağımlılığı olanların ailede alkol bağımlılığı durumuna göre duygusal istismar ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır (p=0.237>0.05).

Alkol bağımlılığı olanların ailede alkol bağımlılığı durumuna göre cinsel istismar ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.190>0.05$).

Alkol bağımlılığı olanların ailede alkol bağımlılığı durumuna göre fiziksel istismar ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.742>0.05$).

Alkol bağımlılığı olanların ailede alkol bağımlılığı durumuna göre duygusal ihmal ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.392>0.05$).

Alkol bağımlılığı olanların ailede alkol bağımlılığı durumuna göre fiziksel ihmal ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.731>0.05$).

Alkol bağımlılığı olanların ailede alkol bağımlılığı durumuna göre minimizasyon ortalamaları arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmaktadır ($p=0.018<0.05$). Ailede alkol bağımlılığı olmayanlarda minimizasyon değerleri ortalaması daha yüksektir.

Alkol bağımlılığı olanların ailede alkol bağımlılığı durumuna göre toplam travma düzeyleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır ($p=0.937>0.05$).

3.4. Alkol Kullanım Yaşı, Alkol Bağımlılık Düzeyi, Çocukluk Çağı Travma Çeşitleri, Minimizasyon ve Toplam Travma Düzeyinin Birbirleri Arasındaki İlişki

Tablo 3.4.1. Çocukluk Çağı Travma Çeşitleri, Alkol Bağımlılık Düzeyi, Yaş ve İlk Alkol Kullanım Yaşının Birbirleri Arasındaki İlişki

		İlk Alkol Kullanım Yaşı	MATT Alkol Bağımlılığı	Duygusal İstismar	Cinsel İstismar	Fiziksel İstismar	Duygusal İhmal	Fiziksel İhmal	Minimizasyon	Toplam Travma Düzeyi
İlk Alkol Kullanım Yaşı	r	1	-0.189	-0.121	-.235*	-0.031	0.044	-0.023	-0.046	-0.042
	p		0.06	0.229	0.018	0.761	0.665	0.82	0.646	0.677
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100
MATT Alkol Bağımlılığı	r	-0.189	1	.449**	.205*	.279**	.270**	.266**	-0.045	.422**
	p	0.06		0.0001	0.041	0.005	0.007	0.007	0.66	0.0001
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Duygusal İstismar	r	-0.121	.449**	1	0.19	.752**	.313**	.628**	-0.154	.732**
	p	0.229	0.0001		0.058	0.0001	0.002	0.0001	0.127	0.0001
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Cinsel İstismar	r	-.235*	.205*	0.19	1	0.157	0.117	.241*	-0.105	.350**
	p	0.018	0.041	0.058		0.118	0.246	0.016	0.298	0
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fiziksel İstismar	r	-0.031	.279**	.752**	0.157	1	.422**	.594**	-.217*	.688**
	p	0.761	0.005	0.0001	0.118		0.0001	0.0001	0.03	0.0001
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Duygusal İhmal	r	0.044	.270**	.313**	0.117	.422**	1	.520**	-.450**	.493**
	p	0.665	0.007	0.002	0.246	0.0001		0.0001	0.0001	0.0001
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Fiziksel İhmal	r	-0.023	.266**	.628**	.241*	.594**	.520**	1	-.206*	.821**
	p	0.82	0.007	0.0001	0.016	0.0001	0.0001		0.039	0.0001
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Minimizasyon	r	-0.046	-0.045	-0.154	-0.105	-.217*	-.450**	-.206*	1	0.084
	p	0.646	0.66	0.127	0.298	0.03	0.0001	0.039		0.409
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100
Toplam Travma Düzeyi	r	-0.042	.422**	.732**	.350**	.688**	.493**	.821**	0.084	1
	p	0.677	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.0001	0.409	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100

**. Korelasyon 0.01 düzeyinde anlamlıdır. *. Korelasyon 0.05 düzeyinde anlamlıdır. r : Pearson Korelasyonu

Tablo 3.4.1'de korelasyon analizi sonuçları yer almaktadır.

İlk alkol kullanım yaşı ile duygusal istismar arasında r=-0.121 düzeyinde negatif istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan bir ilişki vardır (p=0.229>0.05).

İlk alkol kullanım yaşı ile cinsel istismar arasında r=-0.235 düzeyinde negatif istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p=0.018<0.05).

İlk alkol kullanım yaşı ile fiziksel istismar arasında r=-0.031 düzeyinde negatif istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan bir ilişki vardır (p=0.761>0.05).

İlk alkol kullanım yaşı ile duygusal ihmal arasında r=0.044 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan bir ilişki vardır (p=0.665>0.05).

İlk alkol kullanım yaşı ile fiziksel ihmal arasında r=-0.023 düzeyinde negatif istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan bir ilişki vardır (p=0.82>0.05).

İlk alkol kullanım yaşı ile minimizasyon arasında r=-0.046 düzeyinde negatif istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan bir ilişki vardır (p=0.646>0.05).

İlk alkol kullanım yaşı ile toplam travma düzeyi arasında r=-0.042 düzeyinde negatif istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan bir ilişki vardır (p=0.229>0.05).

Alkol bağımlılık düzeyi ile duygusal istismar arasında r=0.449 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.0001<0.01).

Alkol bağımlılık düzeyi ile cinsel istismar arasında r=0.205 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p=0.041<0.05).

Alkol bağımlılık düzeyi ile fiziksel istismar arasında r=0.279 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.005<0.01).

Alkol bağımlılık düzeyi ile duygusal ihmal arasında r=0.270 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.007<0.01).

Alkol bağımlılık düzeyi ile fiziksel ihmal arasında r=0.266 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.007<0.01).

Alkol bağımlılık düzeyi ile minimizasyon arasında r=-0.045 düzeyinde negatif istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan bir ilişki vardır (p=0.66>0.05).

Alkol bağımlılık düzeyi ile toplam travma düzeyi arasında r=0.422 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.0001<0.01).

Duygusal istismar ile cinsel istismar arasında r=0.19 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan bir ilişki vardır (p=0.058>0.05).

Duygusal istismar ile fiziksel istismar arasında r=0.752 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.0001<0.01).

Duygusal istismar ile duygusal ihmal arasında r=0.313 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.002<0.01).

Duygusal istismar ile fiziksel ihmal arasında r=0.628 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.0001<0.01).

Duygusal istismar ile minimizasyon arasında r=-0.154 düzeyinde negatif istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan bir ilişki vardır (p=0.127>0.05).

Duygusal istismar ile toplam travma düzeyi arasında r=0.732 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.0001<0.01).

Cinsel istismar ile fiziksel istismar arasında r=0.157 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan bir ilişki vardır (p=0.118>0.05).

Cinsel istismar ile duygusal ihmal arasında r=0.117 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan bir ilişki vardır (p=0.246>0.01).

Cinsel istismar ile fiziksel ihmal arasında r=0.241 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p=0.016<0.05).

Cinsel istismar ile minimizasyon arasında r=-0.105 düzeyinde negatif istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan bir ilişki vardır (p=0.298>0.05).

Cinsel istismar ile toplam travma düzeyi arasında r=0.350 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.0001<0.01).

Fiziksel istismar ile duygusal ihmal arasında r=0.422 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.0001<0.01).

Fiziksel istismar ile fiziksel ihmal arasında r=0.594 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.0001<0.01).

Fiziksel istismar ile minimizasyon arasında r=-0.217 düzeyinde negatif istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p=0.03<0.05).

Fiziksel istismar ile toplam travma düzeyi arasında r=0.688 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.0001<0.01).

Duygusal ihmal ile fiziksel ihmal arasında r=0.520 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.0001<0.01).

Duygusal ihmal ile minimizasyon arasında r=-0.450 düzeyinde negatif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.0001<0.01).

Duygusal ihmal ile toplam travma düzeyi arasında r=0.493 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.0001<0.01).

Fiziksel ihmal ile minimizasyon arasında r=-0.206 düzeyinde negatif istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki vardır (p=0.039<0.05).

Fiziksel ihmal ile toplam travma düzeyi arasında r=0.821 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak ileri düzeyde anlamlı bir ilişki vardır (p=0.0001<0.01).

Minimizasyon ile toplam travma düzeyi arasında r=0.084 düzeyinde pozitif istatistiksel olarak anlamlı bulunmayan bir ilişki vardır (p=0.409>0.05).

4. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu çalışmada, çocukluk çağında yaşanılan travmaların, alkol bağımlılığı ile olan ilişkisi araştırılmıştır. Bu doğrultuda kişilerin, çocukluk çağında yaşanılan travmalar sonucunda bağımlılık geliştirip geliştirmediklerine dair bilgi toplanması hedeflenmiştir. Çalışmanın bu bölümünde, araştırmanın temel amacına ulaşmak üzere yanıtı aranan araştırma sorularına uygun olarak yapılan analizlerden elde edilen doğrultusunda tartışılmıştır.

Çalışmaya alınan katılımcıların tamamı erkektir. Bu durum çalışmanın yapıldığı dönemde serviste yatmakta olan kadın hasta sayısının sadece az olmasından kaynaklanmaktadır. Ülkemizde yapılan araştırmalarda da benzer sonuçlar ile karşılaşılmıştır (Arıkan ve Coşar, 1996). Işıklı ve Irak (2002) tarafından, Türkiye'deki 72 ilde, 7680 kişiyle yürütülen araştırmanın sonuçları da, alkol kullanım oranlarının, erkeklerde kadınlara göre daha yüksek olduğunu göstermiştir. Bununla birlikte, bağımlılık riski taşıyan grupta yer alan bireylerin de çoğunlukla erkek olduğu dikkat çekmiştir (aktaran Gürdil, 2007). Bu durumun ülkemizde kadınların alkol kullanımının erkeklere oranla daha çok damgalanıyor olmasının, kadınların alkol kullanımını azaltıyor olmasından ya da alkol kullanımının gizlenmesinden kaynaklanıyor olabileceği düşünülmektedir (Arıkan ve Coşar, 1996;

Evren ve ark., 2003). Ayrıca yapılmış olan başka bir çalışmaya göre, alkol bağımlısı erkeklerin tedaviye daha çok başvurdukları ve bu başvuruyu genellikle eşlerinin sağladığı görülmektedir (Arıkan ve ark., 1996).

Bu araştırmada, alkol bağımlılığı ile medeni durum arasındaki ilişki incelendiğinde, alkol bağımlılığı olanlarda boşanmış katılımcı görülme oranı yüksek iken, alkol bağımlısı olmayanlarda evli katılımcı görülme oranı yüksek olduğu görülmektedir. Ülkemizde yapılmış olan bir çalışmanın sonuçları da bu araştırma ile paralellik göstermektedir (Arıkan ve Coşar, 1996; Mırsal ve ark., 2004). Arıkan ve Coşar'ın (1996) yaptığı çalışmaya göre; hem düzenli içicilerde, hem de bağımlılarda, evlilik oranının yüksek olmasına rağmen, boşanma ve aile sorunları bağımlı ve düzenli içicilerde anlamlı ölçüde yüksek saptanmıştır. Ayrıca, Arıkan ve arkadaşlarının (1996) yaptığı bir başka araştırmada da alkol bağımlılarının en sık boşanmışlar grubunda yer aldığı görülmüştür. Bu durum alkol bağımlılığının, aile problemlerini arttırdığı ve boşanma ile sonuçlandığını düşündürmektedir (Arıkan ve ark., 1996).

Alkol bağımlısı olanlar ile olmayanların alkol kullanım dağılımları beklenmedik bir şekilde eşit çıkmıştır. Bunun nedeninin araştırmada yer alan alkol bağımlısı grubun, araştırma yapıldığı sırada yatarak tedavi görmeleri nedeniyle alkol kullanımlarının olmadığı yönünde cevap vermelerinden kaynaklandığı düşünülmektedir.

Araştırmada alkol bağımlısı olanların her gün alkol kullanım oranı, alkol bağımlısı olmayanlara göre daha yüksek bulunmuştur. Bu bulgular literatür ile

uyummludur. Sıklıkla tekrarlanan alkol kullanımı alkol bağımlılığına yol açabilmekteidr (Schuckit, 2000).

Alkol bağımlılığı olan grubun ilk alkol kullanım yaşı ortalamaları, alkol bağımlılığı olmayan grubunkine göre daha düşük olduğu bulunmuştur. Bu bulgu literatür ile de uyumludur. Yapılmış olan yurtdışı çalışmalarında, alkole başlama yaşının küçük olmasının alkolizm düzeyini yükselttiği görülmüştür (Dooley ve Prause, 2006; Prescott ve Kendler, 1999; Schäfer ve ark., 2007). Prescott ve Kendler (1999), erken yaşta alkol kullanımı ile alkol bağımlılığı arasında yüksek derecede ilişki bulmuşlardır (Prescott ve Kendler, 1999). Dooley ve Prause (2006), erken yaşta alkol kullanımının, alkol bağımlılığı riskinin artmasında önemli bir etken olduğunu belirtmişlerdir (Dooley ve Prause, 2006).

Bu çalışmada, alkol bağımlılığı olanların çocukluk çağı travmaları düzeyi, alkol bağımlılığı olmayanların çocukluk çağı travmaları düzeyine göre yüksektir. Araştırmanın bu bulguları literatürdeki birçok çalışma ile uyum göstermektedir (Enoch ve ark., 2010; Felitti ve ark., 1998; Higley ve ark., 1991; Nelson ve ark., 2006; Rothman ve ark., 2008; Shin ve ark., 2009; Wu ve ark., 2010). Ülkemizde Mırsal ve arkadaşları (2004) tarafından yapılan alkol bağımlılığı ve çocukluk çağı travmaları ilişkisini araştıran çalışmanın sonuçları da, bu araştırmanın sonuçlarını desteklemektedir (Mırsal ve ark., 2004). Felitti ve arkadaşlarına (1998) göre, çocukluk çağında yaşanan travmalar, yetişkinlikte alkolizm riskini 4-12 kat arasında yükseltmektedir (Felitti ve ark., 1998). Wu ve arkadaşlarının (2010) yaptığı araştırmaya göre ise, yaşanan her çocukluk çağı travma yaşantısı, ömür boyu alkol bağımlılığı riskini %16 artırmaktadır (Wu ve ark., 2010).

Yargıç ve arkadaşlarının (1994) yaptığı araştırmalar sonucunda, çocukluk çağı travmalarının yetişkinlikteki psikolojik sorunları arttırdığı görülmüştür (Yargıç ve ark., 1994). Khantzian'ın (2003) kendini tedavi hipotezine göre alkolün stresi azaltması, alkol kullanımının tekrarlanarak pekişmesine ve bunun sonucunda da alkol bağımlılığına yol açabilmektedir.

Bu bulgulara bakıldığında, çocukluk çağında yaşadıkları travmalar sonucunda psikolojik veya biyolojik kırılganlığı olan bireylerin, alkolü stresi azaltmak için kullandıkları söylenebilir. Bu bireyler, alkolü, yaşadıkları sıkıntılara karşı güçlü bir destek olarak görebilmekte, bu da alkol kullanımının artmasına neden olabilmektedir. Bu bilgiler ışığında, çocukluk çağı travmalarının bireylerdeki alkol bağımlılığını arttırması beklendik bir sonuçtur.

Araştırma bulgularına göre, alkol bağımlılığı olan grubun duygusal istismar düzeyi alkol bağımlısı olmayanlara göre yüksektir (Hyman ve ark., 2006; Moran ve ark., 2004). Moran ve arkadaşlarına (2004) göre, duygusal istismar yaşantısı, yüksek oranda alkol ve madde kullanımına sebep olmaktadır. Hyman ve arkadaşlarına (2006) göre ise, alkol ve madde kullanımı, çocukluk çağlarında duygusal istismar öyküsü bulunan erkeklerde daha sık rastlanmaktadır. Akfert ve arkadaşlarına (2009) göre ise bireylerin çocukluk yaşantılarında, ebeveynin kendi istek ve görüşlerini kabul ettirebilmek için yaptıkları baskı, yani duygusal istismarı ve katı disiplin anlayışı, ileriki yaşamda alkol ve madde denemede koruyucu değil, aksine riski arttıran bir etken olarak dikkat çekmektedir. (Akfert, Çakıcı ve Çakıcı, 2009). Araştırma sonunda elde edilen bulgular da literatürü destekler niteliktedir.

Literatürde de, çocukluk çağında duygusal istismara uğrayan kişilerin ileriki yıllarda, depresyon, yoğun kaygı, düşük benlik algısı, yetersiz sosyal ilişkilere sahip oldukları gösterilmiştir (Erkman, 1999). Alkolün kaygı ve sıkıntıyı azaltan etkileri, bilinçdışı stresi azalttığı ve üst benlik ile başa çıkmaya yardımcı olduğu iddia edilmektedir (Kalyoncu, 2010; Schuckit, 2000). Buna göre, çocukluk çağında duygusal istismara uğramış olan bireylerin, alkolü stres azaltıcı olarak kullandıkları söylenebilir. Dolayısıyla, bu olasılık dahilinde, bu tez çalışması, duygusal istismar ve stresle baş etme arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalara bu açıdan fikir sağlayıcı nitelikte olabilir.

