YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN VE SOSYAL İÇİCİ BİREYLERİN ÇOCUKLUK TRAVMALARININ VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIKLARININ İNCELENMESİ

Melek BAL

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2018

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN VE SOSYAL İÇİCİ BİREYLERİN ÇOCUKLUK TRAVMALARININ VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIKLARININ İNCELENMESİ

Melek BAL
20169190

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI
PROF. DR. MEHMET ÇAKICI

LEFKOŞA
2018

KABUL VE ONAY

Melek Bal tarafından hazırlanan "Alkol kullanım bozukluğu olan ve sosyal içici bireylerin çocukluk travmalarının ve psikolojik dayanıklılıklarının incelenmesi " başlıklı bu çalışma,19/06/2018 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Tezi olarak kabul edilmiştir.

JURİ ÜYELERİ

Prof. Dr. Mehmet Çakıcı (Danışman)
Yakın Doğu Üniversitesi
Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç.Deniz Ergün (Başkan)
Yakın Doğu Üniversitesi
Psikoloji Bölümü

Yrd. Doç.Dr. Ayhan Eş (Juri)
Yakın Doğu Üniversitesi
PDR Bölümü

Prof .Dr. Mustafa Sağsan
Sosyal Bilimler Enstitüsü Müdürü

BİLDİRİM

Hazırladığım tezin, tamamen kendi çalışmam olduğunu ve her alıntıya kaynak gösterdiğimi taahhüt ederim. Tezimin kâğıt ve elektronik kopyalarının Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü arşivlerinde aşağıda belirttiğim koşullarda saklanmasına izin verdiğimi onaylarım.

Tezimin tamamı her yerden erişime açılabilir.

Tezim sadece Yakın Doğu Üniversitesinde erişime açılabilir.

Tezimin iki (2) yıl süre ile erişime açılmasını istemiyorum. Bu sürenin sonunda uzatma için başvuruda bulunmadığım takdirde tezimin tamamı erişime açılabilir.

Tarih :

İmza :

Melek BAL

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez konusunu seçerken isteklerimi göz önünde bulundurup, sabırla bana yardımcı olan tez danışmanım Prof. Dr. Mehmet ÇAKICI'ya ve öğrenim hayatım boyunca emeği geçen tüm öğretmenlerime teşekkürlerimi sunarım.

Balıklı Rum Hasatnesinde araştırmamı yapmam konusunda bana destek veren Dr. Hasan MIRSAL'a teşekkür ederim. Bu zorlu tez sürecinde benden desteğini bir an için bile esirgemeyen, tüm hayatım boyunca maddi ve manevi destek olan canım annem Hülya TAŞIN'a, kardeşlerim Ali BAL ve Selime BAL'a tüm kalbimle teşekkürlerimi borç bilirim.

Tez süreci içerisinde benden desteklerini esirgemeyen ve her an yanımda olan Gülşah PINAROĞLU, Zuhal KORELİ, Deniz Azmiye YINAL, Ecem AŞIK, Sait KAHRAMAN, Selin URCU, Kübra ÖZSAT ve ismini sayamadığım tüm diğer arkadaşlarıma çok teşekkür ederim.

ÖZ

ALKOL KULLANIM BOZUKLUĞU OLAN VE SOSYAL İÇİCİ BİREYLERİN ÇOCUKLUK TRAVMALARININ VE PSİKOLOJİK DAYANIKLILIKLARININ İNCELENMESİ

Yaptığımız çalışmada alkol kullanım bozukluğu olan ve sosyal içicilerin çocukluk çağı travmaları ile psikolojik dayanıklılık düzeylerinin karşılaştırılmalı olarak incelenmesi amaçlanmaktadır.

Bu çalışma Türkiye'de İstanbul ilçesinde yapılmıştır. Toplam da 65 kişilik katılımcıdan oluşan örneklem grubunu, Balıklı Rum Hastanesinde alkol kullanım bozukluğu tanısı almış 30 kadın ve erkek ile alkol kullanım bozukluğu tanısı almamış 35 sosyal içici kadın ve erkek katılımcı oluşturmaktadır. Katılımcılara Kişisel Bilgi Formu, Türkçe geçerlilik, güvenirlilik çalışması yapılmış Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve CAGE testi verilmiştir.

Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Olmayan kişilerin CAGE ölçeğine göre anlamlı bir fark bulunmuştur. Riskli Kullanım AKB olanlarda 49 kişide görülürken 1 kişide görülmemektedir. Riskli kullanım sosyal içicilerde 2 kişide varken 48 kişide yoktur. AKB olanlarda Riskli kullanım yüksektir. Alkol Kullanım Bozukluğu olan ve sosyal içicilerin, Duygusal İstismar ve Cinsel İstismar durumuna göre karşılaştırıldığında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Ancak fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal sosyal içicilerde, alkol kullanım bozukluğu olanlardan yüksektir. Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve sosyal içicilerde Psikolojik alt ölçeklerine göre, Yapısal Stil Alt, Gelecek Algısı Alt, Aile Uyumu Alt, Kendilik Algısı Alt, Sosyal Yeterlilik, Sosyal Kaynaklar alt ölçekleri arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır.

Anahtar Kelimeler: *Alkol Kullanım Bozukluğu, Çocukluk Çağı Travmaları, Psikolojik Dayanıklılık.*

ABSTRACT

THE INVESIGATION OF PSYCHOLOGICAL ENDURANCE AND CHILDHOOD TRAUMAS OF THE INDIVIDUALS WITH ALCOHOL USE DISORDER AND SOCIAL DRINKERS

The aim of this study was to investigate the relationship between childhood traumas and psychological endurance levels of individuals with alcohol use disorder and who did not have alcohol use disorder. The study conducted in the districts of Istanbul in Turkey.

A sample group of 65 participants consisted of 30 women and men who were diagnosed with alcohol use disorder in Balıklı Rum Hospital and 35 women and men who did not have alcohol use disorder. Participants were given Personal Information Form, Childhood Trauma Scale, Psychological Durability Scale and CAGE Test. A significant difference was found between those with and without Alcohol Use Disorders compared to the CAGE scale. Risky Use of AUD was seen in 49 people, one person was not having seen risky use. There were two people in the non-ACP and 48 people are not. Risky using of alcohol is high who have AUD. There was no significant difference when compared to the cases of Emotional Abuse and Sexual Abuse with and without Alcohol Use Disorder. However, physical abuse, physical neglect, emotional neglect are higher than those with alcohol use disorder without alcohol use disorder. There was no significant difference according to Structural Style sub scale, Future Perception sub scale, Family Adjustment sub Scale, Self Perception sub scale, Social Proficiency, Social Sources subscale according to Alcohol Use Disorder status. Childhood traumas did not show any significant difference in either group.

Key Words: *Alcohol Use Disorder, Childhood Traumas, Psychological Durability.*

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY.....

BİLDİRİM.....

TEŞEKKÜR.....i

ÖZ.....ii

ABSTRACT.....iii

İÇİNDEKİLER.....iv

TABLOLAR LİSTESİ.....vii

KISALTMALAR.....ix

1.BÖLÜM

GİRİŞ.....1

1.1. Problem Durumu.....1

1.1.1. Alt Problemler.....2

1.2. Araştırmanın Amacı.....3

1.3. Araştırmanın Önemi.....3

1.4. Sınırlılıklar.....4

1.5. Tanımlar.....4

2.BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR.....6

2.1. Alkol Bağımlılığı.....6

2.1.1. Alkolün Etkileri.....10

2.1.2. Türkiye'de Alkol Kullanım Durumu.....11

2.1.3. Alkolün Sağlığa Etkileri.....12

2.1.4. Alkol Kullanımı ve Alkol Bağımlılığının Nedenleri.....14

2.1.4.1. Psikolojik Faktörler.....14

2.1.4.2. Biyolojik Faktörler.....16

2.1.4.3. Sosyokültürel Faktörler.....17
2.2. Çocukluk Çağı Travması..... 18
2.2.1. Çocukluk Zamanı Sorunları ile Psikopatoloji İlişkisi..... 21
2.2.2. Çocukluk Zamanı Sorunlarının Türkiye'deki Sıklık ve Yaygınlığı.....22
2.2.3. Travma Türleri..... 23
2.2.3.1. Fiziksel İstismar ve Fiziksel İhmal..... 24
2.2.3.2. Cinsel İstismar.....25
2.2.3.3. Duygusal İstismar ve Duygusal İhmal..... 26
2.3. Psikolojik Dayanıklılık..... 26
2.3.1. Psikolojik Dayanıklılığın Bileşenleri.....31
2.3.1.1. Kontrol..... 32
2.3.1.2. Bağlanma.....32
2.3.1.3. Meydan Okuma..... 33
2.3.2. Psikolojik Dayanıklılıkta Risk ve Koruyucu Faktörler..... 33
2.3.2.1. Risk Faktörleri..... 33
2.3.2.2. Koruyucu Faktörler..... 34
3.BÖLÜM
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ..... 36
3.1. Araştırmanın Modeli.....36
3.2. Evren ve Örneklem..... 36
3.3. Veri Toplama Araçları..... 36
3.3.1. Kişisel Bilgi Formu.....36
3.3.2. Çocuk Çağı Travma Ölçeği..... 37
3.3.3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği..... 38
3.3.4. CAGE Testi..... 39
3.4. Verilerin Analizi..... 39

4.BÖLÜM
BULGULAR.....41
5. BÖLÜM
TARTIŞMA.....55
6. BÖLÜM
SONUÇ 58
KAYNAKÇA.....59
EKLER..... 69
EK-A: ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU..... 69
EK-B: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU..... 70
EK-C: KİŞİSEL BİLGİ FORMU..... 71
EK-D: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ..... 76
EK-E: PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ.....79
EK-F: CAGE (Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) TESTi..... 80
EK-G: ÖZ GEÇMİŞ..... 81
EK-H: İNTİHAL RAPORU..... 83
EK-İ: ETİK KURUL ONAYI.....85

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1 Araştırmaya katılan kişilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı..... 41
Tablo 2 Araştırmaya katılan kişilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı..... 42
Tablo 3 Araştırmaya katılan kişilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı..... 43
Tablo 4 Araştırmaya katılan kişilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı..... 44
Tablo 5 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal içicilerin Cinsiyet Değişkenine Göre Puanların Karşılaştırılması.....45
Tablo 6 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Yaş Değişkenine Göre Puanların Karşılaştırılması.....45
Tablo 7 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal içicilerin Eğitim Durumlarına Göre Puanların Karşılaştırılması.....46
Tablo 8 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal içicilerin Anne Eğitim Durumlarına Göre Puanların Karşılaştırılması..... 46
Tablo 9 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçici Medeni Durum Durumlarına Göre Puanların Karşılaştırılması..... 47
Tablo 10 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Çalışma Durumlarına Göre Puanların Karşılaştırılması.....47
Tablo 11 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Manevi Destek Durumlarına Göre Puanların Karşılaştırılması..... 47
Tablo 12 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Yaşadığı Kişilere Göre Puanların Karşılaştırılması.....48
Tablo 13 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Puanların Karşılaştırılması..... 48
Tablo 14 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçici Anne Baba Hayatta Olma Durumuna Göre Puanların Karşılaştırılması..... 49
Tablo 15 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal içicilerin Aile İlişkisi durumuna göre puanların karşılaştırılması..... 49
Tablo 16 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal içicilerin Alkollü İçecek Alma İhtiyacı Durumuna Göre Puanların Karşılaştırılması..... 50
Tablo 17 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Alkol Kullanım Sıklığına Göre Puanların Karşılaştırılması..... 50

Tablo 18 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Alkol Kullanmama Nedenine Göre Puanların Karşılaştırılması..... 51
Tablo 19 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Baba Alkol Alma Durumuna Göre Puanların Karşılaştırılması..... 51
Tablo 20 Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Anne Alkol Alma Durumuna Göre Puanların Karşılaştırılması..... 51
Tablo 21 Alkol Kulanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerde Çocukluk Çağı Travma Ölçeğine Göre Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması 52
Tablo 22 Alkol Kulanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğine Göre Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması..... 52
Tablo 23 AKB Katılımcılarında Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..... 53
Tablo 24 Sosyal İçicilerde Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..... 53
Tablo 25 Tüm katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Dayanıklılık Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi..... 53

KISALTMALAR

AKB: Alkol Kullanım Bozukluğu

Sİ : Sosyal İçici

APA: American Psychological Association (Amerikan Psikoloji Birliği)

ÇTO: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

DDK: Devlet Denetleme Kurumu

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

MSS: Merkezi Sinir Sistemi

NLAES: National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey

UNDOC: United Nations Office on Drugs and Crime (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi)

WHO: World Health Organization (Dünya Sağlık Örgütü)

1. BÖLÜM

GİRİŞ

1.1.Problem Durumu

Bireyselliği ve çevresiyle bir bütün olan birey, zaman zaman var olan düzeni içerisinde, bütünlüğünün ve oryantasyonun bozulduğu birtakım sorunlar yaşar. Özellikle de küreselleşme ile değişen dünyayla beraber yaşanan olumsuzluklar ya da çocukluk çağında yaşanan örseleyici bütün yaşantılar bireylerin korku, yalnızlık, depresyon, stres, sosyal fobi, bitmişlik, yabancılaşma, rekabetçilik, benmerkezcilik, yalıtılmışlık gibi problemler yaşamasına neden olmaktadır. Bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeylerine göre bu sorunların şiddeti değişebilmektedir. Bu sorunlarla baş edemeyen bireyler farklı başa çıkma becerileri geliştirmeye çalışsa da bazı bireyler kaçınma davranışları gösterirler. Özellikle bağımlılık geliştirici maddeler, alkol gibi kolayca yönelinen bağımlılık yapıcı maddelerdir. Bu çalışma özellikle bu maddelerden alkol bağımlılığı olan bireylerle ve alkol kullanım bozukluğu olmayan ancak sosyal içici olan bireylerin çocukluk çağı travmalarını ve psikolojik dayanıklılık düzeylerini karşılaştırmalı olarak incelemeyi kendine hedef edinmiştir. Bu bağlamda başlamak gerekirse alkol insanların kullanmaya başladığı ilk maddelerden biridir. Alkolü bazı insanlar sosyal içici olarak alışkanlık haline getirmişken bazı insanlar ise daha çok dini ve iyileştirici yönü için kullanmıştır (Kültegin, 2010). Ancak bazı bireylerde aşırı tüketim sonucu alkol kullanım bozukluğu oluşmaktadır. Aşırı alkol tüketimi kişiler üzerinde bazı olumsuz sonuçlar doğurabilir. Kişinin çevreye olan tutumu değişmekte olup, alkol tüketimi olmadığı zamanlarda yoksunluk çekip psikolojik dayanıklılığın düşmesine sebep vermektedir.

Psikolojik dayanıklılık ile beyinsel sağlık arasındaki alakayı psikolojik dayanıklılığın stres ve hastalıktaki rolünü dayanıklılık, iş stresi ve stres azaltma stratejilerini, adölesanlarda psikolojik dayanıklılığı (Morrissey ve Hannah, 1986). Oryantasyon başa çıkma ve psikolojik iyi olma bağlamında psikolojik dayanıklılık

kavramını (Lambert ve Lambert, 1999), sosyal fayda, yabancılaşma ve psikolojik dayanıklılık arasındaki alakayı lisans öğrencilerinin bilimsel başarısı ile dayanıklılığı ve iyi olmaya yönelik psikolojik dayanıklılığı konu alan bazı araştırmalarda psikolojik dayanıklılık önemli bir bireylik özelliği olarak araştırılmıştır (Terzi, 2005). Bununla birlikte, psikolojik dayanıklılık çocuk, adölesan, erişkin ve yaşlı gruplarında farklı çalışmalara konu olmuştur (Crowley ve diğ., 2003; Lambert ve Lambert, 1999). Bu araştırmalarda psikolojik dayanıklılık, bireyin günlük hayatını etkileyen önemli bir özellik ve stresle başa çıkmada gerekli bir beceri olarak kabul görmektedir. Psikolojik dayanıklılıkta alkol kullanımı ve kişinin maruz kaldığı travmalar oldukça önemli bir yer oluşturmaktadır.

Alkol kullanımın da birçok etken olabilir. Bunlardan en önemlisi çocukluk çağında kişilerin maruz kaldıkları ailesi ya da çevresi tarafından uygulanan istismar veya ihmal türleridir. Çocukluk çağı travmaları, ebeveyn ya da bakım veren yetişkin tarafından çocuğa karşı, çocuğun gelişimini yadsıyan ya da kısıtlayan fiil ya da fiilsizlikleri kapsar. Bunlar fiziksel, duygusal ihmal ve sömürü ve cinsel sömürü şeklinde olabilir. Bunların sonucunda çocuğun fiziksel, ruhsal ya da sosyal açıdan zarar görmesi olasıdır (Taner ve Gökler, 2004).

Alkol kullanım bozukluğunda ailenin eğitim seviyesi en az diğer faktörler kadar etkilidir. Alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin ebeveynlerinin eğitim seviyesine bakıldığında düşük olduğu görülmektedir. Buda bireylerin alkol kullanım bozukluğu riskini arttıran önemli bir etken olduğu sonucu ortaya koymaktadır. Ebeveyn eğitim seviyelerinin özellikle ergenlerin erken yaşta alkol ve madde bağımlılık riskini etkilemektedir (Yüncü ve diğ., 2009; Turan ve diğ., 1999; Wills ve diğ, 2003).

1.1.1. Alt Problemler

Araştırmada, Bir önceki bölümde açıklanan problem durumuna bağlı olarak aşağıdaki alt problemlere yanıt aranmıştır;

1. Alkol kullanım bozukluğu olan bireyler ile sosyal içici bireyler arasında çocukluk çağı travmaları açısından anlamlı bir farklılık var mıdır?