Araştırma bulgularına göre, alkol bağımlılığı olan grubun fiziksel istismar düzeyleri, alkol bağımlısı olmayan grubun fiziksel istismar düzeylerinden anlamlı şekilde yüksektir. Bu bulgu, literatür tarafından desteklenmektedir (Afifi ve ark., 2006; MacMillan ve ark., 2001; Brown ve ark., 1991; Frias-Armenta; 2002). Afifi ve arkadaşlarının (2006) yaptığı çalışmaya göre, çocuklukta yaşanan fiziksel istismar, ileriki yaşantıda alkol bağımlılığını arttırmaktadır. MacMillan ve arkadaşlarının (2001) yaptığı çalışmada da fiziksel istismarın ileriki yaşantıda alkol kullanımını arttırdığı bulunmuştur (MacMillan ve ark., 2001). Frias-Armenta'nın (2002) yaptığı çalışmaya göre, çocukluk çağında fiziksel istismar öyküsü bulunan bireylerin, ileriki yaşlarında alkol kullandıkları gözlenmiştir (Frias-Armenta, 2002). Aksoy ve Ögel'e (2003) göre, fiziksel istismara uğrayan kişilerin sıkıntılarını kontrol etmek ve kendilerini cezalandırmak için kendine zarar verdikleri gözlenmiştir. Kendine zarar veren kişilerin %90'ında alkol ve madde kullanımı olduğu ve bu kullanımın büyük oranda bağımlılık düzeyinde olduğu saptanmıştır (Aksoy ve Ögel, 2003). Caetano ve arkadaşlarına (2003) göre fiziksel istismara uğramış çocukların psikolojik sıkıntı

seviyelerinin yükseldiği görülmektedir. Bu sıkıntı seviyesinin artması sebebiyle, ileriki yaşantılarında alkol ve madde kullanımı artmaktadır. (Caetano, Field, ve Nelson, 2003).

Bu bulgular ışığında, bireylerin çocukluk çağında yaşadıkları fiziksel istismarın, ileriki yaşantılarında psikolojik sıkıntıları ve psikiyatrik bozuklukları arttırdığı söylenebilir. Psikolojik sıkıntıları azaltmak için, kişilerin alkol kullandığı ve alkol kullanımı stresi azalttıkça, kişi için negatif bir pekiştireç oluşturarak alkol kullanımının artmasına sebep olduğu, bu durumun tekrarlanması sonucunda ise alkol bağımlılığı geliştiği düşünülmektedir (Maisto ve ark., 1999).

Yapılan çalışmalar, çocukluk çağında ihmale uğramış kişilerin, ileriki yıllarda alkol bağımlılığına daha meyilli olduğunu göstermektedir (Barnes, Reifman, Farrell, ve Dintcheff, 2000; Clark, Neighbors, Lesnick, Lynch, ve Donovan, 1998; Steinberg, Fletcher, ve Darling, 1994). Barnes ve arkadaşlarının (2000) ve Steinberg ve arkadaşlarının (1994) yaptıkları çalışmalarda, yetersiz ebeveyn bakımının, yani ihmalkar ebeveyn davranışlarının, ileriki yaşlarda alkol kullanım bozukluklarını arttırdığı bulunmuştur (Barnes ve ark., 2000; Steinberg ve ark., 1994). Wood ve arkadaşlarının (2004) yaptıkları araştırmada ise ebeveynin yeterli bakım vermesinin, ergenlerdeki alkol ve madde kullanımındaki akran etkisini azalttığı görülmüştür (Wood, Read, Mitchell ve Brand, 2004). Clark ve arkadaşlarının (1998) yaptığı araştırmaya göre, ihmale uğramış kişilerin, uğramamış kişilere göre, alkol kullanım bozukluklarına daha yatkın olduğu görülmektedir (Clark ve ark., 1998). Bu bulgular bu araştırma ile benzerlik göstermektedir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre, alkol bağımlısı olan grubun ihmal düzeyleri, alkol bağımlısı olmayan grubun ihmal

düzeyinden yüksek olarak bulunmuştur. Alkolün keyif alma, sosyalliği arttırma gibi etkileriyle ilgili beklenti ve ilk alkol kullanımından sonra bu beklentinin desteklenmesi, daha sonra tekrar alkol kullanımını kolaylaştırarak, alkol kullanımın artmasına neden olmaktadır (aktaran Pur, 2009; Schutkit, 2000). Ailenin ihmalkâr davranışları, kişilerin alkol ve madde kullanımına daha kolay yönelmesine ve alkolün keyif alma, sosyalliği arttırma etkisiyle, alkol kullanımının artması ve alkol bağımlılığının gelişmesine neden olabileceği düşünülmektedir. Araştırmada, hem fiziksel, hem de duygusal ihmale uğrayan kişilerin alkol bağımlılığı düzeyinin yüksek olduğu bulunmuştur. Ancak literatürdeki araştırmalar, fiziksel ve duygusal ihmali sadece ihmal altında toplamaktadır. Bunun nedeni, fiziksel ve duygusal ihmalin ayrımının kolay olmamasından kaynaklandığı düşünülmektedir.

Literatürde, çocukluk çağında cinsel istismara uğrayan kişilerin, yetişkinlikte alkol ve madde kullanımı gibi riskli davranışları, bu tip bir istismar öyküsü olmayanlara göre daha fazla sergilediklerini ortaya koymaktadır (Brems ve ark., 2004; Felitti ve ark., 1998; Zierler ve ark., 1991). Widom ve Morris'e (1997) göre, erkeklerinde kızlara göre, çok daha az cinsel istismar öyküsüne rastlanmaktadır (Widom ve Morris, 1997). Zierler ve arkadaşlarına (1991) göre ise,çocukluk döneminde cinsel istismara uğramak, kadınlarda alkol kullanımını arttırmaktadır. Çocukluk çağında yaşanan cinsel istismarın yetişkinlikte, özellikle kadınlarda, alkol bağımlılığına yol açtığı görülmektedir. Alkol bağımlısı erkeklerin, kadınlar kadar cinsel istismar öyküsü bildirmediği dikkat çekmektedir (Brems ve ark., 2004; Davis ve Wood, 1999).

Bu çalışmada, çocukluk çağında yaşanan cinsel istismar ile alkol bağımlılığı arasında bir ilişki saptanamamıştır. Bu durumun, araştırmaya sadece erkeklerin dâhil edilmiş olmasından kaynaklandığı düşünülmektedir. Cinsel istismara uğrayan erkeklerin, homoseksüel olarak damgalanmaktan çekinmeleri nedeniyle, bu durumu saklama eğiliminde olmaları da (Zoroğlu ve ark., 2001), araştırmanın sonuçlarını etkilemiş olabileceği düşünülmektedir. Bunlara ek olarak, erkekler yaşadıkları cinsel istismarı, duygusal ve fiziksel istismar olarak da yansıtmış olabilmektedirler. Cinsel istismarı, daha net ifade edebilecek bir ölçek geliştirilmesi halinde daha iyi sonuçlar elde edilebileceği düşünülmektedir.

Araştırmanın bulgularına göre, cinsel istismar düzeyi arttıkça, ilk alkol kulanım yaşının düştüğü bulunmuştur. Ancak diğer istismar ve ihmal düzeyleri arttıkça, ilk alkol kullanım yaşının, beklenenin tersine düşmediği gözlenmiştir. Bu bulgu literatür ile kısmen uyuşmaktadır (Clark, Bellis, Lynch, Cornelius ve Martin, 2003; Moran ve ark., 2004; Rothman ve ark., 2008). Clark ve arkadaşlarına (2008) göre, çocukluk çağında yaşanan cinsel ve fiziksel istismar, ilk alkol kullanmaya başlama yaşını düşürmektedir. Rothman ve arkadaşlarının (2008) yaptığı araştırmaya göre, çocukluk çağında travma yaşamış bireyler, çocukluk çağında travma yaşamamış bireylere göre, daha erken yaşta alkol almaya başladıkları ve problemleriyle başa çıkabilmek için içmeye daha meyilli olduklarını bulmuştur. Ayrıca bu kişilerin zevkten ve sosyalleşmekten ziyade problemleriyle başa çıkmak için içmeye daha meyilli olduğu sonucuna varmışlardır (Rothman ve ark., 2008).