2. Alkol kullanım bozukluğu olan bireyler ile sosyal içici bireyler arasında psikolojik dayanıklılık açısından anlamlı bir farklılık var mıdır?
3. Alkol kullanım bozukluğu olan bireyler ile sosyal içici bireyler arasında sosyodemografik özellikleri açısından anlamlı farklılık var mıdır?
4. Alkol kullanım bozukluğu olan ve sosyal içici bireylerde çocukluk çağı travmaları ile psikolojik dayanıklılık arasında anlamlı bir ilişki var mıdır?

1.2.Araştırmanın Amacı

Alkol kullanım bozukluğu (AKB) yaşam boyu nükslerle seyreden, birey ve çevresi için ciddi sorunlara yol açabilen önemli psikiyatrik rahatsızlıklardan birdir. Alkol kullanım bozuklukları, toplumlar için ciddi sağlık, sosyal ve ekonomik yük oluşturmaktadır. Ekonomik gelişmişlik, kültür, ulaşılabilirlik, alkol politikaları gibi faktörler nedeniyle toplumların alkol tüketim profilleri ve alkole bağlı toplumsal zararlar farklılık göstermektedir. Dünya Sağlık Örgütü verilerine göre her yıl 3.3 milyon kişi alkolün zararlı sonuçları nedeniyle yaşamını yitirmektedir ve tüm ölümlerin %5.9'unu oluşturmaktadır. Ülkemizde ise alkol bağımlılığı yaygınlığı araştırmalarında oran erkeklerde %1.7, kadınlarda %0.1 civarında saptanmıştır (Kılıç, 1998).

Literatür çalışmalarına bakıldığında genelde alkol kullanım bozukluğu olan ve hiç alkol kullanmayan bireyler karşılaştırılmış ya da incelenmiştir. Amaç; alkol kullanım bozukluğu olan ve alkol kullanım bozukluğu olmayan ve bu konuda herhangi bir tanı almamış ancak kendini sosyal içici olarak değerlendiren bireylerin çocukluk çağı travmaları ve psikolojik dayanıklılıklarının karşılaştırmalı olarak incelenmesi ve kendini sosyal içici olarak değerlendiren bireylerinde alkol kullanım bozukluğu olan bireylerin sorunlarına paralel sorunlar yaşayıp yaşamadıklarını saptamaya ve benzer dinamiklere sahip olup olmadıklarını tespit etmektir.

1.3.Araştırmanın Önemi

Alkol kullanım bozukluğu gerek bireysel anlamda gerekse toplumsal açıdan süregelen bir problem olarak karşımıza çıkmakta ve hem bireyin hem de toplumun üzerinde önemli düzeylerde tahribatlar yaratabilmektedir. Medyada ve çevremizde

görebildiğimiz üzere insan hayatı üzerinde yaşamsal sorunlar yaratabilen alkol kullanım bozukluğunun kökenlerinin ve etiyolojisinin ortaya konulması araştırmalara konu olmuş ve önem kazanmıştır. Bu noktada bizim çalışmamız çocukluk çağı travmalarının alkol kullanım bozukluğu üzerinde nasıl bir etki yaratabileceğini ve bu travmaların bireylerin psikolojik dayanıklılıkları ile ne düzeyde ilişkili olabileceğini ortaya koyacak olması açısından önem taşımaktadır. Ayrıca bununla beraber ilgili literatür incelendiğinde çoğunlukla alkol kullanım bozukluğu çalışmalara konu olmakta fakat sosyal içicilik diye nitelendirdiğimiz durum pek fazla değerlendirilmektedir.

Çocukluk çağı travmalarının alkol kullanım bozukluğu ilişkili olabileceği düşünülmekle birlikte farklı ruhsal sıkıntılara zemin hazırlayabileceği ve psikolojik dayanıklılığı olumsuz etkileyebileceği öngörülmekte ve ilgili çalışmalara bakıldığında da anlaşılmaktadır. Bizim çalışmamız ise çocukluk çağı travmalarının hem alkol kullanım bozukluğu hem de sosyal içicilik ne düzeyde tetikleyebildiğini ortaya koymayı amaçlaması ve bu sorunsalların bireylerin psikolojik dayanıklılıkları ile ilişkilendiriyor olması açısından toplumsal ve bireysel anlamda farkındalık yaratmak ve literatüre önemli bir katkı olması anlamında önem taşımaktadır.

1.4.Sınırlılıklar

Araştırmanın sınırlılıkları aşağıdaki gibi belirlenmiştir;

1. Bu çalışma alkol kullanım bozukluğu teşhisi almış olan 35 birey ve alkol kullanım bozukluğu tanısı almamış 30 sosyal içici olmak üzere toplamda 65 katılımcı ile sınırlıdır.
2. Bu çalışma Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği, Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve CAGE Testinden elde edilen veriler ile sınırlıdır.
3. Araştırmamızda verilen literatür bilgisi literatürde yer alan ve ulaşılabilen yerli ve yabancı kaynaklarla ile sınırlıdır.

1.5.Tanımlar

Çocukluk çağı travmaları: Çocukluk çağı travmaları, ebeveyn ya da bakım veren tarafından çocuğa karşı, çocuğun gelişimini yadsıyan ya da kısıtlayan fiil ya da

fiilsizlikler olarak tanımlanabilir. Bunlar fiziksel, duygusal ihmal ve sömürü ve cinsel sömürü şeklinde olabilir. Bunların sonucunda çocuğun fiziksel, ruhsal ya da sosyal açıdan zarar görmesi olasıdır (Taner, 2004).

Alkol kullanım bozukluğu: Alkol kullanım bozukluğu, içmeyi durdurmak veya kesmek için çaba harcamaya rağmen alma isteğini durduramama, fazla içmeyi kontrol edebilmek için çaba gösterme, içmeyi günün belli zamanına sınırlayamama, kişinin alkol kullanımıyla kötüleştiğini bildiği fiziksel sorunlarına rağmen içmeye devam etmesi, alkol içeren sanayi ürünlerini içmek amaçlı kullanma ve entoksikasyon sırasında yaşananları hatırlayamama ile seyreden amnestik periyodlar şeklindeki davranış örüntülerini içerir (Ersan, 2014).

Psikolojik dayanıklılık: Psikolojik dayanıklılık genellikle bir başarı veya uyum sürecini ifade eder (Hunter, 2001). Psikolojik dayanıklılık, bu çerçevede travma, tehdit, trajedi veya ailesel ve ilişkisel sıkıntı, ciddi sağlık sorunları, işyeri ve mali sorunlar gibi önemli stres kaynaklarına karşı bireye adaptasyon süreci olarak görülür (Tusaie ve Dyer, 2004). Diğer açıdan psikolojik dayanıklılık, zor hayatsal tecrübeler karşısında bireyin kendisini toparlama gücü (Garmezy, 1991) veya değişimin ya da felâketlerin başarılı biçimde üstesinden gelme yeteneği olarak da tanımlanmaktadır.

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE VE İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Alkol Bağımlılığı

Alkol insanoğlunun geçmişten beri kullandığı ilk psiko-aktif maddedir. Alkol kullanımı bazı kişilerde sosyal içiciliği aşarak alışkanlık oluşturmaktadır. Alkol tarih boyunca iyileştirici ya da dinsel gayelerle de kullanılmıştır. Özellikle yaralanmalar sonucu yaranın mikrop kapmaması için yaranın çevresine alkol ile tampon uygulaması yapılmaktaydı. Ayrıca bazı dinsel ayinlerde de şarap gibi alkoller tüketilmektedir (Kültegin, 2010).

Alkol kullanmanın geçmişi insanlık tarihi kadar eskidir. Etil alkol meyvelerin karbonhidrat fermantasyonundan türetilebildiğinden, hemen hemen bütün toplumlar alkol üretmekte ve kullanmaktadır. Dahası, neredeyse tüm dinlerde alkol hakkında bahsedilmiştir, Mezopotamya, Mısır ve Akdeniz ülkelerinde alkol kullanımına ilişkin tarihi kayıtlar vardır (Coşkunol, 2009). Tarihçiler, en eski bilinen sorunun Noah ve oğlu Ham arasında yapılan ve Nuh'un bağ büyüttüğü ve sarhoş olduğu için ortaya çıkmış bir tartışma olduğu iddia ediliyor. Ayrıca, Büyük İskender'in sadece otuz üç yaşındayken alkol bağımlılığının bir sonucu olarak öldüğü düşünülmektedir (Şahiner, 2012).

Alkol kullanım problemleri Hipokrat döneminden beri tartışılmaktadır. 1700'lü yıllarda Dr. Benjamin Russ, aşırı bir alkol kullanımını bir hastalık olarak tanımladı ve 1849 yılında Dr. Magnus Huss "alkolizm" terimini ilk kez kullandı. Mark Keller alkolizm'in süregelen bir davranış bozukluğu olduğunu ve bireylerin "sürekli alma ihtiyacı ve aşırı alkol alımı sonucunda bireylere zarar verme gibi" fiziksel, psikolojik ve sosyal yaşamı etkilediğini söyledi (Mırsal ve Kalyoncu, 2000). Alkolizm alkol bağımlılığından ayrılsa da, bu çalışma alkol bağımlılığını tartışacaktır.

Jellinek, alkolikler arasında gruplar tanımlayan başka bir sınıflandırma sınıfı (1941) sunmaktadır. Birinci grup "alfa alkolizm", fiziksel ya da psikolojik ağrının hafifletilmesi amacıyla fazla tüketim olarak tanımlanmaktadır. İstendiği zaman içmeyi durduramamayı da içerir. İkinci grup "beta alkolizm" aşırı içki olarak

tanımlanır ve polinöropati ve karaciğer sirozu içerir ancak fiziksel bağımlılık içermez. Üçüncü olarak, "gama alkolizm" kaçınılmaz içki davranışı ve fiziksel bağımlılık içeren kontrol kaybı olarak tanımlanır. Dördüncüsü, "delta alkolizm", alkole bağlı artmış direnç ve çekilme belirtileri içeren bir alkolün sonucu olarak fiziksel ve psikolojik kusurlar olarak tanımlanır. Son olarak, beşinci kategori, "epsilon alkolizm" terimi, alkol bağımlılığını da içeren, günler, haftalar veya aylar boyunca sürebilen kaçınılmaz içki kullanma süreci olarak tanımlanmaktadır (Ceylan ve Türkcan, 2003).

1956'da "alkolizm" tıbbi bir kavram olarak kabul edildi ve Amerikan Tabipler Birliği tarafından kategorize edildi. Konseptin kabulü ile teşhis konsepti önem kazanmıştır. DSM-III-R'de "alkol bağımlılığı" kavramı "alkolizm" yerine kabul edildi (APA, 1987). 1992'de Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve 1994'te Amerikan Psikiyatri Birliği, kavramı tanımladı ve alkol kullanımı çok boyutlu (biyo-psiko-sosyal) bir hastalık olarak kabul edildi.

Alkol, bir bireyde 150 mg/kg-saat alkol vücuttan atılır. Alkol ince barsaktan emilir. Alkolün %98'i karaciğer tarafından vücuttan atılır. Alkolü idrar, nefes, ter, tükürük ve gözyaşları gibi yollarla vücuttan atılır. Etanol, vücutta alkol dehidrojenaz enzimi ya da mikrozomal oksidasyon sistemiyle oksitlenerek asetaldehite dönüşür. Asetaldehit de aldehit dehidrojenaz ya da ksantin oksidaz enzimiyle asetik asite yükseltgenir. 1 gram alkol Asetaldehit alkolde bulunan merkezi sinir sistemi (MSS) ve organ sistemleri üzerinde etkili olan zehirli etkileri olan bir maddedir (Kültegin, 2010).

Son yıllarda dünya genelinde madde kullanımı ve bağımlılık gittikçe artış göstermektedir. Bu artış Türkiye için de geçerli olup ülkemizde psikoaktif maddelerin rahatça temin edilip kullanımıyla ilgili yapılan çalışmaların fazla olmadığı söylenebilir (Doğan ve diğ., 2004).

Kişilerde bağımlılığa neden olan, psikoaktif maddelerin iyileştirici bir amaca hizmet etmenin dışında kullanılan, kullanımı ve satışının yasal olmadığı maddelerin ne sıklıkla tüketildiği ve toplum ve bireyler üzerindeki bıraktığı etkiyi anlamak oldukça güçtür. Bu etkiyi anlamak için farklı ülkelerde yapılmış olan birçok çalışma

mevcuttur. Bu araştırmalarında gelir durumu düzeylerine göre yaşam boyu, yıllık ve günlük madde kullanımı oranlarının aynı olmadığı gözlemlenmiştir. 2005 yılında Birleşmiş Milletler Madde Kontrol Programı'nın açıklamış olduğu verilere göre dünya genelinde orta ergenlik döneminden 64 yaşına kadar 200 milyon kişi, dünya nüfusuna oranla %5'i illegal madde kullanımı gerçekleştrmiştir (UNDOC).

1992 yılında ABD'nde 50 bine yakın 18 yaşından büyük bireyler ile yapılan görüşmelerin sonucunda National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey (NLAES) çalışmalarının sonuçlarına göre, yaşam boyu alkol kullanım oranı %18.2 olarak saptanmıştır (NLAES).

Alkol kullanımı ve buna bağlı problemler geçtiğimiz son 25-30 yıl içinde önemli yükseliş yaşamıştır. Günümüzde genel olarak alkollü içkilerin üretiminde büyük yükseliş yaşanmıştır. Bu yükseliş özellikle gelişmekte olan ülkelerde görülmektedir (WHO 1982). Üretime entegre olarak tüketimde de artış görülmektedir. Amerika'da alkol kullananların neredeyse yarıya yakın oranında alkol bağımlılığı olduğu görülmüştür (Harford, 1992). Türkiye'de de alkol tüketimi giderek yükselmektedir. 1981 senesinde 400 milyon litre olan alkol kullanımı 1992 senesinde 600 milyon litreye varmıştır (TC.DÝE 1992). Türkiye'deki kullanım popülaritesi konusunda yapılan araştırmalarda içki kullanımının giderek yükseldiği görülmüştür. Alkol kullanım yaygınlığı öğretmenlerde %12, psikiyatri ve pediatri dışı servislerde yatan hasta grubunda %16.7 (Özel ve Güleç 1987), esnaflar arasında %61.6 (Yemez ve diğ., 1994), işçiler arasında ise %16 (Turan ve diğ., 1997) olarak söylenmiştir. Türkcan ve arkadaşları (1997) da İstanbul'un geneline uygun seçilen bir örneklemde %25.6 oranında içki kullanımı olduğunu görmüşlerdir. İçki kullanımındaki bu yükseliş birçok bedensel, ruhsal ve toplumsal problemleri de doğurmaktadır.

Aşerrme (craving), tanımlanması konusunda kuramsal düzeyde bir fikir birliği olmamakla beraber, alkol/madde bağımlılığına eşlik eden 'madde kullanmak için güçlü kişisel dürtü' olarak tanımlanabilir.(DSM-IV) Aşerme kendiliğinden oluşabileceği gibi, ipucu olarak bilinen içsel ya da dışsal etkenlerle de oluşabilir (Tiffany ve diğ., 2000). İçsel ipuçları duygusal halleri (örn. anksiyete) ya da yoksunluk belirtilerini gösterebilir (Swift, 1999).

Alkol bağımlıları depreşme öncesinde aşerme hissettiklerini söylemişlerdir. (Sinha ve diğ., 1999). Aşerme, ayaktan yoksunluk tedavisinde başarısızlık (O'Connor ve diğ.,1991), tedavi sonrası negatif gidişat, tedavi sürecinde problemler (Thomas ve diğ., 2005) ve alkol bağımlılığı seviyesi ile (Bottlender ve diğ., 1994) alakalandırılmış ve depreşme için en güçlü belirleyici olarak nitelendirilmiştir (Bottlender ve diğ., 2004). Tüm bunlar, aşermenin alkol bağımlılığının önemli bir vasfı olarak değerlendirilmiştir (Lowman ve diğ., 2000).

Alkole başlama yaşının yapılan araştırmalarda önemi olduğu söylense de alkolizmin tanımı farklı yollarla yapılmıştır. Örneğin bazı araştırmacılar "problemli içmenin yaşı" terimini içmeyle alakalı sorunların sübjektif olarak ilk gözlemlendiği yaş olarak kullanırken bazıları bu terimi, ilk düzenli kullanmaya başlama yaşı, düzenli olarak sarhoş olmaya başlama yaşı, en ağır kullanmanın başlama yaşı ve alkolizm tanısının ilk söylendiği yaşın başlangıçlarının ortalamaları olarak tanımlanmaktadır. Tanım ve kavramlaştırmaya bağlı olarak birçok çalışma erken ve geç başlangıç alt tiplerini düzenlerken 30 - 25 - 20 yaş gibi birçok dönem yaşları kullanmışlardır. Bununla birlikte tanımlar ve 30 - 25 - 20 yaşlar arasındaki değişikler yüzeysel göründükleri gibi gerçekçi bir sınırlama oluşturulmamaktadır (Varma ve diğ., 1994).

Cloninger tiplendirmesinde genetik ve karakter türü açısından iki alt grup söylenmiştir. Tip-I alkolizmi genellikle 25 yaştan sonra başlayan, kişilik yapıları pasif bağımlı kişilik türüne uygun; Tip-II alkolizmi de daha çok gençlerde görülen 25 yaşından önce başlayan kontrolü yitirme tutumları ve alkolle alakalı problemleri daha çok olan anti-sosyal kişilik türüne sahip olarak açıklanmıştır (Starr, 1996).

Alkol tüketimine bağlı bozukluklar ile birlikte en çok görülen tanılar; diğer madde tüketim bozuklukları, anti-sosyal kişilik bozukluğu, affektif bozukluklar ve anksiyete bozukluklarıdır. Alkol tüketim bozukluğu tanısı olan hastaların %30-40'ı yaşamlarının bir döneminde major depresyon tanısı alır. Depresyon, alkol bağımlısı kadınlarda daha fazladır. Ailesinde alkol bağımlılığı olanlarda ve günlük alkol kullanma miktarı çok olanlarda depresyon daha fazladır (Kaplan ve Sadock 1998).