İstismar türleri arasında unutulması, hafızadan silinmesi en zor olanı ise, cinsel istismardır. Cinsel istismar çocuğun vücut bütünlüğüne de saldırı olduğundan

kişide travmaya neden olabilmektedir (Yılmaz, 2009). Burada alkolün kaygı ve sıkıntı gibi hoş olmayan duyumları ortadan kaldırma yetkisinden faydalanılmakta, diğer yandan da kişiyi rahatsız edici anıları ortadan kaldırılmaktadır (Kalyoncu, 2009). Çocukluk döneminde yaşanan cinsel istismarın neden olduğu unutulması oldukça güç olan anılarla baş edebilmek ve bu anıları ortadan kaldırabilmek için kişilerin, daha erken yaşta alkol kullanımına neden olduğu düşünülmektedir.

Araştırmamıza göre, diğer istismar ve ihmal türlerinin beklendiği gibi ilk alkol kullanım yaşını düşürdüğüne dair bir bulgu elde edilememiştir. Bunun araştırmaya alınan örneklem grubundaki kişi sayısının az olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Araştırmada alkol bağımlılığı olan evli bireylerin duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal ve fiziksel ihmal ortalamaları, alkol bağımlılığı olmayan evli bireylere göre daha yüksektir. Bu bulgular literatür ile uyuşmamaktadır. Colman ve Widom (2004) yaptıkları araştırma sonucunda, çocukluk çağında istismar ve ihmal yaşayan bireylerin yetişkinlik yıllarında ilişkilerinde sorunlar yaşadıklarını ve evliliklerinin daha çok boşanma ile sonuçlandığını bulmuşlardır (Colman ve Widom, 2004). Ayrıca alkol bağımlılığında aile problemlerinin ve boşanma oranlarının yükseldiği görülmüştür (Arıkan ve Coşar, 1996; Mırsal ve ark., 2004). Araştırmanın literatür ile uyuşmamasının sebebinin, araştırmaya alınan örneklem grubunun sayısının kısıtlı olmasından kaynaklanmış olabileceği düşünülmektedir.

Bu araştırmada, ailesinde alkol bağımlılığı olan grubun alkolizm düzeyinin ailesinde alkol bağımlılığı olmayan gruba göre yüksek olduğu saptanmıştır. Bu

sonuçlar literatür ile uyumludur (Abay ve Ateş, 2001; Arıkan ve Coşar, 1996; Coşar ve ark., 1996; İlhan ve ark., 2002; Schuckit, 2000). Ailede alkol kullanım öyküsü, bağımlılık nedenleri arasında önemli etkenlerden biri olarak gösterilmektedir (Chassin, Rogosch ve Barrera, 1991). Birçok çalışmada ailede alkol kullanımının varlığının kişinin gelecekte alkol bağımlılığı geliştirmesinde güçlü bir belirleyici olduğu bildirilmiştir (Kandel ve Andrews, 1987). Schuckit ve arkadaşlarının (1987), yaptığı çalışmaya göre, birinci derece akrabalarında alkol bağımlılığı olan kişilerin, alkole daha yüksek direnç gösterdiği görülmektedir (aktaran Öztürk ve Uluşahin, 2008). Bu durum alkol bağımlılığında genetik yatkınlığın önemli bir rol oynadığını düşündürmektedir. Ayrıca ailede alkol kullanımının olması, alkol kullanan bireyin model olarak alınmasının da kişinin alkol kullanmaya başlamasında etkisi olduğuna işaret edebilmektedir (İlhan ve ark., 2002).

Literatürle ve bu çalışmanın hipoteziyle tutarlı bir şekilde, araştırmaya katılmış olan tüm katılımcıların (alkol bağımlılığı olan ve olmayan) dahil olduğu örneklem grubu için, ailede alkol bağımlılığı olmayanlar, olanlara göre anlamlı düzeyde yüksektir.

Alkol bağımlısı olanların ailesinde alkol bağımlılığı görülme oranı, alkol bağımlısı olmayanların ailesinde alkol bağımlılığı görülme olasılığından fazladır. Fakat alkol bağımlısı olan grup içinde, ailesinde alkolizm görülme oranı, alkolizm görülmeme oranına göre daha düşük olarak bulunmuştur.

Ailesinde alkol bağımlılığı olmayanların gruplara göre duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve toplam travma değerleri

ortalaması arasında farklılık bulunmaktadır. Ailesinde alkol bağımlılığı olmayan alkoliklerin duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve toplam travma düzeyleri, ailesinde alkol bağımlılığı olmayan alkolik olmayan kişilerin duygusal istismar, fiziksel istismar, duygusal ihmal, fiziksel ihmal ve toplam travma düzeylerine göre yüksektir. Ayrıca ailesinde alkol bağımlısı olan alkolikler ile ailesinde alkol bağımlısı olmayan alkolikler arasında alkolizm düzeyleri arasında anlamlı bir farklılık bulunmamaktadır. Alkolizmde ailesel geçişi yadsımamakla birlikte, bu araştırma sonuçları, çocukluk çağı travmalarının bireylerde alkol bağımlılığına neden olan önemli bir faktör olduğunu düşündürmektedir. Dolayısıyla, bu örneklem grubu için alkol bağımlılığının, ailesel geçişten çok çocukluk çağı travmalarına dayandığını söylemek mümkün olabilir.

Bu araştırmanın sınırlılıklarından biri, araştırma örnekleminin sadece erkeklerden oluşması ve sonuçların sadece erkekler için geçerli olmasıdır. Bunun nedeni araştırmanın yürütüldüğü dönemde serviste yatan kadın hasta sayısının sadece 6 kişi ile sınırlı olasından kaynaklanmaktadır

Araştırmanın sınırlılıklarında bir diğeri ise, sadece İstanbul, BRSHH'nin AMATEM servisinde alkol bağımlılığı tanısı ile yatan hastalardan oluşmasıdır. Bu durum, İstanbul'da ve İstanbul dışında da alkol bağımlılığı servisi olan diğer hastanelerin dahil edildiği daha geniş çaplı bir araştırma ile çözülebilir. Ayrıca araştırma sınırlılıklarından bir diğeri de, bu araştırmanın 2010 yılı ile sınırlı olmasıdır.

Araştırmada kullanılan ölçek ile ilgili bazı özelliklerin de çalışmada bazı sınırlılıklar oluşturduğu düşünülmektedir. Çocukluk çağında yaşanan travmaların sorgulanması sürecinde, örneklem grubunu oluşturan kişilerin geçmiş travma anılarının tekrar hatırlatılıp, bu anıların yarattığı sıkıntıların alevlenebilme ihtimali, etik açıdan bir sınırlılığa yol açabilmektedir. Çalışma sonrasında bu kişilere dönüş yapılıp, kendilerine böyle bir sorun olduğu taktirde yardım önerisinde bulunulması, bu sorunu nispeten hafifletebilecektir. Bunun bu araştırmada yapılmamış olması çalışmanın zayıf kalan bir yönünü oluşturmaktadır. Ayrıca Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin bir sınırlılığı da, ölçeğin istismar ve ihmal kavramlarını yurt dışında kullandığı şekilde tanımlıyor olmasıdır. Bu kavramlar sosyokültürel anlamda sınırları net bir şekilde tanımlanması ve ortaya konması zor olan kavramlardır. Bu sebeple çalışmanın sonuçları değerlendirilirken bu hususa da dikkat çekilmesi gerekmektedir.

Daha sağlıklı sonuçlar elde edebilmek için örneklem grubunun daha çok katılımcı ile araştırmaya dahil edilmesi gerekmektedir. Bu araştırma daha detaylı çalışmalara ışık tutmakla birlikte, daha geniş bir örneklemle yapılan bir çalışma bu konuyla ilgili sınırlılıklardan birini ortadan kaldırmaya yardımcı olacaktır.

5.BÖLÜM

KAYNAKLAR

Abay, E. ve Ateş, İ. (2001). Bağımlılığın Genetiği. *Bağımlılık Dergisi*, 2(2), 68-70.

Afifi, T.O., Brownridge, D.A., Cox, B.J. & Sareen, J. (2006). Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse and Neglect*, 30(10), 1093-1103.

Akfert, S. K., Çakıcı, E. ve Çakıcı, M. (2009). Üniversite öğrencilerinde sigara – alkol kullanımı ve aile sorunları ile ilişkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(1), 40-47.

Aksoy, A., & Ögel, K. (2003). Kendine zarar verme davranışı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 4(4), 226-236.

Aktepe, E. (2009). Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikolojide Güncel Yaklaşımlar*, 1(2), 95-119.