2.1.1. Alkolün Etkileri

Kan alkol düzeyine göre (%mg) olarak alkolün davranışsal etkileri şunlardır:

50-80 Keyif, harekette kusurlar
80-100 Nistagmus (göz bebeklerinde oynama),
100-200 Yürümekte zorluk, duygusal bozukluklar (öfke, ağlama vb)
200-300 Şaşkınlık, konuşma bozukluğu, unutkanlık
300-400 Koma
400-500 Solunum depresyonu
>500 Ölüm (Kültegin, 2010).

Dünyada Alkol Tüketme Durumu 1995'te kabul edilen "Avrupa Alkol Şartnamesi" bütün üye ülkeleri, kapsamlı alkol politikaları düzenlemeye çağırmaktadır. Ülkemiz de "Avrupa Alkol Şartnamesini" kabul eden ülkeler arasındadır. Avrupa Alkol Şartı'nın 5 ilkesinden biri de; "Bütün çocukların ve ergenlerin alkol kullanmanın negatif sonuçlarından ve alkollü içeceklerin promosyonundan olabildiğince arındırılmış bir ortamda büyüme hakkı vardır" ifadesidir (WHO-EURO, 1992).

ABD ve Batı Avrupa ülkelerinde yapılan araştırmalarda yetişkinlerin yaklaşık yarısının düzenli alkol tüketmekte olduğu bilinmektedir. Bu ülkelerde kalp hastalığı ve kanserden sonra en yaygın sağlık problemi alkoldür (Çoşkunol, 1996).

Dünyada alkol tüketimi ile ilgili sorunlar (Alkolizm) erkeklerde kadınlara göre 2-3 kat fazladır. Alkol kullanım sorunu (Alkolizm) tipik olarak 45 yaşın altında daha fazla olup, bütün sosyoekonomik gruplarda görülmektedir (Cook ve diğ., 1998).

DSÖ "2014 Küresel Alkol ve Sağlık Raporu"na göre 2012'de dünya genelinde 3,3 milyon birey fazla alkol kullanımıyla yaşamını kaybetti. Dünyada en çok alkol kullanılan ülke, birey başına düşen 17,5 litre alkol ile Belarus. Belarus'u Moldova, Litvanya, Rusya ve Romanya izliyor. Raporda, alkol kullanımının 200'e yakın hastalığa ve bağımlılığa neden olabileceği vurgulandı. DSÖ raporunda, bazı Avrupa ve Amerika ülkelerinde alkol kullanımı hâlâ yüksek olsa da bir düşüş eğiliminin görüldüğü belirtilmiştir. Asya'da alkol kullanımının düşük olduğu bazı

ülkelerde ise yükseliş eğilimi rapor edildi. Aşırı alkol kullanımıyla mücadele için bazı ülkelerin yüksek vergiler, yaş sınırlaması, satış saatlerinin sınırlandırılması gibi önlemler alınmasına rağmen, 2025'e kadar tüketimin % 10 azaltılması hedefinin tutmayacağı vurgulandı (WHO, 2014).

Alkol endüstrisi, sağlıktan reklama kadar birçok sektörü tetikliyor ve bu nedenle sıkı takip altında. Pazar Araştırma Şirketi Euromonitor tarafından yapılan son araştırmaya göre, 2013 yılında alkol kullanımında birey başına düşen harcamanın dünya ortalaması 86 dolar (Euromonitor Report, 2014).

Amerikan Ulusal Alkol Bağımlılığı ve Alkolizm Enstitüsü (National Insttitute on Alcohal Abuse and Alcoholism) istatistiklerine göre 2012 yılında 18 yaş ve üzeri bireylerin yüzde 87'si yaşamlarının bir döneminde içki kullandığını söylüyor. Yüzde 71'i en son geçen yıl içki tükettiğini söylerken yüzde 56,3'ü geçen ay tükettiğini ifade ediyor. 17 milyon Amerikalının henüz bağımlılık seviyesine ulaşmamış alkol tüketim problemi var. Amerikalı çocukların yüzde 10'nundan fazlası alkol sorunu olan ebeveynleriyle birlikte yaşıyor (Amerikan Ulusal Alkol Bağımlılığı ve Alkolizm Enstitüsü, 2012).

ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (Center for Disease Control and Prevention) analizlerine göre ABD'de her yıl neredeyse 85 bin birey alkol kaynaklı sebeplerle hayatını kaybediyor. ABD, alkolün neden olduğu sorunları çözmek için her yıl ortalama 224 milyar dolar harcıyor (ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi, 2014).

OECD ülkelerinde kullanılan ortalama alkol miktarı ise 9,5 litre. En az düzeyde alkol kullanımı ise 0.10-2.40 litre ile Endonezya, Hindistan, Türkiye ve İsrail'de görülmektedir (OECD Alkol ve Uyuşturucu Raporu, 2014).

2.1.2. Türkiye'de Alkol Kullanım Durumu

DSÖ verilerine göre, Türkiye'de 2002'de kişi başına tüketilen saf alkol miktarı 1,4 litreydi. OECD'nin son ölçümü yaptığı 2010'da söz konusu miktar 1.55 litre ile OECD ülkeleri arasında sondan 2.sırada yer almakta (OECD Alkol ve Uyuşturucu Raporu, 2014).

Türkiye Cumhuriyeti Anayasasının 58. Maddesinde: "…Devlet, gençleri alkol düşkünlüğünden, uyuşturucu maddelerden, suçluluk, kumar ve benzeri kötü alışkanlıklardan ve cehaletten korumak için gerekli tedbirleri alır" hükmü yer almaktadır (TBMM).

DSÖ raporuna göre; Türkiye'de kişi başına yıllık 1,55 litre saf alkol tüketimi olup, Türkiye'de alkol tüketenlerin yüzde 63'ünün bira, yüzde 9'unun şarap, yüzde 28'inin ise diğer alkollü içeceklerin yer aldığı biliniyor. Türkiye, Avrupa'nın en az alkol tüketilen ülkesi (WHO, 2014). Avrupa Birliği'nde tüketilen kişi başı yıllık saf alkol miktarı Türkiye'nin yedi katıdır (T.C Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu Araştırma ve İnceleme Raporu, 2014).

Rapora göre, 15 yaş ve üzeri nüfus ve 2010 yılı baz alındığında Türkiye'de nüfusun yüzde 17,3'ü alkol kullanıyor. Bu oran erkeklerde 19,7, kadınlarda ise 8,2 olarak görünüyor. Nüfusun yüzde 2,7'sinin alkole bağlı rahatsızlıklar görüldüğü belirtiliyor (WHO, 2014).

Türkiye'de Yeşilay'ın, yaptığı araştırmalara göre 2006 yılı itibariyle alkole başlama yaşı 11'e kadar düşmüştür. Lise öğrencilerinde hayatı boyunca en az bir kez alkol tüketenlerin oranı % 45-%50, son bir ayda en az bir defa alkollü içki kullanma oranı % 16,5, (erkeklerde % 31,5 ve kızlarda % 10,6),üniversite öğrencilerinde alkol tüketim sıklığı % 43,0- 53,9 ve hâlen kullananların oranı % 22,9'dur (Türkiye Yeşilay Cemiyeti, 2015).

Devlet Denetleme Kurulu (DDK) 2014 Raporuna göre; toplam nüfus içinde 15 yaş üstü alkol tüketen tahmini 12.202.750 birey bulunmaktadır. Alkol kullananlar arasında, birey başı yıllık alkollü içki kullanım miktarı 92 litredir. Birey başı yıllık saf alkol kullanım miktarı ise 7,19 litredir. Ülkemizde erkeklerin % 63,9'u kadınların ise % 93'ü yaşamları süresince hiç alkol tüketmemişlerdir (T.C Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu Araştırma ve İnceleme Raporu, 2014).

2.1.3. Alkolün Sağlığa Etkileri

Alkolle ilgili zarar, sadece tüketim sıklığına ve tüketilen alkol miktarına bağlı değil, aynı zamanda tüketim davranışındaki değişiklikler ve belli bir süre boyunca

belirli bir miktarda alkol tüketiminde tüketilen alkol miktarına da bağlıdır. Kullanılan alkol miktarı ve kullanma biçimleri farklı sorunlara yol açar (Kültegin, 2010)

Şarap günlük tüketimi, az miktarda alkol olsa bile, karaciğerde birikim sonucunun sirozuna neden olabilir. Bunun aksine, nadir olarak tüketilen ama tüketildiği zaman çok yüksek miktarda kullanılan alkol ise kazalara, yaralanmalara, kişiler arası şiddete, bazı geçici doku zedelenmelerine ve akut sarhoşluk durumuna sebep olabilmektedir. Sonuç olarak, uzun süreli ve fazla düzeylerde alkol kullanma tutumu, alkol bağımlılığıyla sonuçlanabilmektedir. Bir kere bağımlı olununca, kullanılan alkol miktarı ve içme eşiği değişip yükselebilir (Kültegin, 2010).

Aşırı tüketimle birlikte entoksikasyon, alkol yoksunluğu ve yoksunluk deliryumu, kalıcı amnestik bozukluk, duygu durum bozukluğu, psikotik bozukluk, uyku bozukluğu, anksiyete bozukluğu, kalıcı demans, uzamış yoksunluk sendromu gibi sorunlar görülebilir (Bayraktar ve Bağdiken, 1996).

Alkol bağımlılığında tıbbi komplikasyonlar çok geniş ve karmaşık olup, etkilenmeyen organ kısmı yok gibidir. Bu bozukluklar: Malabsorbsiyona bağlı; folik asit, vitamin A, B12 vitamini, laktoz, yağ, aminoasitler, glukoz ve vitamin azalması; idrar atılımının artmasına bağlı çinko, magnezyum ve potasyum eksikliği gibi bir besin öğesi yetersizliği şeklinde olabilir. Alkole kaynaklı hastalıklar şöylece sıralanabilir (Palancı ve Saka, 2004).

- Karaciğerde: karaciğerde yağlanma, alkolik hepatit, alkolik siroz
- Pankreasta: akut ve kronik pankreatit
- Gastro İntestinal sistemde: özafagus işlev bozukluğu, Mallory Weiss sendromu, akut gastrit, akut duodenit, peptik ülser, süregen diare
- Kalpte: kardiak aritmi, hipertansiyon, iskemik kalp hastalığı, kardiomiyopati
- Sinir sisteminde: hemorajik inme, periferal nöropati, baş ağrısı, yoksunluk kolvülsiyonu, Wernicke-Korsakoff sendromu, serebellar dejenerasyon, santral pontin miyelinolizis, hepatik ensafalopati, alkol ambliyobisi
- Kanda: anemi, immün sistemde işlev bozukluğu
- Üreme sisteminde: erkekte empotans, spermatogenez bozukluğu, fertilitede azalma; kadınlarda libido azalması, fertilitede azalma, amenore

- Kanser: özafagus, karaciğer, nazofarinks kanserleri
- Fetal alkol sendromu (kadınların gebe iken alkol alımı sonucu), kas güçsüzlüğü ve gut hastalığı da alkol bağımlılarında görülebilen ciddi problemlerdir (Saygılı, 1996).

2.1.4. Alkol Kullanımı ve Alkol Bağımlılığının Nedenleri

Yaşamda birçok faktör, içmeyi düşünmeye, küçük yaşlarda alkolle ilişkili sorunlar yaşamayı ve ileride bağımlılık geliştirmeyi etkilemektedir. Alkol tüketmek sosyokültürel ve psikolojik sorunlara bağlı olmakla birlikte, alkol tüketimi, batı toplumlarında kabul gören bir olgu olarak var olmaktadır. Buna rağmen alkol tüketmeyi tetikleyen etmenler bazı durumlarda geçici sorunlar oluştururken, bazı zamanlarda alkol bağımlılığına sebep olabilmektedir (Schuckit, 2000).

Alkol bağımlılığı tek bir nedene bağlı değildir. Alkol bağımlılığının nedenleri incelendiğinde, biyolojik, sosyokültürel ve psikolojik faktörler dikkat çekmektedir (Kalyoncu, 2010).

2.1.4.1. Psikolojik Faktörler

Alkol tüketimi ve alkol bağımlılığı üzerine geliştirilmiş birçok teori, alkol tüketimini, stres azaltma, bireyin kendisini güçlü hissetmesini sağlama ve psikolojik acıları indirgeme gibi nedenlere bağlamaktadır. Ayrıca alkol ile ilgili sorun yaşayan kişilerin yaşamlarında, alkolün sinirlerini indirgediği ve yaşamın olağan stresiyle kolayca başa çıkmalarına yardım ettiği görülmüştür. Alkolik olmayan bireyler üzerinde yapılan gözlemlere göre, yoğun ve zor bir günün ardından düşük düzeyde tüketilen alkol, sakin ve iyi hissettirirken, miktar yükseldikçe kas ve sinir sisteminde gerginliklere sebep olduğu gözlemlenmiştir (Schuckit, 2000).

Psikanalitik teoriye göre, gelişim dönemlerinde oral dönemde takılı kalmış, aşırı zorlayıcı ve cezalandırıcı süper egoya sahip bireyler, bilinçdışı bunaltılarını alkol tüketerek düşürüp, oral doyum sağlamaktadırlar (Schuckit, 2000). Alkolün kaygı, sıkıntı gibi duyumları düşüren etkileri, bilinçdışı stresi düşürerek, üst benlik ile başa çıkmaya yardımcı olan, rahatsız edici hatıraları ortadan kaldıran ve güçlülük duygularını yükselten nedenleri olmaktadır (Kalyoncu, 2010; Schuckit, 2000). Gürol

(2004), bağımlılığı sevgi nesnesinin kazanılması ve kaybedilmesi zamanı olarak yordamaktadır. Bu sebeple, bağımlılık hatalı nesne ilişkilerinin bir sonucu olarak görülmektedir. Bağımlı birey alkolü ister, alkol tüketimindem sonra belli bir süre rahatlık yaşar. Alınan maddenin etkilisi ortadan kalktığında, alkolün verdiği rahatlık hissi kalktığında birey kendini güvensiz ve boş hisseder. Psikanalistlere göre madde ile olan bu tarz alaka çocukluk çağında yaşanılan şiddetli travmanın sonucunda ortaya çıkmaktadır (akt. Pur, 2009).

Davranışçı teoriler, görülebilen ve denenebilen açık tutumların üzerinde durmaktadırlar. Skinner, toplumun, üyelerine uyan fiil şekillerini öğretememesi ve pekiştireçlerin az olması sonucu bireylerin alternatif işlevsel davranışları öğrenememesi sebebiyle bağımlılığı toplumun suçu olarak düşünülmektedir (akt. Pur, 2009). İlk alkol deneyimi öncesinde, içmenin keyif alma, sosyalliği yükseltme gibi ödüllendirici sebepleriyle ilgili beklenti ve ilk alkol tüketildikten sonra bu beklentinin desteklenmesi, sonraki alkol tüketimi kararını olumlu etkilemektedir. Bu durumlar genel popülâsyonda içme alışkanlığının ilerlemesinde önemli olmaktadır (Schutkit, 2000; akt. Pur, 2009).

Düşünsel teoriler içinde, "sosyal öğrenme teorisi" alkol ve diğer madde kullanım tüketim sorunlarını açıklayan bir modeldir. "Sosyal öğrenme teorisi"ne göre bireysellik, sosyal ortamda öğrenmeler şeklinde oluşur. Bandura'nın (1969), alkol tüketim tutumuna uyguladığı Sosyal Öğrenme Teorisi'ne göre, kişi alkolü stres azaltmak için tüketmektedir. Bandura'ya (1969) göre alkol tüketim alışkanlığı, sosyalleşme aşamasında stressiz ortamlarda başlamaktadır. Ancak, alkol tüketiminin stres azaltıcı etkisi bireye negatif pekiştireç olmakta ve birey daha sonra yaşadığı stresli hallerde, stresi azaltmak için alkol tüketmeye yatkınlık gösterebilmektedir. Bu durumun süreklilik kazanmasıyla, alkol kötüye tüketimi ya da alkol bağımlılığı oluşabilmektedir (Maisto ve diğ., 1999). Benzer şekilde Khantzian (1985)'in "kendini tedavi hipotezi"ne göre alkol ve madde kötüye tüketimi, acı veren duyguları azaltmak için yapılan girişimler ile başlamaktadır. Bu girişim, psikolojik veya biyolojik kırılganlığı olan kişilerin alkol ve madde tüketimini bir keyif aracı olarak değil, karşılaştıkları sorunlara karşı güçlü bir destek olduğunu düşünmelerinden kaynaklanmaktadır (Khantzian, 1997). Bu durum alkol ve madde tüketiminin

tekrarlanmasına ve pekişmesine sebep olarak, bağımlılığa neden olabilmektedir (Khantzian, 2003). Alkolün strese karşı sakinleştirici ve rahatlatıcı bir özelliği olduğu ve bu nedenle tüketimi arttırıcı bir etkisi olabileceği de düşünülmektedir (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

2.1.4.2. Biyolojik Faktörler

Genetik özeliklerin, alkolizm riskini ve tolerans gelişimini yükselttiği görülmüştür (Kalyoncu, 2010). Alkolizmde genetik faktörleri anlamaya 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 tüketmeye eğilim olduğu gösterilmiştir (Abay ve Ateş, 2001).

Birinci derece akrabalarında alkol bağımlılığı olan kişilerin, olmayanlara göre 3-4 kat fazla risk altında olduğu görülmektedir (Schuckit, 2000). Schuckit ve arkadaşlarının araştırmalarına göre (1987), birinci derece akrabalarında alkol bağımlılığı olan bireyler, alkole daha yüksek direnç göstermekte ve sarhoşluk belirtileri daha az olmaktadır (akt. Öztürk ve Uluşahin, 2008).