Amerikan Psikiyatri Birliği. (1998). *Mental bozuklukların tanısal ve sayımsal el kitabı, dördüncü baskı (DSM-IV)* (Çev. Ed. Köroğlu, E.). Ankara: Hekimler Yayın Birliği. (Eserin orijinali 1994'te yayımlandı).

Anda, R.F., Felitti, V.J., Bremner, J.D., Walker, J.D., Whitfield, C., Perry, B.D., ve ark. (2006). The enduring effects of abuse and related adverse experiences in childhood. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(3), 174-186.

Aral, N., Gürsoy, F. (2001). Çocuk hakları çerçevesinde çocuk ihmali ve istismarı. *Milli Eğitim Dergisi*, 151, 36-39.

Arellano, C. M. (1996). Child maltreatment and substance use: A review of the literature. *Substance Use and Misuse*, 31(7), 925–927.

Arıkan, Z., Coşar, B. (1996). Alkol bağımlılığına demografik ve epidemiyolojik bir bakış. *Kriz Dergisi*, 4(2), 81-91.

Arıkan, Z., Coşar, B., Işık, A., Candansayar, S. ve Işık, E. (1996). Yarı kentsel bir bölgede alkolizm prevelansı. *Kriz Dergisi*, 4(2), 93-100.

Ayan, S. (2007). Aile çinde şiddete uğrayan çocukların saldırganlık eğilimleri. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 8(3), 206-214.

Aydemir, Ö. ve Köroğlu, E. (Ed). (2006). Psikiyatride kullanılan klinik ölçekler. Ankara: MedicoGrphics.

Bahar, G., Savaş, H.A., Bahar, A. (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: Bir gözden geçirme. *Fırat Sağlık Hizmetleri Dergisi*, 4(12), 51-65.

Bendixen, M., Muus, K.M., & Schei, B. (1994). The impact of child sexual abuse--a study of a random sample of Norwegian students. *Child Abuse and Neglect*, 18(10), 837-847.

Bernet, W. (2000). Child Maltreatment. B.J. Sadock & V.A. Sadock (ed.), *Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry 7th Edition* içinde, Philedelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers .

Bernstein, D.P., Ahluvalia, T., Pogge, D., & Handelsman, L. (1997). Validity of the Childhood Trauma Questionnaire in an adolescent psychiatric population. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(3), 340-348.

Bernstein, D.P., & Fink, L. (1998). Childhood Trauma Questionnaire, a retrospective self-report: Manual. San Antonio, TX: Psychological Corporation.

Bernstein, D.P., Stein, J.A., Newcomb, M.D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ve ark. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire . *Child Abuse and Neglect*, 27(2), 169-190.

Bilir, Ş., Arı, M., Dönmez, N.B. ve Güneysu, S. (1999). 4-12 yaşları arasında 16100 çocukta, örselenme durumları ile ilgili bir inceleme. Konanç, E., Gürkaynak, İ. ve Egemen, A. (Ed), *Çocuk istismarı ve ihmali* içinde (sf. 9-18). Ankara: Pelin Ofset.

Bostancı, N., Albayrak, B., Bakoğlu, İ. ve Çoban, Ş. (2006). Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. *New/Yeni Symposium Journal*, 44(2), 100-106.

Brems, C., Johnson, M. E., Neal, D., & Freemon, M. (2004). Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(4), 799–821.

Briere, J., & Elliott, D.M. (2003). Prevalence and psychological sequelae of self-reported childhood physical and sexual abuse in a general population sample of men and women. *Child Abuse and Neglect*, 27(10), 1205-1222.

Brown, G.R. & Anderson, B. (1991). Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *The American Journal of Psychiatry*, 148(1), 55-61.

Brown, S., & Yalom, I. (2008). *Alkolizm terapisi*. (Çev. T. Kazmirci). İstanbul: Prestij Yayınları. (Eserin orijinali 1995'de yayımlandı).

Bulut, I. (1996). *Genç anne ve çocuk istismarı*. Ankara: Bizim Büro

Butchart, A., Kahane, T., Phinney-Harvey, A., Mian, M., & Furniss, T. (2006). *Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence.* Geneva: World Health Organization and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect

Caetano, R., Field, C. A., & Nelson, S. (2003). Association between childhood physical abuse, exposure to parental violence and alcohol problems in adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(3), 240-257.

Chassin, L., Rogosch, F. & Barrera, M. (1991). Substance use and symptomatology among adolescent children of alcoholics. *Journal of Abnormmal Psychology*, 100(4), 449-163.

Clark, D.B., De Bellis, M.D., Lynch, K.G., Cornelius, J.R., & Martin, C.S. (2003). Physical and sexual abuse, depression and alcohol use disorders in adolescents: onsets and outcomes. *Drug and Alcohol Dependence*, 69(1), 51-60.

Clark, R.E., Freeman Clark, J. & Adamec C. (2007). *The encyclopedia of child abuse*. New York: Facts On File, Inc. An imprint of Infobase Publishing.

Colman, R.A. & Widom, C.S. (2004). Childhood abuse and neglect and adult intimate relationships: a prospective study. *Child Abuse and Neglect*, 28(11), 1133-1151.

Coşar, B., Arıkan, Z., Hiçyılmaz, N., Kuruoğlu, A., Sertcan, Y. ve Işık, E. (1996). Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi alkol tedavi ünitesinde yatarak tedavi gören 7000 alkol bağımlısının demografik, sosyokültürel, bireysel özelliklerinin ve hastalığı algılama biçimlerinin değerlendirmesi. *Kriz Dergisi*, 4(2), 105-112.

Coşkunol, H. ve Altıntoprak, E. (1999). Alkol kullanımının genetik yönleri. *Klinik Psikiyatri*, 2(4), 222-229.

Coşkunol, H., Bağdiken, İ., Sorias, S. ve Saygılı, R. (1995). Michigan alkolizm tarama testinin (MATT) geçerliliği. *Ege Tıp Dergisi*, 34(1-2), 15-18.

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

Davis, T.M., & Wood, P.S. (1999). Substance abuse and sexual trauma in a female veteran population. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 16(2), 123-127.

Dooley, D., & Prause, J. (2006) Predictors of early alcohol drinking onset. *Journal of Child Adolescent Substance Abuse*, 16(2), 1–29.

Douglas, H. (1991). Assessing violent couples. *Families in Society*, 72(9), 525-535.

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

Dube, S.R., Miller, J.W., Brown, D.W., Giles, W.H., Felitti, V.J., Dong, M., ve ark. (2006). Adverse childhood experiences and the association with ever using alcohol and initiating alcohol use during adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 38(4), 444.e1-10.

Durmuşoğlu, N. & Doğru, S.S.Y. (2006). Çocukluk örseleyici yaşantılarının ergenlikteki yakın ilişkilerde bireye etkisinin incelenmesi. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*, 15, 237-247.

Ekuklu, G., Deveci, S., Eskiocak, M., Berberoğlu, U. & Saltik, A. (2004). Alcoholism prevelance and some related factors in Edirne Turkey. *Yonsei Medical Journal*, 45(2), 207-214.

Elliott, A.J. & Peterson, L.W. (1993). Maternal sexual abuse of male children. When to suspect and how to uncover it. *Postgraduate Medicine*,94(1),169-172.

Enoch, M.A., Hodgkinson, C.A., Yuan, Q., Shen, P.H., Goldman, D. & Roy, A. (2010). The influence of GABRA2, childhood trauma, and their interaction on alcohol, heroin, and cocaine dependence. *Biological Psychiatry*, 67(1), 20-27.

Evren, E.C., Saatçioğlu, Ö., Evren, B., Yapıcı, A. ve Çakmak, D. (2003). Alkol kullanım bozukluğunda cinsiyet farklılığı: Yatan hasta verilerinin incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 4(3), 96-100.

Evren, C., Sar, V., Karadag, F., Tamar Gurol, D. & Karagoz, M. (2007). Dissociative disorders among alcohol-dependent inpatients. *Psychiatry Research*, 152(2-3), 233-241.

Erkman, F. (1999). Çocukların duygusal ezimi. Konanç, E., Gürkaynak, İ. ve Egemen, A. (Ed), *Çocuk istismarı ve ihmali* içinde (sf. 127-134).

Felitti, V.J., Anda, R.F., Nordenberg, D., Williamson, D.F., Spitz, A.M., Edwards, V. ve ark. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245-258.

Finkelhor, D. (1997). Sexually abused childeren in a national survey of parents: Methodological issues. *Child Abuse and Neglect*, 21(1), 1-9.

Frias-Armenta, M. (2002). Longterm effects of child punishment on Mexican women: A structural model. *Child abuse & Neglect*, 26(4), 371-386.