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

2.1.4.3. Sosyokültürel Faktörler

Alkol tüketimi, dini ve etnik kökenlere göre değişmekte, dini inanışları alkol tüketimine izin vermeyen toplumlarda alkol bağımlılığı görülme sıklığı da nispeten daha az olmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008; Yılmaz, 2007). Toplumların alkol tüketimine bakışları, toplumda alkolizm oranını değiştirmektedir (Saraçlı, 2007). Sosyokültürel teoriler genellikle düşük ve yüksek alkolizm seviyeleri olan sosyal grupları izlemişlerdir. Örneğin, Yahudi toplumlarda, bireyler çocuklarını düşük seviyelerde alkol alınan 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 kullanmanın kabul gördüğü bazı kültürlerin bağımlılığa karşı negatif bir düşünüşe 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 sebebi ve toplum için bir tehdit olarak düşünülmektedir (akt. Pur, 2009).

Toplumda sosyal olarak erkeklerin alkol tüketimi onaylanırken, kadınların alkol tüketimi toplum tarafından daha fazla etiketlenmektedir (Evren ve diğ, 2003). Toplumumuzda erkeklerin alkol tüketmesi, büyüme ve erkeklik sembollerinden biri olarak görülmektedir (Arıkan ve Coşar, 1996). Bu nedenle, alkol bağımlılığının erkeklerde kadınlara oranla daha sık görülmesinin, alkol tüketen kadının toplumda iyi karşılanmaması olduğu düşünülmektedir. Ayrıca yoğun alkol tüketimi olan kadınlarda alkol bağımlılığı gelişme riski erkelerdekine benzerdir (Saraçlı, 2007).

Çocukluk ve ergenlik dönemlerinde, toplumda ki ilk sosyal grup olan aile içinde ki rol model alınan bir bireyin örnek alınması da alkol kullanımını arttırmaktadır (İlhan ve diğ., 2002).

Sosyoekonomik seviyesi yüksek toplumlarda alkol kullanımı daha fazla ve buna bağlı olarak ta bağımlılık düzeyleri de artmaktadır (Öztürk ve Uluşahin, 2008).

Sonuç olarak, alkol kullanımını toplum norm ve kuralları etkilemektedir. Toplumun tutumu alkol kullanımını azaltabilir ya da alkol kullanımını engelleyebilir (akt. Pur, 2009)

2.2. Çocukluk Çağı Travması

İnsan beyninin organizasyonu ve fonksiyonel kapasitesi, genomun ifadesini etkileyen olağanüstü bir gelişimsel ve çevresel deney dizisine ve dizisine bağlıdır (Perry ve Pollard, 1998; Teicher 2000, 2002). Ne yazık ki, bu zarif dizilim, çocukluk beyin gelişiminin kritik ya da sınırlandırılmış dönemlerinde aşırı, tekrarlayan ya da anormal stres kalıplarına karşı savunmasızdır ve bu da majör nöroregatif sistemlerin aktivitesini kalıcı olarak kalıcı ve uzun süreli nevro davranışçı sonuçlarla bozabilir (Teicheer, 2000). Şimdi, nörobiyoloji ve epidemiyolojiden elde edilen kanıtlar, istismar ve bunlarla ilişkili olumsuz deneyimler gibi erken yaş stresinin kalıcı beyin fonksiyon bozukluğuna neden olduğunu, bunun da ömrü boyunca sağlık ve yaşam kalitesini etkilediğini ortaya koymaktadır.

Kemirgen, primat ve insan araştırmalarının genişleyen bir kanıt gövdesi, erken stresörlerin çoklu beyin devrelerinde ve sistemlerinde uzun süreli değişikliklere neden olduğunu ortaya koymaktadır (Sanchez, 2001). Amigdala korku yanıtlarına aracılık eder ve prefrontal korteks duygu durum ve duygusal ve kognitif yanıtlarla ilgilidir (Bremner, 2003). Hipotalamik-pitüiteradrenal (HPA) ekseni stres tepkisinde kritik bir rol oynamaktadır. Gelişim ile stres arasında önemli bir etkileşim söz konusudur, Örneğin, genç bebeklerde, strese tepki olarak tam gelişmiş bir glukokortikoid (insanlarda kortizol) bulunmamakla birlikte, c-fos gibi diğer belirteçler, stres etmenlerine tepki gösterdiğini göstermektedir (Smith, 1997).

Travma Sonrası Stres Bozukluğu (TSSB) olan istismar mağdurlarının klinik popülasyonundaki çalışmalar, hayvan çalışmaları ile tutarlıdır. Küçük suiistimal hacmi, erken istismarla ilişkili TSSB, erken istismar ve depresyonu olan yetişkin kadınlar ve borderline kişilik bozukluğu ile erişkinlerde bulunurken TSSB'li çocuklarda önerilmemektedir bu bulgu için kronik uzun süreli stresle ilişkili psikiyatrik bozukluklarla erken istismarın yapılması gereklidir. Hipokampal işlevdeki açıklarla uyumlu olarak, sözlü bildiri belleği açıkları ve istismarla ilişkili

erken TSSB olan erişkin kadınlarda hafıza görevleriyle hipokampal aktivasyonun başarısızlığı vardır (Bremner, 2003;De Bellis, 1999;Vythilingam, 2002)

TSSB'li çocukların tüm beyin ve korpus kallozum hacmi daha küçüktür ve serebellum ve frontal korteksin yapısındaki değişiklikler (De Bellis ve Thomas 2003). İstismara uğramış çocuklar frontal kortekste EEG aktivitesinde değişiklikler de gösteriyor. Erken abuzellated TSSB'si olan erişkin kadınlardaki çalışmalar, çocukluk çağı travmasını hatırlarken anterior singulat / medial prefrontal korteksteki fonksiyonlarını değiştirdi (Bremner, 1999; Teicher 1997).

Çok sayıda çalışma, istismar veya aile içi şiddete tanık olma gibi çocukluk stresörlerinin, madde bağımlılığı, intihar girişimleri ve depresif bozukluklar gibi çeşitli olumsuz sağlık sonuçları ve davranışlarına yol açabileceğini ortaya koymuştur (Brodsky, 1997). Bu bildiri, çocuklukta kötüye kullanımın nevrobiyolojik etkileri ve beyin yapısı ve fonksiyonu üzerine aile içi şiddete maruz kalmanın (yukarıda özetlendiği gibi) nevrobiyolojik etkileri ile ilgili son araştırmalardan elde edilen bulguları, İstenmeyen Çocukluk Deneyimleri Çalışması'nın (ACE) epidemiyolojik verileri ile bütünleştiren kavramsal bir çerçeve sunmaktadır. Gelişimsel olarak uygun tecrübeden mahrum bırakılması, beyin organizasyonu ve yapısında derin anormalliklerle sonuçlanan nörotrofin üretimi, sinaptik bağlantı ve nöronal sağkalımı (Gould, 1997) genel bir azalmaya neden olan nöronal aktiviteyi azaltabilir (Perry, 1994). Dolayısıyla, çocuklukta kötüye kullanım ve aile içi şiddete maruz kalma, beynin yapısını ve fizyolojisini, çok sayıda insan işlevini ve davranışını etkileyeceği beklenildiği şekilde çok sayıda farklılığa neden olabilir (Teicher 2000, 2002).

Bir çocukluk döneminde gerçekleşen olaya bağlı olarak oluşan ruhsalsorun türü olan çocukluk çağı travmaları ve ihmalinin hayat boyu psikiyatrik bozukluk oluşumundaki etkisini ortaya koyan bulgular giderek artmaktadır (Sar, 2006). Çocukluk zamanı negatif yaşantılarının psikiyatrik bozukluklar dışında da hayat boyu birçok sağlık değişkenini belirlediği ortaya çıkmıştır (Felitti, 1998). Bunlar arasında otoimmun hastalıklar istenmeyen gebelik, cinsel ilişki yoluyla bulaşan hastalıklar, riskli cinsel davranışlar, onlu yaşlarda gebelik, sulsid girişimi, alkolizm, obezite, madde bağımlılığı, karaciğer hastalığı, anne karnında bebek ölümü, iskemik kalp hastalığı ve aile bireylerinde erken ölüm yer almaktadır (Anda, 2009).

Çocukluk zamanı ruhsal sorunları sonrasında hayat boyu gelişen psikiyatrik bozuklukları izleyen uzamına çalışmalar zor ve pahalı olmaları nedeniyle oldukça sınırlıdır. Ancak, bu gibi erken gelişimsel olayları geriye dönük olarak değerlendirmek de önemli bilgilere ulaşmayı sağlamaktadır. Başlangıçta niteliksel olarak değerlendirilmekle yetinilen çocukluk zamanı sömürü ve ihmali hikayesinin niceliksel olarak değerlendirilmesi ve şiddetinin ölçülmesi bu çalışmaların standartlaştırılması, karşılaştırılabilirliğinin sağlanması ve çocukluk zamanı ruhsal sorunlarının uzun erimli etkilerinin düzeylendirilmesi için bir gereklilik olarak ortaya çıkmıştır (Ogawa, 1997).

Dissosiyatif kimlik bozukluğu ve benzeri durumlar çocukluk zamanı ruhsal sorunlarının rol oynadığı psikiyatrik bozukluklar içersinde en önde gelmektedir. Bu nedenle bu çalışmada tanı ve hikâye açısından çok iyi araştırılmış ve tamamı çocukluk zamanı sömürü ve/veya ihmali bildiren dissosiyatif bozukluk hastaları anahtar grup olarak alınmıştır. Bu hastaların birinci düzey yakınlarının kendilerinden daha az fakat ortalama beklenen düzeye göre daha fazla çocukluk zamanı ruhsal soruna maruz kalmış olacakları ara grup ve onlarla eşleştirilmiş klinik dışı kontrol grubunun ise bu üç grup içerisinde en düşük çocukluk zamanı ruhsal sorun düzeyini temsil edeceği benimsenmiştir (Bernstein, 1994).

Yirminci yüzyıl çocuklara ve yetişkinlere fark etmeksizin istismar ve ihmalle geçen bir yüzyıl olarak hafızalarda kalacaktır. Bunda İkinci Dünya Savaşı'nın etkisi oldukça önemlidir. Savaş sonrasında, her türlü zorlamaya, sertliğe ve zorbalığa maruz kalmış, ailesini, akrabalarını ve yakın çevresini kaybetmiş, beslenme gibi problemlere maruz kalmışlardır. Bu faktörler sonucunda travma alanında araştırmalar çoğalmış ve araştırmacıları, kuramcıları travmayla ilgili daha çok bilgi bulmaya yöneltmiştir (Kolk, 1996; Cicetti, 1989).

Çocukluk çağı travmaları, ebeveyn ya da bakım veren tarafından çocuğa karşı, çocuğun gelişimini yadsıyan ya da kısıtlayan fiil ya da fiilsizlikleri kapsar. Bunlar fiziksel, duygusal ihmal ve sömürü ve cinsel sömürü şeklinde olabilir. Bunların sonucunda çocuğun fiziksel, ruhsal ya da sosyal açıdan zarar görmesi olasıdır (Taner, 2004)

Fiziksel istismar ve ihmal 18 yaşına gelmeden önce kendisinden yaşça büyük olan bireyler tarafından fiziksel şiddete, zorbalığa, işkenceye maruz kalmasıdır. Bu bireyler genellikle öğretmeni, annesi, babası, bakım verenlerdir (Brown, 1991).

Cinsel sömürü kavramı, henüz cinsel gelişimini tamamlamamış bir çocuğun veya adölesanın, bir yetişkin tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerini karşılamak için güç kullanarak, tehdit ya da kandırma yolu ile kullanılması olarak açıklanmaktadır (İşeri, 2008).

Dünyada sömürü ve ihmalinin yaygınlığının %10-74 arasında değiştiği rapor edilmiştir (Elliman, 2000).Ülkemizde ise tıp öğrencileri ile yapılan araştırmada, öğrencilerin büyük bi bölümü istismara maruz kaldığı görülmüştür (Orhon, 2006). Türkiye'de 1955 lise öğrencisinde yapılan bir çalışmada, %13,4'ünün cinsel sömürüye maruz kaldığı, %1,8'inin enseste uğradığı rapor edilmiştir (Alikasifoglu, 2006).

2.2.1. Çocukluk Zamanı Sorunları ile Psikopatoloji İlişkisi

Çocukluk zamanındaki ihmal ve sömürüın, yetişkinlikteki psikopatoloji riskini yükselttiği bilinmektedir. Çocukluk zamanındaki fiziksel, duygusal ve cinsel sömürü; duygusal ve fiziksel ihmal psikiyatri hastalarında daha sık rastlanmaktadır (Bryer, 1987).

Çocukluk çağıtravmalarının psikopatoloji riskini yükselttiği ileri sürülmüştür (Bifulco, 2002). Çocukluk zamanı sömürüsüne maruz kalmış kişilerde ilerleyen senelerde kişilik bozuklukları, alkol-madde kullanımı ile ilgili bozukluklar, duygu durum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, dissosiyatif bozukluklar ve somatoform bozukluklar (Eskin¸2005), kendine zarar verici tutumlar ve sulsid tutumları (Brodsky, 2001), riskli tutumlar, anti sosyal tutumlar, suça karışma (Felson, 2009) ve riskli cinsel tutumlar (Thompson, 2004) gibi sonuçlar ortaya çıkmaktadır.

İkincil gelişen ruhsal bozuklukların farklı tedavilere yanıt oranlarının daha düşük olduğu, sorun hikayesinin depresyonda ve kaygı bozukluklarında negatif gidişin izi olduğu düşünülmektedir (Bruce, 1991).

Adölesanlerde depresyon düzeyleri üzerine yapılan bir araştırmada, depresyonun meydana gelmesinde en önemli sebeplerin fizilsek istismar olduğu görülmüştür. Çocukluk zamanı örselenmelerinin depresyon gelişimi, başlangıcının erken olması, depresif belirtilerin şiddeti ve depresyonun kronikleşmesinde bir risk etkeni olduğu rapor edilmiştir (Bernstein, 1994). Çocukluk zamanındaki fiziksel ve cinsel sömürü tüm yaş gruplarındaki depresyon için önemli risk faktörleridir (Green, 1981).

Rekürrer tip majör depresyonun tek atak majör depresyona göre daha erken başladığı bildirilmektedir (Sedney, 1984). Her depresif atakla beraber negatif kendilik ve dünya algısı nicelenmekte, bu şekilde sonraki atağın ortaya çıkma riskini artırmaktadır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada yineleyen majör depresyon grubunun ilk atak yaşı daha küçük bulunmuştur. İlk atak yaşı ne kadar erken ortaya çıkarsa depresyonun yineleme riski de o düzey artmaktadır (Bülbül, 2013).

Wiersma ve arkadaşları 395'i kronik olmak üzere 1230 majör depresyon hastasıyla yaptıkları çalışmada, depresyonun kronikleşmesinde duygusal sömürü ve ihmalin sebep olduğunu bulmuşlardır (Wiersma, 2009).

Çocukluk zamanı sorunlarının erken başlangıçlı, yineleyen ve kronik depresif bozukluğu olan bireylerde ayrıntılı olarak araştırılması gerekmektedir. Çocukluk zamanı sorununun saptanması durumunda, uygun dozda ve sürede uygun psikofarmakolojik ajanların kullanılmasının yanı sıra, soruna yönelik psikoterapi uygulanması ve bireylerin düzenli olarak izlenmesi tedaviye pozitif katkı sağlayacaktır (Bülbül, 2013).

2.2.2. Çocukluk Zamanı Sorunlarının Türkiye'deki Sıklık ve Yaygınlığı

Amerikan Ulusal Çocuk İstismarı ve İhmali Veri Sistemi olan çocuk sömürü ve ihmaline ilişkin yazın için en önemli kaynaklardan sayılan kuruluşun 2008 raporuna göre, yalnızca 2008 senesinde 772.000 çocuk sömürü ve ihmale maruz kalmıştır. Yaşadıkları sömürü ve ihmalin %80,1'i aileleri, %6,5'i ise diğer akrabaları tarafından gerçekleştirilmektedir. Bu sömürüler türlerine göre ele alındığında ise %16,1'inin fiziksel sömürüye, %71,1'inin ihmale, %9,1'inin cinsel sömürüye,

%7,3'ünün duygusal sömürüye uğramış olduğu görülmüştür. Vefat edenlerin sayısıysa 10 000'de 2.33 olarak tespit edilmiştir (Demirkapı, 2013).

Bu konuda ülkemizde gerçekleştirilen araştırmalarda daha farklı sonuçlar elde edilmiştir. Türkiye'nin 16 ilinde 50.473 çocuğun annesi ile gerçekleştirilen bir çalışmada 4-12 yaş arasında olan çocukların %62'sine fiziksel ceza verildiği tespit edilmiştir (Bilir, 2001). Yapılan başka bir araştırma 50 çocuk ile gerçekleştirilmiştir, bunlardan çocukların %60'ının fiziksel sömürüye, %26'sını cinsel sömürüye, %20'sinin ciddi ihmale ve %18'inin duygusal sömürüye uğradığı söylenmiştir. İstismara uğrayan çocukların %38'ü yalnızca babaları tarafından, %28'si yalnızca anneleri tarafından,%34'üyse daha fazla kişi tarafından sömürüye uğramıştır (Oral, 2001).

Çocukların, Başbakanlık Aile Araştırma Kurumunun yaptığı araştırmaya göre %46'sının, Türkiye genelinde yapılan araştırmada %45'inin sömürüye maruz kaldığı bildirilmektedir (Güler, 2002).

2.2.3. Travma Türleri

Çocukların ebeveyni veya bakım vereni veyahut yabancı birisi tarafından onlara bedensel ve psikolojik yönden zarar verecek, onun sosyal gelişimini zedeleyecek şekilde uygulanan fiziksel, duygusal ve cinsel değerleri ve ticari amaçlı sömürüyü kapsayan kavram çocuk sömürüsü ve ihmali kavramıdır (Zamanatay, 2014).