Friedrich, W.N., Fisher, J.L., Dittner, C.A., Acton, R., Berliner, L., Butler, J. ve ark. (2001). Child Sexual Behavior Inventory: normative, psychiatric, and sexual abuse comparisons. *Child Maltreatment*, 6(1), 37-49.

Galaif, E. R., Stein, J. A., Newcomb, M. D., & Bernstein, D. P. (2001). Gender differences in the prediction of problem alcohol use in adulthood: Exploring the influence of family factors and childhood maltreatment. *Journal of Study on Alcohol*, 62(4), 486–493.

Garbarino, J., Guttmann, E., & Seeley, J. (1986). *The Psychologically Battered Child*. San Francisco: Jossey–Bass.

Gaudin, J.M., Polansky, N.A., Kilpatrick, A.C. & Shilton, P. (1993). Lonliness, depreddion, stress, and social supports in neglectful families. *American Journal of Orthopsychiatry*, 63(4),597-605.

Gaumond, P., Davis, C., & Hill, T. (2009). Public policy, treatment. Fisher, G.L. & Roget N.A. (Ed), *Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, & recovery* içinde (pp. 735-742). Los Angeles: Sage Publications.

Gibbs, L.E. (1983). Validity and reliability of the Michigan Alcoholism Screening Test: A review. *Drug and Alcohol Dependence*, 12(3), 279-285.

Gökler, R. (2006). Eğitimde çocuk istismarı ve ihmaline genel bir bakış. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi (TSA)*, 10(3), 47-76.

Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., Aydoğan, S. (2002). Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/ihmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. *Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi*, 24 (3), 128-134.

Gürdil, G. (2007). Üniversite öğrencileri travma yaşantısı, stresle başa çıkma tarzları ve iç-dış kontrol odağı inancı ile riskli alkol kullanımı arasındaki ilişki. *Yayınlanmamış* Yüksek Lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Ankara

Hyman, S. M., Garcia, M., & Sinha, R. (2006). Gender specific associations between types of childhood maltreatment and the onset, escalation and severity of substance use in cocaine dependent adults. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 32(4), 655–664.

Herman, J.L. (2007). Travma ve iyileşme. (Çev. T. Tosun). İstanbul: Literatür Yayıncılık. (Eserin orijinali 1992'de yayımlandı).

İlhan, Ö.İ., Doğan, Y.B., Demirbaş, H. ve Boztaş, M.H. (2002). Alkol bağımlılarında alkole başlamada belirleyici risk etmenlerinin gelişim dönemlerine göre incelenmesi. *Bağımlılık Dergisi*, 3(2), 84-90.

İnce, A., Doğruer, Z. ve Türkçapar, M.H. (2002). Erken ve geç başlangıçlı erkek alkol bağımlılarında sosyodemografik, klinik ve psikopatolojik özelliklerin karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 5(2), 82-91.

Janzen, C. ve Haris, O. (1986). Family treatment in social work practice. Illinois: F.E. Peacock Publishers Inc.

Jasinski,. J. L., Williams, L. M., & Siegel, J. (2000). Childhood physical and sexual abuse as risk factors or heavy drinking among africanamerican women: A prospective study. *Child Abuse & Neglect*, 24(8), 1061–1071.

Johnson, C.F. (2000). Abuse and neglect of children. Behrman, R.E., Keliegman, R.M. & Arvin, A.M. (Ed). *Nelson textbook of pediatrics (18th ed.)* içinde (pp110-114). Philadelphia: WB Saunders.

Kalyoncu, A. ve Mırsal, H. (2000). Alkol kullanım bozuklukları. *Psikiyatri Dünyası*, 4(1), 22-30.

Kalyoncu, Ö.A. (2010). *Plastik Düşler*. İstanbul: Kapital.

Kandel, D.B., & Andrews, K. (1987). Processes of adolescent socialization by parents and peers. *International Journal of the Addictions*, 22(4), 319-342.

Kaplan, S.J. (2002). Child and adolescent sexual abuse. M. Lewis (ed.), Child and Adolescent Psychiatry: A Comprehensive Textbook 3rd edition içinde, Philedelphia: Lippincott Williams & Wilkins Publishers.

Kaplan, S.J., Pelcovitz, D. & Labruna, V. (1999). Child and adolescent abuse and neglect research: a review of the past 10 years. Part I: Physical and emotional abuse and neglect. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1214-1222.

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

Kendall-Tackett, K. (2002). The health effects of childhood abuse: Four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse and Neglect*, 6(7), 715-730.

Khantzian, E.J. (2003). The Self-Medication Hypothesis revisated: the dually diagnosed patent. *Primary Psychiatry*, 10(1), 47-54.

Khantzian, E.J. (1997). The Self-Medication Hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. *Harvard Review of Psychiatry*, 4(5), 231-244.

Köknel, Ö. (1998). Bağımlılık "Alkol ve madde bağımlılığı". İstanbul: Altın Kitaplar Yayınevi.

Leeman, R.F., Taylor L.A. (2009). Alcoholism. Fischer, G.L. & Roget, N.A. (Ed), *Encyclopedia of substance abuse prevention, treatment, & recovery 1&2* içinde (pp. 44-50). Los Angeles: Sage Publications.

Lewis, D.O. (1992). From abuse to violence: psychophysiological consequences of maltreatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(3), 383-391.

Livingston, R. (1987). Sexually and physically abused children. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 26(3), 413-415.

Loos, M.E. & Alexander, P.C. (1997). Differential Effects Associated With Self-Reported Histories of Abuse and Neglect in a College Sample. *Journal of Interpersonal Violance*, 12(3), 340-360.

Lynch, M. (1999).Çocuk istismarı ve ihmali. Konanç, E., Gürkaynak, İ. ve Egemen, A. (Ed), *Çocuk istismarı ve ihmali* içinde (sf. 1-8).

Maisto, S.A., Carey, K.B. & Bradizza, C.M. (1999). Social learning theory. Leonard, K.E. & Blane, H.T. (Ed), Psychological theries of drinking of alcohol 2nd edition içinde (pp. 106-123).

Mırsal, H., Kalyoncu, A., Pektaş, O., Tan, D. & Beyazyürek, M. (2004) Childhood trauma in alcoholics. *Alcohol & Alcoholism*, 39(2), 126-129.

Molnar, B.E., Buka, S.L., & Kessler, R.C. (2001). Child sexual abuse and subsequent psychopathology: results from the National Comorbidity Survey. *American Journal of Public Health*, 91(5), 753-760.

Moran, P.B., Vuchinich, S. & Hall, N.K. (2004). Associations between types of maltreatment and substance use during adolescence. *Child Abuse and Neglect*, 28(5), 565-574.

National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (2006). *Alcohol use and alcohol use disorders in the United States: Main findings from the 2001 - 2002 national epidemiologic survey on alcohol and related conditions (NESARC).* Bethesda, MD.

Nelson, E.C., Heath, A.C., Lynskey, M.T., Bucholz, K.K., Madden, P.A., Statham, D.J., ve ark. (2006). Childhood sexual abuse and risks for licit and illicit drug-related outcomes: a twin study. *Psychological Medicine*, 36(10), 1473-1483.

Nurcombe, B. (2000). Child sexual abuse I: psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 34(1), 85-91.

Oates, K. (1999). Çocukların cinsel istismarının kalıcı etkileri. Konanç, E., Gürkaynak, İ. ve Egemen, A. (Ed), *Çocuk istismarı ve ihmali* içinde (sf. 101-110).

Öztürk, M.O. (2001). Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar. *Ruh sağlığı ve bozuklukları* içinde (sf. 519-550). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Öztürk, M.O., ve Uluşahin, A. (2008). Psikoaktif madde kullanımına bağlı bozukluklar. Öztürk M.O. ve Ulusahin A. (Ed), *Ruh sağlığı ve bozuklukları cilt II* içinde (sf. 687-735). Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri.

Piazza, N.J. & Wise, S.L. (1998). An order-theoretic analysis of Jellinek's disease model of alcoholism. *The International Journal of the Addictions*, 23(4), 387-397.

Polat, O., (2007). Tüm boyutlarıyla çocuk istismarı 1 tanımlar. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

Prescott, C.A., & Kendler, K.S. (1999). Age at first drink and risk for alcoholism: a noncausal association. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 23(1), 101-107.

Pur, İ.G. (2007). Cinematherapy for alcohol dependent patients. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Middle East Technical University The Graduade School of Social Sciences, Psychology Department. Ankara.

Putnam, F. (2003). Ten-year Research Update Review: Child Sexual Abuse. *Journal of The American Academy of Child Adolescent Psychiatry*, 42(3), 269–278.

Rothman, E.F., Edwards, E.M., Heeren, T. & Hingson, R.W. (2008). Adverse Childhood Experiences Predict Earlier Age of Drinking Onset: Results From a Representative US Sample of Current or Former Drinkers. *Pediatrics*, 122(2), 298-304.

Roy, A. (2003). Distal risk factors for suicidal behavior in alcoholics: replications and new findings. *Journal of Affective Disorders*, 77(3), 267-271.

Runyuan, D., Wattam, C., Ikeda, R., Hassan, F., & Ramiro, L. (2002). Child abuse and neglect by parents and other caregivers. Krug, E.G., Dahlberg L.L., Mercy, J.A., Zwi, A.B. & Lozano, R. (ed.), *World report on violence and health* içinde, Geneva: World Health Organization.

Saraçlı, Ö. (2007). Zonguldak Karaelmas Üniversitesi öğrencilerinde sigara, alkol ve madde kullanımı ile ilişkili bireysel ve psikososyal faktörler. Yayınlanmamış uzmanlık tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı. Zonguldak.

Schäfer, I., Reininghaus, U., Langeland, W., Voss, A., Zieger, N., Haasen, C., ve ark. (2007). Dissociative symptoms in alcohol-dependent patients: associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 48(6), 539-545.

Schuckit, M.A. (2000). Alcohol-Related disorders. Sadock B.J. & Sadock V.A. (Ed), *Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 7th edition* içinde (pp. 953-971). Philadelphia: Lippincott Williams&Wilkins.

Shin, S.H., Edwards, E.M. & Heeren, T. (2009). Child abuse and neglect: Relations to adolescent binge drinking in the national longitudinal study of Adolescent Health (AddHealth) Study. *Addictive Behaviors*, 34(3), 277-280.

Shipman, K., Edwards, A., Brown, A., Swisher, L. & Jennings, E. (2005). Managing emotion in a maltreating context: A pilot study examining child neglect. *Child Abuse and Neglect*, 29(9), 1015-1029.

Şengül, C. Ve Herken, H. (2009). Genjetikten epigenetiğe alkol bağımlılığı. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 10(3), 239-245.

Taner, Y. ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri. *Hacettepe Tıp Dergisi*, 35, 82-86.

The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs, CAN. (1997). *The 1995 ESPAD report*. Stockholm: Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M. & Narusk A.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnason, T., Kokkevi, A., Morgan, M., & Narusk, A. (1997). The 1995 ESPAD report: Alcohol and other drug use among students in 26 European countries. Sweden: The Swedish Council for Information on Alcohol
and other drugs. (CAN)

Tekin, M. (2008). Üniversite öğrencilerinde bilişsel model çerçevesinde sosyal anksiyete bozukluğu ve alkol kötüye kullanımı ilişkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Muğla Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı. Muğla

Tencer, H.L. (2002). Verbal and Emotional Abuse as Predictors of Change in Close Friendship in Early Adolescence. *Society for Research in Adolescence*, 4, 771-779.

Tıraşçı, Y. ve Gören, S., (2007). Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi*, 34(1), 70-74.

Topbaş, M. (2004). İnsanlığın büyük bir ayıbı: Çocuk istismarı. *TSK Koruyucu Hekimlik Bülteni*, 3(4), 76-80.

Tucci, A.M., Kerr-Corrêa, F. & Souza-Formigoni, M.L. (2010). Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample. *Child Abuse and Neglect*, 34(2), 95-104.

Turhan, E., Sangün, Ö. & İnandi, T. (2006). Birinci basamakta çocuk istismarı ve önlenmesi. *Sürekli Tıp Eğitim Dergisi (Sted)*, 15(9), 153-157.

U.S. Department of Health and Human Services, Administration on Children, Youth and Families. (2009). Child Maltreatment 2007. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

Ünal, F. (2008). Ailede çocuk istismarı ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi (TSA)*, 12(1), 9-18.

Walton-Mossa, B., & McCaulb, M. E. (2006). Factors associated with lifetime history of drug treatment among substance dependent women. *Addictive Behaviors*, 31(2), 246–253.

Wark, M.J., Kruczek, T. & Boley, A. (2003). Emotional neglect and family structure: Impact on student functioning. *Child Abuse and Neglect*, 27(9), 1033-1043.

World Health Organization. (2004). *Global status report on alcohol*. Geneva

World Health Organization. (2006). *Preventing child maltreatment:a guide to taking action and generating evidence*. Geneva

World Health Organization (2009, 4 Aralık). Alcohol. Web: http://www.who.int/topics/alcohol_drinking/en/.

Wu, N.S., Schairer, L.C., Dellor, E. & Grella, C. (2010). Childhood trauma and health outcomes in adults with comorbid substance abuse and mental health disorders. *Addictive Behaviors*, 35(1), 68-71.

Yağmur, F., Öztop, B.B. & Asil, H. (2008). Çocukların cinsel istismarı. *Çocuk Dergisi*, 8(2), 77-80.

Yanık, M. ve Özmen, M. (2002). Psikiyatri polikliniğine başvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yaşantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 3(3), 140-146.

Yargıç, L.İ., Tutkun, H. Ve Şar, V. (1994). Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve erişkinde dissosiyatif belirtiler. *3P Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 2(4), 338-347.

Yavuzer, H. (2003). Ana-baba ve çocuk. İstanbul: Remzi Kitabevi.

Yılmaz, A. (2009). Çocuk istismarı ve ihmali: risk faktörleri ve çocukların psiko-sosyal gelişimi üzerindeki etkileri. *Civilacademy*, 7(1), 63-79.

Yılmaz, G., İşiten, N., Ertan, Ü. & Öner, A. (2003). Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi*, 46(4), 295-298.

Yılmaz, M.E. (2007). 100. Yıl Üniversitesi öğrencilerinde alkol, sigara kullanımı ve ilişkili olduğu etmenler. Yayınlanmamış lisans üstü tezi, 100. Yıl Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Psikiyatri Anabilim Dalı. Van.

Yolga Tahiroğlu, A., Avcı, A. & Çekin, N. (2008). Çocuk istismarı, ruh sağlığı ve adli bildirim zorunluluğu. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 9(1), 1-7.

Zeytinoğlu, S. (1999). Sağlık, sosyal hizmet, hukuk ve eğitim alanlarında çalışanların Türkiye'de çocuk istismarı ve ihmali ile ilgili görüşleri. Konanç, E., Gürkaynak, İ. ve Egemen, A. (Ed), *Çocuk istismarı ve ihmali* içinde (sf. 111-126).

Zierler, S., Feingold, L., Laufer, D., Velentgas, P., Kantrowitz-Gordon, I., & Mayer, K. (1991). Adult survivors of childhood sexual abuse and subsequent risk of HIV infection. *American Journal of Public Health*, 81(5), 572-575.

Zoroğlu, S.S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Eröcal Kora, M., Alyanak, B. (2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, 2(2), 69-78.

EK-A

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Alkol bağımlısı olan hastalarda, çocukluk çağı travmalarının ilişkisini incelemek üzere BRSHH AMATEM'de yeni bir araştırma yürütmekteyiz. Araştırmanın ismi "Alkol Bağımlılığı ile Çocukluk Çağı Travmalarının İlişkisi" dir.

Bu araştırmaya katılıp katılmamakta serbestsiniz. Çalışmaya katılım gönüllülük esasına dayalıdır. Kararınızdan önce araştırma hakkında sizi bilgilendirmek istiyoruz. Bu bilgileri okuyup anladıktan sonra araştırmaya katılmak isterseniz formu imzalayınız.

Bu çalışmaya katılmanız için sizden herhangi bir ücret istenmeyecektir. Çalışmaya katıldığınız için size ek bir ödeme yapılmayacaktır.

Yapılacak araştırmanın getireceği olası yararlar: böyle bir analiz ile çocukluk çağı travmalarının alkol bağımlılığı üzerindeki etkisinin ortaya konması ve bu etkinin göz önünde bulundurularak tedavi sürecine katkı sağlanması hedeflenmektedir.

Bu araştırmaya katılmayı reddedebilirsiniz. Bu araştırmaya katılmak tamamen isteğe bağlıdır ve reddettiğiniz takdirde size uygulanan tedavide ya da bundan sonra klinikte size karşı davranışlarda herhangi bir değişiklik olmayacaktır. Yine çalışmanın herhangi bir aşamasında onayınızı çekmek hakkına da sahipsiniz.