1962 senesinde Henry Kempe tarafından yayınlanan 'Örselenmiş Çocuk Sendromu' makalesinde çocuğa kötü davranma ifadesinden ilk defa söz edilmiştir. İstismar fiziksel, duygusal ve cinsel olmak üzere kötü davranma üç ayrı başlık altında incelenmiştir. Caffey, 1972 senesinde bunun hemen sonrasında kemik kırıkları ve intrakranial kanaması olan bir olgunun varlığından bahsetmiştir. Gün geçtikçe sömürü ile ilgili duyarlılığın artması sömürü yaşayan çocuğun daha çok tanınmasına yol açmıştır (Kulaksızoğlu, 2002).

2.2.3.1. Fiziksel İstismar ve Fiziksel İhmal

Çocuğa bakmakla yükümlü kişi tarafından18 yaşının altında çocuk ya da gencin bedeninin sağlığına zarar gelecek biçimde fiziki sömürüye uğratılmasına, yara aldırılmasına ya da yaralanma riskinin olmasına fiziki sömürü denilmektedir. Alınan bu zarar; elle ya da bir obje ile vurma, sarsılma, yakılma ya da ısırılma ile gerçekleşmektedir. Çocuğa bakmakla yükümlü kişi tarafından 18 yaşının altında çocuğu ya da genci yetersiz seviyede besleme, giydirme ya da gereksinimlerini gidermeme sonucunda çocuk ya da gencin zarar görmesine ise fiziki ihmal denilmektedir. Fiziki sömürü ve ihmalin dünyada genel olarak yaygın olmasının net bir şekilde belirlenmesinin güç olmasına karşın, fiziki sömürüye uğrayan kişi sayısının ABD' de yapılan bir araştırmaya göre her 1000 bireyden 5 ile 20 kişi civarında olduğu saptanmıştır. Ne kadar yaygın olduğunun belirlenmesinde yaşanan bu zorluğun nedeni, genelde fiziki sömürünün olduğu olayların "kaza" olarak düşünülmesi olabilir.

Aynı şekilde fiziki ihmalin de ortaya konulan sayıdan daha çok olduğu varsayılır. Yapılan çalışmalar da, fiziki sömürüye maruz kalan kızlarla erkeklerin oranları kıyaslandığında düşük bir ayrımın olduğu fark edilmektedir. Ancak cinsiyetin fiziki sömürüye maruz kalan çocukların yaşı ile ilişkili olduğu da belirtilmektedir. Yapılan bu araştırmalara göre, adölesanlik zamanındaki kız çocukları ya da gençler daha çok fiziki sömürü yaşamaktadır. Fiziki sömürüye ve ihmale maruz kalmış çocukların düşsel hareketlerinde bozulmalar olduğu, bunun yanı sıra okullarındaki akademik başarılarında da bir başarısızlık yaşandığı Türkiye'de yapılan bir araştırmada tespit edilmiştir. Fiziki sömürü ve ihmale maruz kalan çocuklara Lewis D. O.'nun (1992) yaptığı araştırma sonucunda göre, sık bir biçimde saldırgan ve suça eğilimli fiiller yapmaktadırlar. Başka çocuklarla karşılaştırıldıklarında fiziki sömürüye ve ihmale maruz kalmış çocuklarda davranış bozukluklarına daha çok rastlanmaktadır. Yapılan çalışmalara göre; fiziki sömürüye maruz kalmakla sulsid düşüncesi ve girişimi arasında pozitif yönlü yüksek bir ilişki bulunmaktadır. Bu çocuklarda sulsid etme yatkınlığıyla birlikte kişilik bozukluğu, madde bağımlılığı, dikkat eksikliği ve kaygı bozukluğunun sık görüldüğü

saptanmıştır; Buna ek olarak bazı olaylarda sorun sonrası stres bozuklukları da tespit edilmiştir (Kara, 2004).

2.2.3.2. Cinsel İstismar

Cinsel sömürü; bir erişkinin psiko-sosyal gelişim seviyesi henüz tamamlanmamış ve yaşça küçük olan bir çocuk üzerinde cinsel açıdan tatmin olmak amacıyla gerçekleştirdiği fiillerin hepsidir. Cinsel sömürü, çocukluk dönemi sorunları içinde yaygınlık ile ilişkili belirlenmesi en güç olan ve genellikle de saklanan bir durumdur, çocuklar üzerinde yaşattığı ruhsal etkiler açısından oldukça önemlidir. Bu durumun gerçekleşmesi çok fazla değişik davranış şekillerinde olabilmektedir. Örneğin; temasta bulunarak, teşhir ederek, gözetleyerek, çocuğa tecavüz ederek, vb. şekillerde gerçekleştirilebilmektedir.

Yapılan araştırmalardaki verilere bakıldığı zaman ailelerce cinsel sömürünün gizlenmesi nedeniyle az sayıda yapıldığı görülse dahi, olayların yalnızca %15'nin bildirildiği düşünülmektedir. Cinsel sömürüyle ilişkili yaygınlık oranlarının toplumlar arasında farklılıklar göstermesinin yanı sıra, ABD'de gerçekleştirilen bir çalışmada cinsel sömürünün 18 yaş ve altı çocuklarda yaygınlık düzeyi 1000'de 1.3 olduğu ve cinsel sömürüye kız çocuklarının daha fazla uğradığı sonucu saptanmıştır (Nurcombe¸ 2000).

Çocuklara yapılan cinsel sömürünün yaygınlık oranı Türkiye'deki bir araştırma sonucuna göre ise, 100'de 1,4'dir.Herhangi bir sosyal ve ekonomik grupla ilişkisi net bir şekilde belirlenemeyen cinsel sömürünün bu konu ile alakalı vakaları incelendiğinde, bütün sosyo-ekonomik gruplarda görülebileceği tespit edilmiştir. Bu konu cinsiyete yönelik kız ve erkek çocukların cinsel sömürüye maruz kalma oranları incelendiğinde, kız çocuklarında bu oranın 3 kat daha fazla olduğu görülmüştür. Cinsel sömürüye uğrayan çocuklar gerek kız olsun gerekse erkek, yapılan çalışmalara göre, sömürü gerçekleştiren bireylerin büyük bir kısmı erkeklerden oluşmaktadır.

Çocuğun cinsel açıdan sömürülmesine neden olabilecek aile içerisindeki etmenlere bakıldığında, anne babanın ayrılması, ailede şiddetin yaşanması, aşırı alkol

ile madde kullanımının bulunması ile çocukların cinsel açıdan sömürüye uğramaları arasında bağlantı olduğu görülmektedir.

2.2.3.3. Duygusal İstismar ve Duygusal İhmal

Çocuğa bakmakla yükümlü kişilerin, çocukların doğru ve sağlıklı büyüyebilmesi için ihtiyaç duyulan ilgiyi, bakımı ve korumayı yapmaması sonucu, çocuğun toplumsal ve bilimsel teoriler açısından psikolojik ya da sosyal yönden zarara uğramasına duygusal sömürü denilmektedir. En fazla yapılan sömürü biçimi bu tür sömürüler olmasına karşın anlaşılması zordur. Pek çok farklı biçimde meydana gelebilen duygusal açıdan sömürü; sözlü şekilde, tehditler veya cezalar şeklinde gerçekleşebilmektedir. Bunun yanı sıra çocuğa negatif cevap vermek, onu yalnız bırakmak, ayırmak, ürkütmek, yıldırmak, suça yöneltmek, duygusal açıdan gereksinimlerini gidermemek gibi davranış biçimleri de bu tür sömürülerin içerisindedir" (Polat, 2001).

Birbirlerinden ayrı ayrı ele alınan çocukluk dönemi sorunlarının çeşitlerine bakıldığında; fiziki ve cinsel açıdan sömürü çeşitlerinin bulunduğu pek çok olayda duygusal açıdan sömürü ve ihmal de var olmaktadır. Yapılan bir araştırmada fiziki açıdan sömürü ve ihmal etme durumlarının %90,0'ında duygusal açıdan sömürü ve ihmal etme de olduğu saptanmıştır. Ulaşılan bir başka sonuç ise fiziki ve cinsel açıdan sömürü olmadığında da duygusal açıdan sömürü ve ihmal etmenin yaşanabilmesidir. Kişiyi duygusal açıdan sömürüye uğratan davranış şekilleri şunlardır: Ürkütmek, pes ettirmek, tehdit etmek; suç işlemeye teşvik etmek; duygusal açıdan ihtiyaçlarını gidermemek; çok fazla eleştiride bulunmak; yaşları ve gelişimleri açısından çocuklardan kapasitelerinin üzerinde taleplerde bulunmak; kardeşleri birbirlerinden kayırmak; küçük düşürmek, dalga geçmek, lakap takmak; çocuğa çok fazla baskı uygulamak ve onun üzerinde çok fazla otorite kurmak (Nurcombe, 2000).

2.3. Psikolojik Dayanıklılık

Bireyselliği ve çevresiyle bir bütün olan birey, zaman zaman var olan düzeni içerisinde, bütünlüğünün ve oryantasyonunun bozulduğu birtakım sorunlar yaşar. Özellikle de küreselleşme ile değişen dünyayla beraber bireyler, kendilerini paralel

olarak etkileyen psikolojik problemlerini daha çok anlatmaya başlamıştır. Korku, yalnızlık, depresyon, stres, sosyal fobi, bitmişlik, yabancılaşma, rekabetçilik, benmerkezcilik, yalıtılmışlık gibi problemler bunlara örnek olarak gösterilebilir.

Psikolojik dayanıklılık; bağlanma, kontrol ve güçlük olmak üzere üç şemadan oluşan bir bireylik özelliğidir Bağlanma, bireyin pasif bir şekilde olayların dışında kalmadan rutin olaylara katılmasıyla gerçekleşen bir gaye ve mana hissi olarak düşünülmektedir. Kontrol, bir takım zorluklar olduğunda mutsuzluk hissetme yerine durumları etkileyecek, değiştirecek biçimde inanma ve bu şekilde davranma durumudur.

Güçlük ise, değişimin rutin yaşamın doğal bir parçası ve güvenliği tehdit eden bir unsur olmaktan çok gelişim için bir uyarıcı olduğu yönündeki inanıştır (Maddi ve diğ., 2006). Bu özelliği nedeniyle psikolojik dayanıklılık, hayatın stres yaratan negatif etkenlerini azaltabilir ya da onlara karşı bir kalkan olabilir (Crowley ve diğ., 2003; Hanton, Evans ve Neil, 2002; Lambert ve Lambert, 1999; Lambert, Lambert ve Yamase, 2003; Maddi ve diğ., 2006; Maddi ve Khoshaba, 1994; Morrissey ve Hannah, 1986).

Psikolojik dayanıklılık, stresin olumsuz etkilerini azaltan ve hastalığa yol açan gerginliği önleyici bir etkendir. Buna göre, psikolojik iyilik hali yüksek olan kişiler rutin etkinlik ve işlerle daha fazla bağlantılıdır, yaşamlarını kontrol altında tutmakta ve beklenmedik değişiklikleri iyileştirme fırsatı olarak görmektedirler. Düşük psikolojk dayanıklılık seviyesine sahip kişilerde uzaklaşma, dış kontrol direnci ve değişim direnci gözlemlenir (Klag ve Bradley, 2004; Maddi ve Khoshaba, 1996). Bireysel iyi olmaya alakalı bir dayanıklılık modeli sunan Terzi (2005) de, psikolojik dayanıklılığın stresle başa çıkmada yardımcı olan bir bireylik özelliği olduğunu belirtmektedir

Sosyokültürel bir varlık olan insan, isteklerinin karşılandığı doğal çevresi ve kendine özgü bireyliğini geliştirdiği sosyal çevresi ile bütünleşerek hayatını idame ettirmektedir. Çevresine uyum gösterme çabası içinde olan insan, hayatında sevdiği birini kaybetmesi, işinden atılması, ölümcül bir hastalığa yakalanması, ailesinin dağılması gibi bir takım sorunlarla karşılaşmaktadır. Söz konusu bu durumlar

karşısında eğer insan kendini koruyacak yeterli donanıma sahip değilse, problemler karşısında kendini güçsüz hissetmekte, psikolojik ve fiziksel rahatsızlıklar görülmektedir.

Öte yandan öyle insanlar da vardır ki, en büyük felaketler karşısında bile hayatlarını idame ettirmeye devam ederler ve kendileri için gerekli olan enerji ve gücü üretirler. Sahip oldukları hayat becerileri ile yaşanan sorunlar karşısında ayakta kalabilmeyi başaran bu bireyler, sağlıklı olmaya yönelmiş, bireysel gayelere sahip ve daha manalı hayat geçirme gayesi olan bireylerdir. Psikiyatri, psikoloji ve eğitim alanlarında bireylerin negatif hayat koşullarından kurtulabileceklerine ve bu zorlukların üstesinden geldikçe daha da güçleneceklerine alakan fikirler "kendini toparlama gücü" (resilience) kavramı etrafında derlenmektedir. Psikolojik dayanıklılık ve sosyal destek ise kendini toparlama gücünün en önemli göstergelerini oluşturmaktadır.

Psikolojik dayanıklılık, stresli yaşam durumlarıyla karşılaştığında direniş kaynağı olarak işlev gören bireysel bir özelliktir. Kobasa'ya (1979) göre strese dirençli bireylerin hayat karşısında bazı tipik tutumları vardır. Bunlar "değişmeye açıklık, yaptıkları iş ne olursa olsun kendini o işe verebilme ve durumların denetimini elinde tuttuğuna inanma" dır. Kobasa (1982), varoluşçu yaklaşımın temel kavramlarına, kendini iyileştiren bireylerin bireysel karakteristikleri olarak görülen psikolojik dayanıklılığa dayandırılmıştır. Varoluşçu yaklaşıma göre önce insan vardır. Hiçbir kuram, düşünce, yaklaşım insandan önce gelmez. İnsanın varoluşu ve gerçeği onun dışında gelişmiş bir plana veya kurama göre gelişmez. Onun gerçeklerine göre şekillenir. İnsanın varoluşu, hayatına, davranışlarına, tercihlerine ve işlevlerine göre mana kazanır. İnsanların özgür olduğu, zamanlarda seçimleri ve davranışlarından sorumlu olduğu varsayımıyla açıklanır. Buna göre, hayat bireyin aldığı kararlarla doludur ve hayat bu kararlarla mana kazanır. Bireyin özgürce seçim yapabildiği bakış açısına sahip olan bu yaklaşımda, birey hayatını manalı hale getirmek için davranışlarının sorumluluğunu almalıdır. Bir kişi, kendi sorumluluğunu üstlenme yeteneğine sahip olduğu için stabil bir varlık değil, sürekli gelişen bir varlıktır. Kendi kimliğini inşa eder, kendi güçlü yönlerini geliştirir ve bunların tümünü kendi takdirine bağlı olarak ve uygun gördüğü koşullarda yapar. İnsan kendi seçimleri ile

kendi benliğini ve esasını, kısacası varoluşunu anlamlandırır (May, 1969). Kobasa'nın açıkladığı dayanıklı bireylik özelliği varoluşçu yaklaşımın görüşleriyle birleşmektedir. Dayanıklı bireyler, hayatlarında ne yapmak istediklerini gönüllerince belirleyebilirler, problemlerin ortaya çıkmasını engelleyebileceklerine inanırlar ve var olan durumu düzeltmede geçmişine göre daha iyi olabilme gücüne sahiptirler (Florin ve diğ., 1995).

Psikolojik dayanıklılık teorisine göre, devam eden yaşam durumlarına katılma eğilimi olan bağlanma, gaye duygusunu, manalılığı ve kendini yansıtır. Bireyin arkadaş, iş ve aile ortamı, bireylerarası alakalar, inanç ve değerlerine bağlanması, hayatının bütün alanlarında olmaktadır ve bu durum bireyin stresli yaşam durumları ile başa çıkabilmesi için gerekli olan bir güç kaynağı oluşturmasını sağlamaktadır (Kobasa ve diğ., 1982). Denetim, bireyin hayatındaki çeşitli durumları etkileyebileceğine olan inancını ifade eder. Denetim bireyin hayatındaki durumları değiştirilebilecek düşünceleri ve eylemleri içerir (Holt ve diğ., 1987). Hayatta güçlüklerle karşılaşıldığında, çaresiz kalmak yerine durumların sonuçlarını etkileyebilme inancı olan denetim, öz disiplini, başarı yönelimli olmayı, özerkliği ve içsel güdülenmeyi, karar verme becerisini, bireysel özgürlük ve seçim yapabilmeyi içermektedir (Kamya, 2000). Meydan okuma ise durağan olmaktan çok değişime olan inancı ifade etmektedir (Holt ve diğ., 1987).

Psikolojik dayanıklılık, bireylerin bu olayları endişeli ve stresli olaylara karşı üstesinden gelme yeteneğidir. Kaynakçada içsel bir kaynak olan psikolojik dayanıklılığın, ruh sağlığı üzerindeki etkisine odaklanan araştırmalara sıkça rastlanmaktadır. Kobasa (1979), Kobasa ve Pucetti (1983) yüksek dayanıklılık düzeyi ile fiziksel ve ruh sağlığı arasında pozitif bir alaka olduğunu; dayanıklılığın stresin negatif etkilerini azalttığını ortaya koymuştur. Funk ve Houston (1987), Allred ve Smith (1989), Rhodewalt ve Zone (1989) yaptıkları araştırmalarda dayanıklılık düzeyi yüksek olan bireylerin kaygı ve depresyon düzeylerinin azalmış olduğunu bulmuşlardır. Kobasa (1982), Sinclair ve Tetrick (2000), Callahan (2000), Maddi, Khoshaba, Persico, Harvey ve Bleecker'a (2002) göre dayanıklılık, stres ve hastalık semptomları arasındaki alakada tampon etkisi göstermektedir. Ganellen ve Blaney (1984), Hull, Van Treuren ve Virnelli (1987), DeNeve ve Cooper (1998) göre

dayanıklılık düzeyi yüksek olan bireyler, stresli bir çevrede iyi olma özelliklerini devam ettirmektedirler. Robitsctek ve Kashubeck'e (1999) göre ise dayanıklılık, bireyin kendini değiştirme sürecinde aktif olmasını sağlayarak duyuşsal, düşünsel ve davranışsal değişikliklerle kendini gerçekleştirmesine yardımcı olmaktadır.