Hastanın Beyanı; Psikolog Nilgkioun CHASAN tarafından Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji, İnsan bilimleri ve Felsefe Yüksek Lisans bölümünde bir araştırma yapılacağı belirtilerek bu araştırma ile ilgili yukarıdaki bilgiler bana aktarıldı. Bu bilgilerden sonra böyle bir araştırmaya "katılımcı" (denek) olarak davet edildim.

Eğer bu araştırmaya katılırsam doktor ile aramda kalması gereken bana ait özel bilgilerin gizliliğine bu araştırma sırasında da büyük özen ve saygı ile yaklaşılacağına inanıyorum. Araştırma sonuçlarının eğitim ve bilimsel amaçlarla kullanımı sırasında kişisel bilgilerimin(ad, soyad ve bunun gibi) özenle korunacağı konusunda bana yeterli güven verildi.

Projenin yürütülmesi sırasında herhangi bir sebep göstermeden araştırmadan çekilebilirim(Ancak araştırmacıları zor durumda bırakmamak için araştırmadan çekileceğimi önceden bildirmemin uygun olacağının bilincindeyim).

Araştırma için yapılacak harcamalarla ilgili herhangi bir parasal sorumluluk altına girmiyorum. Bana da bir ödeme yapılmayacaktır.

Bu araştırmaya katılmak zorunda eğilim ve katılmayabilirim. Araştırmaya katılmam konusunda zorlayıcı bir davranış ile karşılaşmış değilim. Eğer katılmayı reddedersem, bu durumun tıbbi bakımıma ve doktor ile olan ilişkime herhangi bir zarar getirmeyeceğini de biliyorum. Bana yapılan tüm açıklamaları ayrıntılarıyla anlamış bulunmaktayım. Kendi başıma belli bir düşünme süresi sonunda adı geçrn bu araştırma projesinde "katılımcı" (denek) olarak yer alma kararını aldım. Bu konuda yapılan daveti büyük bir memnuniyet ve gönüllülük içerisinde kabul ediyorum.

İmzalı bu form kağıdının bir kopyası bana verilecektir.

Katılımcı; Adı, Soyadı:
Tarih:
İmza:

Görüşme tanığı; Adı, Soyadı:
İmzası:

Araştırmacı; Adı, Soyadı:

EK-B

SOSYODEMOGRAFİK ÖNGÖRÜŞME FORMU

1. Yaşınız:

2. Cinsiyetiniz:
1. ☐ Kadın
2. ☐ Erkek

3. Medeni durum:
1. ☐ Evli
2. ☐ Bekar
3. ☐ Boşanmış

4. Mezun olduğunuz okul:
1. ☐ İlkokul
2. ☐ İlköğretim
3. ☐ Lise
4. ☐ Üniversite
5. ☐ Yüksek lisans
6. ☐ Doktora

5. Mesleğiniz:

6. Oturduğunuz semt:

7. Doğup büyüdüğünüz şehir:

8. Kaç çocuğunuz var?
1. ☐ Yok
2. ☐ Bir
3. ☐ İki
4. ☐ İki ve daha fazlası

9. Ailede Alkol Bağımlılığı

☐Var ☐Yok

10. Alkol Kullanımı

☐Var ☐Yok

11. Alkol ilk kullanım yaşı

12. Alkol Alım Süresi

Her gün ☐
2–3 günde bir ☐
Haftada 1 ☐

13. Alkol Alınan Ortam

Bar ☐
Restaurant ☐
Ev ☐
Diğer

14. Alkol Kullanımından sonra davranışlarda değişiklik

☐Var ☐Yok

15. Çocukluk Döneminde Psikiyatrik yardim

☐Var ☐Yok

Katılımlarınız için teşekkür ederim

EK-C

CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-28)
ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ

Sorulara nasıl yanıt verilecek?
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. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2.Ailemdekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirli giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevildiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7.Anababamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9.Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10.Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemden tam olarak memnundum.	1	2	3	4	5
12.Ailemdekiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.	1	2	3	4	5
13.Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5

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

Katılımlarınız için teşekkür ederiz...

EK-D

MICHIGAN ALKOLİZM TARAMA TESTİ (MATT)

	EVET	HAYIR
0. Şimdi veya biraz sonra bir kadeh atmak hoşunuza gider mi?	☐	☐
1. Kendinizi normal bir içici olarak hissediyor musunuz? (Normal kavramı ile diğer insanlar kadar veya onlardan daha az içme veya hiç içki içmeme kastedilmektedir.)	☐	☐
2. Akşam içki içtikten sonra sabah uyandınızda akşamın bir bölümünü hatırlayamadığınız oldu mu?	☐	☐
3. İçki içmeniz konusunda eşinizin, anne-babanızın veya yakınlarınızın endişe ettikleri veya yakındıkları oldu mu?	☐	☐
4. Birkaç kadeh attıktan sonra mücadele etmeden içki içmeyi durdurabiliyor musunuz?	☐	☐
5. İçki içtiğiniz için hiç suçluluk duydunuz mu?	☐	☐
6. Arkadaşlarınız ve yakınlarınız sizin normal bir içici olduğunuzu düşünüyorlar mı?	☐	☐
7. İstediğinizde içki içmeyi durdurabiliyor musunuz?	☐	☐
8. Adsız Alkoliklerin (AA) bir toplantısına hiç katıldınız mı?	☐	☐
9. İçtiğinizde hiç kavga ettiğiniz oldu mu?	☐	☐
10. İçki içmeniz sizinle; eşiniz, anne-babanız veya yakınlarınız arasında sorun oluşturdu mu?	☐	☐
11. Eşiniz veya yakınlarınız içmeniz konusunda başkalarından yardım istediler mi?	☐	☐

12. İçtiğiniz için arkadaşlarınızı kaybettiğiniz oldu mu? ☐ ☐

13. İçtiğiniz için işte veya okulda sorunlarla karşılaştığınız oldu mu? ☐ ☐

14. İçtiğiniz için işinizi kaybettiğiniz oldu mu? ☐ ☐

15. İçtiğiniz için arka arkaya birkaç gün sorumluluklarınızı, ailenizi veya işinizi ihmal ettiğiniz oldu mu? ☐ ☐

16. İçki içmeye sıklıkla öğleden önce mi başlarsınız? ☐ ☐

17. Hiç alkolle bağlantılı bir karaciğer sorununuzun olduğu söylendi mi? ☐ ☐

18. Aşırı içki içtikten sonra hiç Deliryum Tremens veya aşırı titreme tablosuna girdiniz mi, gerçekte olmadığı halde sesler işitip, hayaller gördüğünüz oldu mu? ☐ ☐

19. İçmeniz konusunda başkasından yardım istediğiniz mi? ☐ ☐

20. İçki nedeniyle hastaneye yattığınız oldu mu? ☐ ☐

21. Bir psikiyatri kliniğine hiç yattınız mı? Eğer yattıysanız içki içmenizin yatışta rolü var mıydı? ☐ ☐

22. Sinirsel sorunlarınızdan dolayı psikiyatri polikliniğine, bir psikolog veya doktora başvurdunuz mu? Eğer başvurduysanız içki içmenizin bunda rolü var mıydı? ☐ ☐

23. Aşırı alkollü olarak veya alkollü içkilerin etkisi altında araba kullandığınız için hiç tutuklandınız mı?
(Evet ise kaç kere?: _____) ☐ ☐

24. İçkiliyken diğer davranışlarınızdan dolayı tutuklandığınız veya birkaç saat dahi olsa gözaltına alındığınız oldu mu?
(Evet ise kaç kere?: _____) ☐ ☐

Katılımlaırnız için teşekkür ederiz…

ÖZGEÇMİŞ

Nilgkioun CHASAN, 1982 yılında Gümülcine'de doğdu. İlkokul ve ortaokul öğrenimini İstanbul'da, lise öğrenimini Yeşilköy 50. Yıl Lisessi'nde tamamladı. 1999 yılında okuldan mezun olduğu yıl İstanbul Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji bölümünü kazandı. 2004 yılında mezun olduktan sonra Marmara Psikoteknik Değerlendirme Merkezinde çalıştı. 2007 yılında Maltepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı'ndaYüksek Lisans eğitimine başladı. Aynı yıl İlk Terapi Özel Eğitim Rehabilitasyon ve Psikolojik Danışmanlık Merkezinde çalıştı. Halen Maltepe Üniversitesi Psikoloji Anabilim Dalı'nda Yüklisans Eğitimi'ne devam etmektedir. 2009 yılında Kılavuz Özel Eğitim Merkezinde görev aldı. 2010 yılında Memorial Hastanesinde Psikolog olarak çalışmaya başlamıştır.