Psikolojik dayanıklılık üç ana başlık altında toplanmıştır: (1) Risk faktörleri, (2) koruyucu faktörler ve (3) pozitif sonuçlar (Rutter, 2006; Luther ve Zigler, 1992; Flaherty, 1992; Coleman ve Hagell, 2007; Masten ve Reed, 2002; Goldstein ve Brooks, 2005; Beauvais ve Oetting, 1999).

Risk faktörleri: Risk, olumsuz yaşam koşullarını olası olumsuz sonuçları öngören bir değişken olarak ifade etmek için kullanılır. Bazı araştırmacılar, çevre ile bireyin özellikleri arasında bir riskle bağlantılı bir ayrım yapmışlardır.Risk faktörlerinin doğasına ilaveten, risk faktörlerinin sayısı ve şiddeti psikolojik dayanıklılık tanımları açısından bilgilendirici niteliktedir.

Koruyucu faktörleri, risk veya zorluğun etkisini azaltacak veya ortadan kaldıracak, sağlıklı adaptasyon geliştiren ve bireysel yeterlikleri iyileştiren koşulları tanımlar (Masten, 1994).

Pozitif sonuçlar: İçsel ve dışsal koruyucu faktörlerin ve risk faktörlerinin bir sonucu olarak kişinin sahip olduğu yeterliliktir. Bunlar, bireyin gelişimsel görevleri, bilimsel başarımı, pozitif sosyal uygunluk / sosyal yeterliliği, intihar davranışından kaçınma, düşük duygusal sorunlar veya semptomlar, mutluluk, devam eden okul, sosyal hizmet çalışmalarına katılım, psikopatolojinin varlığı, kendini kabul ve uyumu içermektedir. Dolayısıylapozitif bir sonuç olan hayat doyumu, bireyin risk faktörlerinin üstesinden gelip kendindeki ve çevresindeki koruyucu faktörleri kullanmanın sonucunda kazandığı bir yeterlilik olarak ele alınabilir.

Psikolojik dayanıklılık genellikle bir başarı veya uyum sürecini ifade eder (Hunter, 2001). Psikolojik dayanıklılık, bu çerçevede travma, tehdit, trajedi veya ailesel ve ilişkisel sıkıntı, ciddi sağlık sorunları, işyeri ve mali sorunlar gibi önemli stres kaynaklarına karşı bireye adaptasyon süreci olarak görülür (Tusaie ve Dyer, 2004). Diğer açıdan psikolojik dayanıklılık, zor hayatsal tecrübeler karşısında bireyin

kendisini toparlama gücü (Garmezy,1991) veya değişimin ya da felâketlerin başarılı biçimde üstesinden gelme yeteneği olarak da tanımlanmaktadır (Wagnild ve Young, 1993).

Psikolojik dayanıklılık ilk bakışta stresin olumsuz etkilerini azaltan ve uyumu artıracak bireysel bir özellik olarak görülür (Jacelon, 1997). Bu bağlamda, bazı araştırmalar genetik üzerine yoğunlaşmış ve bazı bireylerin dayanıklı olduğunu ileri sürmüşlerdir (Block ve Block, 1980). Bununla birlikte, çalışmalar psikolojik dayanıklılığın öğrenilmiş bir bireysel özellik olduğunu ortaya koymuştur (Beardslee ve Podorefsky, 1998). Psikolojik dayanıklılık, öğrenilen ve gelişimsel bir süreç olan karşılaşılan gerçekler karşısında algılanıp algılanan bir olgudur (Masten ve diğ., 1990).

Kaynakçıdaki psikolojik dayanıklılık olgusu çeşitli şekillerde ele alınırken, birçoğu teoriye dayalı değildir ve çoğunlukla göreceli bulgularla açıklanmaktadır (Nancy ve diğ., 2006). Psikolojik dayanıklılığın farklı yönlerini ele alan bu tanımlamalardan bazıları bireysel (Rutter, 1993) veya ailesel (Hawley ve DeHaan, 1996) özelliklere odaklanmakta iken; bazıları da psikolojik dayanıklılık süreçlerini ve işleyişlerini (Wolin ve Wolin, 1993) veya sonuçlarını (Luthar ve ark. 2000) ele almaktadır. Kişilerin karşılaşabileceği psikolojik rahatsızlıklar açısından önemli riskleri olan çeşitli durumlar olarak görülebilmesine rağmen, psikolojik dayanıklılık aynı zamanda iyi bir sonuç olarak düşünülebilir (Masten ve Reed 2002). Bu açılardan; koruyucu faktörler, süreçler ve iyi sonuçlara katkıda bulunabilecek mekanizmalar psikolojik dayanıklılık olarak görülebilir.

2.3.1. Psikolojik Dayanıklılığın Bileşenleri

Kobasa'nın varoluşçu kişilik teorisine dayanarak "stresli yaşam durumları ile karşılaşıldığında bir direnç kaynağı olarak görev yapan kişilik özelliği" şeklinde ele aldığı psikolojik dayanıklılık, birbiriyle ilişkili kontrol(denetim), bağlanma ve meydan okuma boyutlarından oluşmaktadır. Bu üç bileşen, stresli şartlarda potansiyel riskleri fırsatlara dönüştürebilecek cesaret ve motivasyonu sağlar. Psikolojik dayanıklılığı yüksek bir kişinin, yaşam veya işini yüksek derecede anlamlı bulması, olayları kontrol etme, sonuçları etkileyebilme inancına sahip olması ve

yaşamın getirdiği değişim ve mücadeleye karşı açık olması gerekmektedir (Motan, 2011).

2.3.1.1. Kontrol

Bireyin içsel hallerini, davranışlarını; içinde bulunduğu şartları etkileyerek ve arzu ettiği sonuçların oluşmasını sağlamak için, bireyin davranış ve hareketlerinde meydana gelir. Bu sebepten, yüksek kontrollü bireyler, çevresel şartları ve bunlardan kaynaklanan olayları etkileyebileceklerine dair güçlü bir inanca sahiptirler.

Yaşamda zorluklarla karşılaşıldığında çaresiz kalmak yerine olayların sonuçlarını etkileyebilme inancı olan denetim, öz disiplini, başarı yönelimli olmayı, özerkliği ve içsel güdülenmeyi, karar verme becerisini, kişisel özgürlük ve seçim yapabilmeyi içermektedir. Dayanıklılığın kontrol boyutu, sonuç olarak olaylardan yalnızca, pasif kalmaya karşı bir duruştur (Batan, 2016).

2.3.1.2. Bağlanma

İnsanların yaşamda karşılaştıkları olayların dışında kalmak yerine, hayatın her yönüyle içinde olma isteğini ifade etmektedir. Bağlanma, yaşamın tüm olumsuzluklarına rağmen iyimser bakabilme, amaca ulaşma inancıyla yaptıklarında ısrarcı olma, yaşananlara yabancılaşma yerine bu olayları ilginç hale getirme çabasını taşıyan kişisel özelliktir. Ayrıca, kişinin yaşamını ve amaçlarını anlamlı bulması ve bağlılığının sonucu olarak elinden gelenin en iyisini yapması beklenmektedir (Durak, 2002). Kamya'ya (2000) göre bağlanma, genel anlamda kişinin kendini bir işe, yaşama veya amaca bağlanma olan güçlü bir kendini adama realitesini içerir. Hayata ilgi duyma, kendine inanma, duygusal destek almaya ve vermeye istekli olma, kendi değerlerinin ve amaçlarının farkına varma ile oluşan bu realite, eğer durumlar değişirse bağlanma durumunun da yeniden değerlendirileceğine işaret eder. Bağlanması yüksek olan kişiler, kendilerini ve çevrelerini ilginç ve zaman harcamaya değer olarak düşünürler, bu nedenle yaptıkları her işte meraklarını giderecek ve anlamlı olan bir şeyler bulabilirler (Sarıkaya, 2015).

2.3.1.3. Meydan Okuma

Bağlanma ve kontrol boyutlarının kullanımını ve olayları, ilişkileri, problemleri, fırsatları bir tehdit olarak algılamadan görmeyi içerir. Bağlanma ve kontrol boyutlarının kullanımı bireye ne zaman durması gerektiğini ve hatta durumu dikkate dahi almaması gerektiğini bilme imkânı verir. Olaylar karşısında meydan okuma aynı zamanda kişilerin hataları kişisel yanlışlar olarak değil de hataları hata olarak kabul etmelerine yardımcı olur (Sarıkaya, 2015).

2.3.2. Psikolojik Dayanıklılıkta Risk ve Koruyucu Faktörler

2.3.2.1. Risk Faktörleri

Armstrong, Birnie-Lefcovitch ve Ungar'a (2005) göre risk faktörleri, bireylerin çocukluk yıllarından itibaren gelişim ödevlerini tamamlamalarını zorlaştıran ve yetişkinlik yıllarında ruh sağlığı bozuklukları ya da davranış problemleri geliştirmelerine yol açan koşullardır. Risk faktörleri üç temel kategori çerçevesinde ele alınarak; kişisel risk faktörleri, ailesel risk faktörleri ve çevresel risk faktörleri olarak sınıflandırılmaktadır (Başak, 2012).

2.3.2.1.1. Kişisel Risk Faktörleri

Kişisel risk faktörleri, olumsuz yaşantılara maruz kalan bireylerin etkili bir başa çıkma eğilimi sergilemelerini engelleyen ve uyum problemlerinin ortaya çıkma olasılığını arttıran kişilik özellikleri olarak tanımlanabilir. Bu bağlamda gelişmemiş problem çözme becerilerinin (Dwyer, 2000), başa çıkma yollarından kaçmaya yönelik yatkınlığın (Joseph, Yule ve Williams, 1993), güvenli olmayan bağlanma stillerinin ve düşük düzeyde algılanan sosyal desteğin (Roche, Runtz ve Hunter, 1999) kişisel risk faktörlerinden bazıları olduğu ifade edilmektedir (Motan, 2011).

2.3.2.1.2. Aileye Bağlı Risk Faktörleri

Bireylerin olumsuz koşullar altında uyumlarını sürdürmeye yönelik çabalarına engel oluşturan, ya da bireylerin olumsuz deneyimler yaşamalarına ortam hazırlayan ailesel özellikler, aileye bağlı risk faktörleri olarak tanımlanmaktadır. Kalabalık aile ortamı (Dwyer, 2000), aile içinde birliğin olmaması (Carlson, 2001),

geçimsiz (Dwyer, 2000), ihmalkâr (Carlson, 2001; Campbell-Sills, Cohan ve Stein, 2006), ve istismar eğilimli ebeveynler ailesel risk faktörleri kapsamında değerlendirilmektedir (Yıldırım, 2014).

2.3.2.1.3. Çevresel Risk Faktörleri

Bireylerin olumsuz yaşantıları ile başa çıkmalarını zorlaştıran ya da olumsuz deneyimler yaşamalarına ortam yaratan ailesel ve bireysel özelliklerin dışındaki risk faktörleri, çevresel risk faktörleri olarak tanımlanmaktadır. Carlson'a (2001) göre, olumsuz akran etkisi, yoksulluk, işsizlik, olumsuz davranışlara sahip komşular gibi faktörlerin çevresel risk faktörlerden bazılarıdır. Barbarin'e (1993) göre, bireylerin gelişimini tehdit eden ve kişisel özelliklerin dışında gelişen ailesel ve çevresel risk faktörleri, aynı zamanda dış kaynaklı risk faktörleridir. Carlson' a (2001) göre, bireyler, içinde bulundukları gelişim dönemine bağlı olarak benzer risk faktörlerinden değişik yoğunlukta etkilenmektedirler. Howard, Dryden ve Johnson'a (1999) göre, bu bağlamda, bireylerin risk faktörlerinin olumsuz sonuçlarından etkilenmeye en fazla yatkın oldukları dönem, çocukluk dönemidir ve risk faktörleri çocukların gelecekteki yaşamlarını olumsuz yönde etkileme gücüne sahiptir. Rutter'a (1980) göre, çocukluk yıllarında karşı karşıya kalınan risk faktörlerinin sonraki yıllarda yol açtığı bazı olumsuz sonuçlar okul başarısızlığı, okulu bırakma, madde kullanımı, başarısız sosyal ilişkiler, suç işleme eğilimi, işsizlik, fiziksel sağlığın bozulması ve erken yaşta ölümdür (Başak, 2012).

2.3.2.2. Koruyucu Faktörler

Garmezy (1987), koruyucu faktörleri üç sınıfta gruplandırmıştır. Bunlar 1) kişisel koruyucu faktörler, 2) ailesel koruyucu faktörler ve 3) sosyal koruyucu faktörler olarak ifade edilmektedir (Batan, 2016).

2.3.2.2.1. Kişisel Koruyucu Faktörler

Kişisel koruyucu faktörler, bireyleri risk faktörlerinin olumsuz etkilerinden koruyarak hem psikolojik hem de biyolojik bakımlardan yaralanmalarını engelleyen ve psikolojik dayanıklılığın gelişimini kolaylaştıran kişilik özellikleri olarak tanımlanabilir. Yapılan çalışmalarda içsel kontrol odağı kendine güven, umutlu olma,

öğrenilmiş güçlülük, öz saygı, güvenli bağlanma, geleceğe yönelik amaç sahibi olmanın psikolojik dayanıklılığı ortaya çıkaran kişisel koruyucu faktörler olduğu bulunmuştur (Batan, 2016).

2.3.2.2.2. Ailesel Özellikler ile İlgili Koruyucu Faktörler

Riskli koşullara maruz kalan bireylerin olumsuz örüntüler geliştirmelerini önleyici nitelikteki aile ortamları ve ebeveynlerinin nitelikleri, ailesel özellikler ile ilgili koruyucu faktörlerdir. Bu bağlamda, ebeveynlerle kurulan olumlu ilişkiler, ilgili babaya sahip olma eğitim düzeyi yüksek ebeveynlere sahip olma ebeveynlerden algılanan destek ebeveynlerin birlikte olduğu aile yapısı ve görevlerini yerine getiren, destekleyici ebeveynlere sahip olmanın aileye bağlı ve dışsal koruyucu faktörler olduğu belirtilmektedir (Yıldırım, 2014).

2.3.2.2.3. Sosyal Koruyucu Faktörler

Sosyal koruyucu faktörler, daha çok aile dışındaki kurumların ve yetişkinlerin çocukların sağlıklı gelişimini destekleme ve çocukları olumsuz koşullardan koruma ile ilişkili rollerini içeren faktörlerdir. Öğretmenler ve akranlarla geliştirilen olumlu ilişkiler (Luthar, Cicetti ve Becker, 2000; Carlson, 2001), güçlü sosyal destek kaynaklarına sahip olma (Magno vd., 2008; Dayıoğlu, 2008; Hass ve Graydon 2008; Yakin ve McMahon, 2003; Barbarin, 1993), toplumsal kurumların sunduğu hizmetlerden faydalanma koruyucu faktörlerden bazıları olarak sıralanmaktadır (Başak, 2012).

3.BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1.Araştırmanın Modeli

Bu araştırma betimsel nitelikte olup karşılaştırmalı ilişkisel tarama modelinde bir çalışmadır.

Çalışmanın ilk aşaması olarak, teorik bilgilerin net öğrenilebilmesi için literatür taraması yapılmıştır. Literatür taramasında alkol bağımlılığı, çocukluk çağı travması ve psikolojik dayanıklılık ayrı ayrı araştırılmıştır. İkinci aşama anketin hazırlık aşamasıdır. Bilgilendirme ve onay formu, demografik bilgi formu da hazırlanarak anket formuyla birleştirilerek veri toplama kaynakları düzenlenmiştir. Son aşama ise anket verilerinin analizlerinin yapılması ve sonuçların yorumlanmasıdır.

3.2.Evren ve Örneklem

Araştırmanın örneklemini Balıklı Rum Hastanesinde Antolia 3 servisinde yatan alkol kullanım bozukluğu olan 35 ve 30 alkol kullanım bozukluğu tanısı almamış rastgele seçilen sosyal içici katılımcılar olmak üzere toplam 65 kişi oluşturmaktadır.

3.3.Veri Toplama Araçları

Alkol kullanım bozukluğu olan 35 kişi ve 30 sosyal içicilerden oluşan bireylere, Kişisel Bilgi Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği ve Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği ve Cage Testi uygulanarak skorların korelasyonunu incelenecektir. Katılımcılara uygulanacak ölçekler aşağıda özetlenmiştir.

3.3.1. Kişisel Bilgi Formu

Araştırmacı tarafından hazırlanan ve kişinin kişisel bilgilerinin araştırıldığı formda bireylere cinsiyetleri, yaşları, medeni halleri vs. olmak üzere toplam 37 soru yöneltilmiştir.

3.3.2. Çocuk Çağı Travma Ölçeği

Bu ölçek çocukluk ve ergenlikteki istismar ve ihmal yaşantılarını geçmiş yıllara dönük olarak değerlendirmeyi amaçlar. David P. Bernstein tarafından geliştirilmiştir. Ölçek ilk olarak 70 madde olarak geliştirilmiş olan bu ölçek, 1995 yılında 54 maddeye indirilmiş ve sonra yeniden düzenlenerek 28 maddelik kısa forma dönüştürülmüştür.

Araştırmada kullanılan da ölçeğin 28 maddeden oluşan formudur. 5'li likert tipi bir ölçektir. Yanıtlama seçenekleri "1 hiçbir zaman" ile "5 çok sık" şeklindedir.

Beş alt boyut; fiziksel istismar, cinsel istismar, duygusal istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmaldir. Fiziksel istismar 9, 11, 12, 15, 17 numaralı sorularla, cinsel istismar 20, 21, 23, 24, 27 numaralı maddelerle, duygusal istismar 3, 8, 14, 18, 25 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1, 2, 4, 6, 26 numaralı maddelerle ve son olarak duygusal ihmal 5, 7, 13, 19, 28 numaralı sorularla ölçülmektedir. 3 tane minimalizasyon-inkar sorusu (10, 16, 22. sorular) bulunmaktadır.

CTÖ'nun hesaplanmasında önce olumlu ifadelerden (madde 2,5,7,13,19,26,28) elde edilen puanlar ters çevrilir (1 puan 5 puana, 2 puan 4 puana dondurulur). Beş alt puanın toplamı CTÖ toplam puanını verir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25- 125 arasındadır. Minimizasyonla ilgili (madde 10, 16, ve 22) maddelerin puanlarını ters çevirmeye gerek yoktur. Minimizasyon puanını hesaplamak için bu üç maddenin her birinden alınan sadece 5 puan (en yüksek) cevapları hesaba katılır ve bunları hepsi 1 puan olarak sayılır. Bunların toplanması ile 0-3 puan arasında bir minimizasyon puanı elde edilir.

Ölçeğin iç tutarlılığını gösteren Cronbach alfa değeri bütün deneklerden oluşan grup için (N=123) 0,93 olarak bulunmuştur.

Toplam puanının iki hafta ara ile klinik olan ve olmayan denekler üzerinde yapılan test-retestinde korelasyon katsayısı 0,90 ($p< 0,001$, N=48) olmuştur. Alt puanlar içinse korelasyon katsayıları: fiziksel istismar ($r=0,90$ $p<0,001$)duygusal

istismar (r=0.90 p=0,001), cinsel istismar (r=0,73 p<0,001), fiziksel ihmal (r=0,77 p<0,001), duygusal ihmal (r=0,85 p<0,001), minimizasyon (r=0,71 p<0,001) olarak tespit edilmiştir.

Şar ve arkadaşları (2012) tarafından yapılan çalışmanın bulguları cinsel ve fiziksel istismar için 5 puanın aşılmasının, yani sorulardan her hangi birine en alt düzeyde de olsa evet yanıtı verilmesinin pozitif bildirim olarak sayılması gerektiğini düşündürmektedir.

Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için bu sınırın 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan düzeyine çekilebileceği anlaşılmaktadır. Toplam puan için bu sınırın 35 dolayında olabileceği görülmüştür.

3.3.3. Psikolojik Dayanıklılık Ölçeği

Ölçek Friborg ve arkadaşları (2003) tarafından geliştirilmiş olup 5 boyut üzerinde bir değerlendirme yapmaktadır. Bu boyutlar kişisel güç, yapısal stil, aile uyumu, sosyal yeterlilik ve sosyal kaynaklar gibi faktörlerden oluşmaktadır. Ölçeğin geçerlik ve güvenirlik çalışmasını ve Türkçeye çevirisini Basım ve Çetin (2011) yapmıştır. Ölçek 33 maddeden oluşmakta olup, ölçekte belirlenen minimum ve maksimum puan aralığı ya da kesme puanı yoktur. Ölçeğin değerlendirilmesinde puanlar yükseldikçe psikolojik dayanıklılık da artmaktadır, puan düştükçe psikolojik dayanıklılık da düşmektedir. Ölçekte güvenirlik için Cronbach Alfa katsayısı 0.86 bulunmuştur.

Friborg ve arkadaşları (2003) kişisel güç boyutunu iki bölümde incelemişlerdir; kendilik algısı ve gelecek algısı şeklinde ayrılmış 6 boyutlu bir yapı oluşturmuşlardır. Ölçekte; yapısal stil (3, 9, 15, 21) ve gelecek algısı (2, 8, 14, 20) her biri 4er madde; aile uyumu (5, 11, 17, 23, 26, 32) kendilik algısı (1, 7, 13, 19, 28, 31) ve sosyal yeterlilik (4, 10, 16, 22, 25, 29) 6'şar madde ve sosyal kaynaklar (6, 12, 18, 24, 27, 30, 33) ise 7 madde ile ölçülmektedir.Maddelerin objektifliğini sağlayabilmek için 43 tane bir ucunda olumlu ve diğer ucunda olumsuz özelliklerin olduğu beş kutucuk bulunmaktadır. 5 kutucuk 5'li Likert şeklinde düzenlenmiştir. Puanlama şekli ölçeğin değerlendirilmesinde serbest bırakılmıştır. Bu araştırmada

ölçekten alınan puan arttıkça psikolojik dayanıklılığın artması istendiğinden, cevap kutucuklarının değerlendirilmesi soldan sağa doğru 12345 olarak gerçekleştirilmiştir. Dolayısıyla 1-3-4-8-11-12-13-14-15-16-23-24-25-27-31-33 numaralı ters sorular değerlendirilmiş 54321 şeklinde değerlendirilmiştir

3.3.4. CAGE Testi

CAGE Testi, Ewing (1984) tarafından geliştirilen alkolizmin taranması amacıyla yaygın olarak kullanılan, 4 sorudan oluşan, "evet veya hayır" şeklinde yanıtlanan bir testtir. Tanı amaçlı olmayan bu testte 2 ya da daha fazla "evet" yanıtı "riskli kullanım" olarak değerlendirilerek, alkol kötüye kullanımı ve bağımlılık açısından ek değerlendirmeyi gerektiren bir tarama ölçeğidir. Türkiye"de birçok çalışmada kullanılmış olan bu testin etkin ve güvenilir bir tarama testi olduğu Arıkan ve arkadaşları"nın 1991"de yaptıkları çalışmada da gösterilmiştir. (Akvardar ve diğ., 1997).

3.4.Verilerin Analizi

Veri toplama ölçekleri ile elde edilen veriler bilgisayar ortamına sayısal ifade olarak girilmiş ve bu veriler sosyal bilimler için istatistik paket programı (SPSS 18) kullanılarak istatistiksel sonuçlara dönüştürülmüştür. Analiz esnasında ki-kare(x2), ki-kare risk analizi, t testi, Pearson korelasyon analizi kullanılmıştır. Bütün değişkenlerin normallik testi yapılmış (explore) ve kabul edilebilir değerler arsında değildir (George & Mallery,2010). Analizlere başlamadan önce veriler normal dağılım açısından incelendi.

Gruplar arasında demografik değişkenlerin ortalamaları, kategorilendirilmiş cevaplar şeklinde ki-kare analiz yöntemi kullanılarak ortalamaları alınmıştır. Ölçek puanlarının birbirleri arasındaki etkileşimi Pearson korelasyon yöntemiyle incelenmiştir. Araştırma problemi ve buna bağlı olarak ortaya konan alt problemleri test etmek amacıyla, bağımsız iki grup ortalamasını karşılaştırmak için kullanılan t-testi kullanılmıştır (Büyüköztürk, 2007).

Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Dayanıklılık ölçeklerinden alınan puanlar artıkça çocukluk çağı travmaları ve psikolojik dayanıklılık artmaktadır.

Ölçeklerin puan toplamları hesaplanmadan evvel PDÖ ve ÇÇT ‘daki ters maddeler SPSS’deki mevcut özellik sayesinde (Recode into Different Varibeles) tersine çevrilmiş ve ölçek puanları toplanmıştır (Compute Variables).

Bulguların değerlendirilmesi esnasında ki-kare, t testi için anlamlılık düzeyleri en az $p<0.05$ olarak kabul edilmiştir. Sonuçlar, spss programının hesapladığı değer 0.05’den küçükse anlamlıdır, 0.05’den büyükse anlamsızdır ilkesine göre değerlendirilmiştir. Bağımlı ve bağımsız değişkenler arasındaki korelasyon ilişkileri aşağıdaki kriterlere göre değerlendirilmiştir (Kalaycı, 2006); R İlişki; 0,00-0,25 Çok Zayıf; 0,26-0,49 Zayıf; 0,50-0,69 Orta; 0,70-0,89 Yüksek ve 0,90-1,.00 Çok Yüksek şeklinde yorumlanmıştır. Spearman korelsyon analizinde kuvvetin başında ‘-‘ negatif işareti varsa cümle içinde negatif korelasyon gibi ifadeler kullanılmıştır.

4.BÖLÜM

BULGULAR

Araştırmaya 35 alkol kullanım bozukluğu olan ve 30 kişi Sosyal içicilerden oluşan toplam 65 kişi katılmıştır.

Tablo 1.
Araştırmaya katılan kişilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

		AKB Olan		**Sosyal İçici**
Cinsiyet	**N**	**(Yüzdelik)**	**N**	**(Yüzdelik)**
Kız	11	31,4	13	43,3
Erkek	24	68,6	17	56,7
Yaş	**N**	**(Yüzdelik)**	**N**	**(Yüzdelik)**
18-25	3	8,6	3	10
26-30	4	11,4	9	30
30-35	6	17,1	8	26,7
35-40	9	25,7	4	13,3
40 ve üzeri	13	37,1	6	20
Eğitim Durumu	**N**	**(Yüzdelik)**	**N**	**(Yüzdelik)**
İlkokul M.	2	5,7	0	0,0
Ortaokul M.	2	5,7	2	6,7
Lise Mezunu	6	17,1	1	3,3
Üniversite	2	5,7	3	10
Yüksek lisans	9	25,7	5	16,7
Doktora +	14	40	19	63,3
Anne Eğitim	**N**	**%**	**N**	**%**
İlkokul	16	45,7	8	26,7
Ortaokul	5	14,3	5	16,7
Lise	10	28,6	8	26,7
Üniversite	4	11,4	9	30,0
Medeni Hal	**N**	**%**	**N**	**%**
Evli	13	37,1	7	23,3
Bekâr	16	45,7	20	66,7
Diğer	6	17,1	3	10,0
Çalışma Durumu	**N**	**%**	**N**	**%**
Evet	25	71,4	27	90
Hayır	10	2,6	3	10

Araştırma dâhilinde kişisel bilgi formunu ve anket sorularını yanıtlayan 65 kişinin Alkol Kullanım Bozukluğu olan 11(%31.4) Kız, 24(%68,6) erkek, sosyal içicilerin 13(%43,3) Kız, 17(%56,7) erkekten oluşmaktadır. AKB olan 3(%8.6) 18-25 yaş, 4(%11.4) 26-30 yaş, 6(%17.1) 30-35 yaş, 9(%25.7) 35-40 yaş, 13(%37.1)

40 ve üzeri, sosyal içicilerin 3(%10) 18-25 yaş, 9(%30) 26-30 yaş, 8(%26.7) 30-35 yaş, 4(%13.3) 35-40 yaş, 6(%20) 40 ve üzeri olduğu görülmektedir. Eğitim düzeyi AKB olan 2(%5,7) İlkokul Mezunu, 2(%2.7) Ortaokul Mezunu, 6(%17.1) Lise Mezunu, 2(%5.7) Üniversite Mezunu, 9(%25.7) Yüksek Lisans, 14 (%40) sosyal içicilerin 2(%6.7) Ortaokul Mezunu, 1(%3.3) Lise Mezunu, 3 (%10) Üniversite Mezunu, 5(%16.7) Yüksek Lisans, 19(%63.3) Doktora ve üzeri, Anne Eğitim Düzeyleri AKB olan 16(%45.7) İlkokul Mezunu, 5(%14.3) Ortaokul Mezunu, 10(%28.6) Lise Mezunu, 4(%11.4) Üniversite Mezunu, sosyal içicilerin 8(%26.7) İlkokul Mezunu, 5(%16.7) Ortaokul Mezunu, 8(%26.7) Lise Mezunu, 9(%30) Üniversite Mezunu olduğu görülmektedir. AKB olan 13(%37.1) Evli, 16(%45.7) Bekâr, 6(%17.1) Diğer iken sosyal içicilerin 7(%23.3) Evli, 20(%66.7) Bekâr, 3(%10) Diğer olduklarını belirtmiştir.

Tablo 2
Araştırmaya katılan kişilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

	AKB Olan		**Sosyal İçici**	
Maddi gelir	**N**	**%**	**N**	**%**
3000-5000 TL	8	8,0	10	10,0
5000 TL ve üstü	19	19,0	15	15,0
Maddi-Manevi destek	**N**	**%**	**N**	**%**
Yok	9	25,7	10	33,3
Ailem (anne-baba)	19	54,3	12	40,0
Eş	7	20,0	8	26,7
Birlikte yaşadığı kişi	**N**	**%**	**N**	**%**
Anne/Baba	10	28,6	9	30,0
Eşi	16	45,7	7	23,3
Sevgili	0	0,0	4	13,3
Yalnız	6	17,1	5	16,7
Arkadaş	3	8,6	3	10,0
Diğer	0	0,0	2	6,7

AKB olan 8(%8) 3000-5000 TL, , 19(%19) 5000 TL ve üzeri, sosyal içicilerin 10 (%10) 3000-5000 TL, 15(%15) 5000 TL ve üzeri olduğu bilinmektedir. AKB olan 9 (%25.7) maddi manevi desteği olmadığını, 19(%54.3) Ailem, 7(%20) Eş, sosyal içicilerin 10(%33.3) maddi manevi desteği olmadığını, 12(%40) Ailem, 8(%26.7) Eş, Yaşadığı Kişilere göre AKB olan 10(%28.6) Anne/Baba, 16(%45.7)

Eşi, 6(%17.1) Yalnız, 3(%8.6) Arkadaş, sosyal içicilerin 9(%30) Anne/Baba, 7(%23.3) Eşi, 4(%13.3) sevgili, 6(%16.7) Yalnız, 3(%10) Arkadaş, 2(%6.7) diğer olarak belirtmiştir.

Tablo 3.
Araştırmaya katılan kişilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

	AKB Olan		**Sosyal İçici**	
Anne Baba Yaşama	**N**	**%**	**N**	**%**
Hayır	3	8,6	1	3,3
Anne hayatta	15	42,9	7	23,3
Baba hayatta	3	8,6	0	0,0
İkisi de hayatta	14	40,0	22	73,3
Aile İlişkisi	**N**	**%**	**N**	**%**
Orta	10	28,6	8	26,7
İyi	17	48,6	19	63,3
Çok iyi	8	22,9	3	10,0
Alkol kullanma durumu	**N**	**%**	**N**	**%**
Evet	35	100,0	29	96,7
Hayır	0	0,0	1	3,3
Alkol kullanma sıklığı	**N**	**%**	**N**	**%**
Kullanmıyorum	3	8,6	1	3,3
Ayda bir	1	2,9	12	40,0
Haftada bir gün	0	0,0	11	36,7
Haftada 2-3 gün	12	34,3	5	16,7
Neredeyse her gün	19	54,3	1	3,3
Çocuk olma durumu	**N**	**%**	**N**	**%**
Var	16	45,7	8	26,7
Yok	19	54,3	22	73,3

AKB olan 3(%8.6) Anne babasının yaşamadığını, 15(%42.9) Anne Hayatta, 3(%8.6) Baba Hayatta, 14(%40) İkisi de Hayatta, sosyal içicilerin 1(%3.3) Anne babası yaşamadığını, 7(%23.3) Anne Hayatta, 22(%73.3) ikisi de hayatta olduğu görülmektedir. Aile İlişkisi olarak AKB olan 10(%28.6) Orta, 17(%48.6) İyi, 8(%22.9) Çok İyi, sosyal içicilerin 8(%26.7) Orta, 19(%63.3) İyi, 3(%10) Çok İyi olduğu görülmektedir. Alkol Kullanma Durumu AKB olan 35(%100) alkol kullandığını, sosyal içicilerin ise 29 (%96.7) alkol kullandığını, 1(%3.3) alkol kullanmadığını görülmektedir. Alkol Kullanım Sıklığına göre ise AKB olanlarda 1(%2,9) Ayda bir, 12(%34.3) Haftada 2-3 gün, 19(%54.3) neredeyse her gün, 3(%8.6)

kullanmadığını belirtirken, sosyal içicilerin 12(%40) Ayda bir, 11(%36.7) Haftada bir, 5(%16.7) Haftada 2-3 gün, 1(%3.3) neredeyse her gün, 1(%3.3) kullanmadığını belirtmişlerdir.

Tablo 4.
Araştırmaya katılan kişilerin tanıtıcı özelliklerine göre dağılımı

	AKB Olan		**Sosyal İçici**	
Alkol kullanmama	**N**	**%**	**N**	**%**
Sağlıklı	1	33,3	1	100,0
Hiçbiri	2	66,7	0	0,0
Baba alkol	**N**	**%**	**N**	**%**
Evet	19	54,3	18	60,0
Hayır	16	45,7	12	40,0
Anne alkol	**N**	**%**	**N**	**%**
Evet	4	11,4	9	20,0
Hayrı	31	88,6	21	70,0
Alkol limiti	**N**	**%**	**N**	**%**
1 bardak	1	2,9	2	6,7
1-5 bardak	3	8,6	18	60,0
5 bardak yukarı	31	88,6	10	33,3
Uyuşturucu	**N**	**%**	**N**	**%**
Evet	16	45,7	14	46,7
Hayır	19	54,3	16	53,3

AKB olanlarda 1(%33.3) Alkol sağlık için kullanmadığını, 2(%66.7) hiçbiri, sosyal içicilerde 1 (%100) sağlık için alkol kullanmadığını, AKB olanlarda 19(%54.3) Babalarının alkol aldığını, 16(%45.7) Babalarının alkol almadığını, sosyal içicilerin 18(%60) Babalarının alkol aldığını, 12(%40) Babalarının alkol almadığını belirtmişlerdir. AKB olanlarda 4(%11.4) Annelerinin alkol aldığını, 31(%88.6) Annelerinin alkol almadığını, sosyal içicilerin 9(%20) Annelerinin alkol aldığı, 21(%70) Annelerinin alkol almadığı görülmektedir. Alkol Limiti AKB olanlarda 1(%2.9) 1 Bardak, 3(%8.6) 1-5bardak, 31(%88.6) 5 bardak ve yukarı, sosyal içicilerde 2(%6.7) 1 Bardak, 18(%60) 1-5 bardak, 10 (%33.3) 5 bardak ve yukarı, AKB olanlarda 18(%45.7) uyuşturucu kullandığını, 19(%54.3) uyuşturucu kullanmadığını, sosyal içicilerde 14(%46.7) uyuşturucu kullandığını, 16(%53.3) uyuşturucu kullanmadığını belirtmiştir.

Tablo 5.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal içicilerin Cinsiyet Değişkenine Göre Puanların Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal İçici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Kız	11	31,4	13	43,3	24	36,9
Erkek	24	68,6	17	56,7	41	63,1
Toplam	35	100	30	100	65	100

X^2= ,983, df=1, p=,321, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin cinsiyet değişkenine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir (X^2=.983, p>.05).

Tablo 6.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Yaş Değişkenine Göre Puanların Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal içici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
18-25 yaş arası	3	8,6	3	10	6	9.2
26-30 yaş arası	4	11,4	9	30	13	20
30-35 yaş arası	6	17,1	8	26,7	14	21.5
35-40 yaş arası	9	25,7	4	13,3	13	20
40 yaş ve üzeri	13	37,1	6	20	19	29.2
Toplam	35	100	30	100	65	100

X^2= 6,364; df=4, p=,174, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin yaş değişkenine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir (X^2=6,364; p>.05).

Tablo 7.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal içicilerin Eğitim Durumlarına Göre Puanların Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal İçici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
İlkokul M.	2	5,7	0	0,0	2	3,1
Ortaokul M.	2	5,7	2	6,7	4	6,2
Lise M.	6	17,1	1	3,3	7	10,8
Üniversite M.	2	5,7	3	10,0	5	7,7
Yüksek L.	9	25,7	5	16,7	14	21,5
Doktora ve üstü	14	40,0	19	63,3	33	50,8
Toplam	35	100,0	30	100,0	65	100,0

X^2=7.331, df=5, p=,197, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin eğitim durumu değişkenine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir (X^2=7,331; p>.05).

Tablo 8.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal içicilerin Anne Eğitim Durumlarına Göre Puanların Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal içici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
İlkokul	16	45,7	8	26,7	24	36.9
Ortaokul	5	14,3	5	16,7	10	15.4
Lise	10	28,6	8	26,7	18	27.7
Üniversite	4	11,4	9	30,0	13	20.0
Toplam	35	100	30	100	65	100

X^2=4,454, df=3, p=,216, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin annenin eğitim durumu değişkenine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir (X^2=4,454; p>.05).

Tablo 9.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçici Medeni Durum Durumlarına Göre Puanların Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal İçici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Evli	13	37,1	7	23,3	30	30,0
Bekâr	16	45,7	20	66,7	55	55,0
Diğer	6	17,1	3	10,0	15	15,0
Toplam	35	100,0	30	100,0	65	100,0

X^2=2,877, df=2, p=,237, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin medeni durum değişkenine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir (X^2=2,877; p>.05).

Tablo 10.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Çalışma Durumlarına Göre Puanların Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal İçici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Evet	25	71,4	27	90,0	52	80,0
Hayır	10	28,6	3	10,0	13	20,0
Toplam	35	100,0	30	100,0	65	100,0

X^2=3,481, df=1, p=,237, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin çalışma durumu değişkenine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir (X^2=3,481; p>.05).

Tablo 11.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Manevi Destek Durumlarına Göre Puanların Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal İçici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Yok	9	25,7	10	33,3	19	29,2
Ailem	19	54,3	12	40,0	31	47,7
Eş	7	20,0	8	26,7	15	23,1
Toplam	35	100,0	30	100,0	65	100,0

X^2=4,261, df=2, p=,372, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin manevi destek durumu değişkenine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir (X^2=4,261; p>.05).

Tablo 12.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Yaşadığı Kişilere Göre Puanların Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal İçici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Anne/baba	10	28,6	9	30,0	19	29,2
Eşi	16	45,7	7	23,3	23	35,4
Sevgili	0	0,0	4	13,3	4	6,2
Yalnız	6	17,1	5	16,7	11	16,9
Arkadaş	3	8,6	3	10,0	6	9,2
Diğer	0	0,0	2	6,7	2	3,1
Toplam	35	100,0	30	100,0	65	100,0

X^2=1,323, df=3, p=,516, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin yaşadığı kişiler değişkenine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir (X^2=1,323; p>.05).

Tablo 13.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Çocuk Sahibi Olma Durumlarına Göre Puanların Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal İçici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Evet	16	45,7	8	26,7	24	36,9
Hayır	19	54,3	22	73,3	41	63,1
Toplam	35	100,0	30	100,0	65	100,0

X^2=2,516, df=1, p=,113, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin çocuk sahibi olma değişkenine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir (X^2=2,516; p>.05).

Tablo 14.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçici Anne Baba Hayatta Olma Durumuna Göre Puanların Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal İçici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Hayır	3	8,6	1	3,3	4	6,2
Anne hayatta	15	42,9	7	23,3	22	33,8
Baba hayatta	3	8,6	0	0,0	3	4,6
İkisi de hayatta	14	40,0	22	73,3	36	55,4
Toplam	35	100,0	30	100,0	65	100,0

X^2=8,353, df=3, p=,039, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin çocuk sahibi olma değişkenine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmıştır. AKB olanların annesi ve ikisinin hayatta olduğu, sosyal içicilerin anne ve babasının hayatta olduğu yönünde istatistiksel anlamlılık tespit edilmiştir (X^2=8.352, p<.05).

Tablo 15.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal içicilerin Aile İlişkisi durumuna göre puanların karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal İçici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Orta	10	28,6	8	26,7	18	27,7
İyi	17	48,6	19	63,3	36	55,4
Çok iyi	8	22,9	3	10,0	11	16,9
Toplam	35	100,0	30	100,0	65	100,0

X^2=2,235, df=2, p=,327, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin aile ilişkisi değişkenine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir (X^2=2,235; p>.05).

Tablo 16.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal içicilerin Alkollü İçecek Alma İhtiyacı Durumuna Göre Puanların Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal İçici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Evet	35	100,0	29	96,7	64	98,5
Hayır	0	0,0	1	3,3	1	1,5
Toplam	35	100,0	30	100,0	65	100,0

X^2=7,747, df=1, p=,101, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin alkollü içecek alma ihtiyacı değişkenine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir (X^2=7,747; p>.05).

Tablo 17.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Alkol Kullanım Sıklığına Göre Puanların Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal İçici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Kullanmıyorum	3	8,6	1	3,3	4	20,0
Ayda bir	1	2,9	12	40,0	13	20,0
Haftada bir gün	0	0,0	11	36,7	11	16,9
Haftada 2-3 gün	12	34,3	5	16,7	17	26,2
Neredeyse her gün	19	54,3	1	3,3	20	30,8
Toplam	35	100,0	30	100,0	65	100,0

X^2=40,244, df=4, p=,000, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin Alkol Kullanım Sıklığına göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmıştır. AKB olanların nerdeyse hergün alkol aldıkları, Sosyal içicilerin ayda bir alkol aldıkları yönünde ileri derecede bir istatiksel anlamlılık tespit edilmiştir (X^2=40.244, p<.05).

Tablo 18.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Alkol Kullanmama Nedenine Göre Puanların Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal İçici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Sağlık için	1	33,3	1	100,0	2	50,0
Hiçbiri	2	66,7	0	0,0	2	50,0
Toplam	3	100,0	1	100,0	4	100,0

X^2=1,333, df=1, p=,800, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin alkol kullanmama nedeni değişkenine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir (X^2=1,333; p>.05).

Tablo 19.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Baba Alkol Alma Durumuna Göre Puanların Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal İçici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Evet	19	54,3	18	60,0	37	56,9
Hayır	16	45,7	12	40,0	28	43,1
Toplam	35	100,0	30	100,0	65	100,0

X^2=0,215, df=1, p=,643, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin baba alkol alma değişkenine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir (X^2=0,215; p>.05).

Tablo 20.
Alkol Kullanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerin Anne Alkol Alma Durumuna Göre Puanların Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal İçici		Toplam	
	N	%	N	%	N	%
Evet	4	11,4	9	20,0	13	20,0
Hayır	31	88,6	21	70,0	52	80,0
Toplam	35	100,0	30	100,0	65	100,0

X^2=3,482, df=1, p=,062, CV=0(0%)

AKB Olan ve Sosyal içicilerin anne alkol alma değişkenine göre ki kare istatistik yöntemi ile karşılaştırılmış ve istatistiksel anlamlılık tespit edilmemiştir (X^2=3,482; p>.05).

Tablo 21.
Alkol Kulanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerde Çocukluk Çağı Travma Ölçeğine Göre Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal içici			
	ort	sd	ort	sd	t	p
Çocukluk Top	75,71	6,77	70,73	9,06	2,475	0,014*
Duygusal İstismar	11,34	2,05	10,16	1,91	2,373	0,021*
Fiziksel istismar	12,45	1,89	12,33	2,53	0,225	0,823
Fiziksel ihmal	16,82	3,47	15,53	3,33	1,525	0,132
Duygusal ihmal	21,48	3,19	20,50	4,37	1,047	0,299
Cinsel istismar	13,60	3,18	12,20	2,94	1,831	0,072

Tablo 21'de AKB Olan ve Sosyal içicilerin çocukluk çağı travmaları toplam ve alt ölçek puan ortalamalı t-test istatistik yöntemi ile karşılaştırılarak incelenmiştir. AKB olan bireylerin sosyal içicilere göre toplam (t=2,475, p=0,014) ve duygusal alt ölçek puanlarında (t=2,373, p= 0,021istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 22.
Alkol Kulanım Bozukluğu Olan ve Sosyal İçicilerde Psikolojik Dayanıklılık Ölçeğine Göre Toplam ve Alt Ölçek Puan Ortalamalarının Karşılaştırılması

	AKB Olan		Sosyal içici			
	Ort	sd	Ort	sd	t	p
Dayanıklılık T.	97,71	6,77	96,80	5,88	0,404	0,688
Yapısal S.	12,94	2,87	11,60	1,88	2,252	0,028*
Gelecek A.	11,80	2,93	12,00	1,46	-0,355	0,724
Aile Uyumu	16,45	2,88	16,96	1,95	-0,819	0,416
Kendilik A.	17,91	3,49	17,53	2,40	0,504	0,616
Sosyal Y.	19,22	3,55	18,86	2,73	0,454	0,652
Sosyal K.	19,37	3,73	19,83	2,54	-0,589	0,558

Tablo 22'de AKB olan ve Sİ olan katılımcıların Psikolojik Dayanıklılık toplam ve alt ölçek puan ortalamalı t-test istatistik yöntemi ile karşılaştırılarak

incelenmiştir. AKB olan bireylerin Sİ olan katılımcılara göre yalnızca yapısal stil alt ölçek puan ortalamasında (t=2,252, p=0,028) istatistiksel olarak anlamlı farklılık tespit edilmiştir.

Tablo 23.
AKB Katılımcılarında Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Dayanıklılık		
	r	p	n
Çocukluk Travma	-0,121	0,49	35

AKB olanların çocukluk çağı travmaları ve psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (r=-,121, p=0,490).

Tablo 24.
Sosyal İçicilerde Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Dayanıklılık Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

	Dayanıklılık		
	r	p	n
Çocukluk Travma	0,004	0,985	30

Sosyal içici olanların çocukluk çağı travmaları ve psikolojik dayanıklılıkları arasındaki ilişki incelendiğinde istatistiksel olarak anlamlı bir ilişki tespit edilmemiştir (r=,004, p=0,985).

Tablo 25.
Tüm katılımcıların Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Dayanıklılık Alt Boyutları Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

		Yapısal	Gelecek	Aile Uyumu	Kendilik	Sosyal Yeter.	Sosyal Kaynak
Duygusal İstismar	r	0,039	-0,021	0,200	0,102	0,173	-0,217
	p	0,756	0,871	0,109	0,420	0,168	0,083
Fiziksel İstismar	r	0,010	-0,046	-0,066	0,039	,351**	-0,161
	p	0,937	0,717	0,604	0,755	0,004	0,199
Fiziksel İhmal	r	0,112	-,279*	-0,115	-0,134	-0,179	-,299*
	p	0,372	0,024	0,361	0,289	0,154	0,016
Duygusal İhmal	r	0,124	-0,143	-0,012	-0,066	-0,017	-0,082
	p	0,326	0,256	0,923	0,600	0,893	0,516
Cinsel İstismar	r	0,118	0,207	0,126	0,137	0,113	-0,101
	p	0,350	0,099	0,316	0,275	0,370	0,423

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

Tablo 25'de Alkol Kullanım Bozukluğu olan kişilerin Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Dayanıklılık alt boyutları arsındaki ilişki Pearson korelasyon istatistik yöntemi ile incelenmiştir.

Fiziksel İstismar ile Sosyal Yeterlilik puanı arasında zayıf düzeyde, pozitif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= .351$, $p<.05$). Fiziksel İstismar artarken Sosyal yeterlilik de artmaktadır.

Fiziksel İhmal ile Gelecek Algısı puanı arasında zayıf düzeyde, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= -.279$, $p<.05$). Fiziksel İhmal artarken Gelecek Algısı azalmaktadır.

Fiziksel İhmal ile Sosyal Kaynaklar puanı arasında zayıf düzeyde, negatif yönde anlamlı ilişki bulunmuştur ($r= -.299$, $p<.05$). Fiziksel İhmal artarken Sosyal Kaynaklar azalmaktadır.

Duygusal İstismar, Duygusal İhmal ve Cinsel İstismar İle Psikolojik Dayanıklılık alt boyutları arasında anlamlı yönde farklılık bulunmamıştır ($p>.05$).

5. BÖLÜM
TARTIŞMA

Yapılan bu çalışmada AKB olan ve alkol kullanım bozukluğu olmayan Sİ bireyler arasındaki çocukluk çağı travmaları ve psikolojik dayanıklılık düzeyleri karşılaştırmalı olarak incelenmiştir. Çalışmada AKB olan bireylerde çocukluk çağı travmaları daha yoğun olarak yaşandığı tespit edilmiştir. Bu çalışmada özellikle çocukluk çağı travmalarından duygusal istismar AKB olan bireylerde Sİ bireylerine oranla daha fazla görülmüştür. Alanla ilgili yapılan araştırmalarda alkol kullanım bozukluğu ile çocukluk çağı travmasının ilişkili olduğu, AKB olanlarda çocukluk çağı travmaları daha yoğun olarak ortaya çıktığı bildirilmektedir (Frias & Armenta, 2002).

Alkol kullanımında en önemli etken olarak kişilerin çocukluk çağında aile veya çevresi tarafından uygulanan istismar veya ihmal olduğu belirtilmektedir (Taner ve Gökler, 2004). Gürgen (2017) yapmış olduğu çalışmada, alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde duygusal ihmal, fiziksel ihmal, duygusal istismar, fiziksel istismar ve cinsel istismar oranlarının alkol sorunu olmayan bireylere göre daha yüksek bulunduğunu ortaya koymuştur. Bir diğer araştırmada Lewis, çocukluk çağında kişilerin fiziksel ve cinsel istismar/ihmal ile alkol kullanım bozukluğu arasında anlamlı bir ilişki olduğu sunucunu elde etmiştir (Lewis, 2005). Ayrıca Şahin, yaptığı araştırmada çocukluk çağında fiziksel şiddete veya ihmale maruz kalmış bireylerin alkol kullanım düzeyinin daha fazla olduğu sonucuna ulaşmıştır (Şahin, 2008).

Çakıcı ve ark. (2003) çocuk istismarının alkol ve diğer madde kullanımı ile ilişkili olduğunu ve bireylerin travmatik olaylar sonrasında kendi kendilerini tedavi etmek için alkol kullanımına yönelebileceğini bildirmiştir. Başka bir çalışmada ise alkol kullanımının nedenlerini çocukluk çağı travmalarını tedavi etmek ve sıkıntılarını bastırmak için kullandıklarını ortaya koymuşlardır (Örsel, Karadağ, Kahiloğullari, & Aktaş, 2011). Üniversite öğrencileri arasında yapılan bir çalışmada da olumsuz aile ortamının gençleri alkol kullanımına yönelttiği sonucuna ulaşılmıştır (Kolay Akfert, E. Çakıcı, M.Çakıcı, 2009). Benzer bir araştırmada; ilgisiz, tutarsız ve

otoriter aile tutumunun, demokratik aile tutumuna göre alkol içme oranını artırdığı sonucu elde ettiği ortaya konmuştur (Tol, 1990).

Gerek AKB olanların gerekse Sİ olan bireylerde fiziksel istismara uğrayanlarda sosyal yeterliliğin daha fazla olduğu görülmektedir. Ancak Fiziksel ihmal ve sosyal kaynaklar açısından değerlendirildiğinde, fiziksel ihmale maruz kaldıkça, sosyal kaynakların yeterliliğinin azalması yönünde bulgulara da bu çalışmada rastlanmaktadır. Burada bireyler duygusal ve fiziksel olarak istismar edildikleri için sosyal olarak kendi kendilerine yetmeye çalışmış ve kendi başlarının çaresine bakmayı denemiş olabilirler.

Bireyler duygusal ihmale uğradıklarında kendilik algısında düşme olacağından dolayı başkalarına bağımlı olabilir ve olayların üstesinden tek başlarına gelemeyecekleri düşüncesine kapabilirler. Bu çalışmada AKB olan bireyler hastahanede yatan bireylerdir. Özellikle hastanede yatış yapan bireylere yönelik düzenlenen semineler, eğitimler, aktivitelerle kişilerin sosyal yeterliliklikleri arttırılıp aynı zamanda manevi bir destek gördükleri için sosyal yeterliliklerinin artmasında etkili bir faktör olduğunu düşünülebilir.

Rew (2001) yapmış olduğu araştırmasında paralel nitelikte yaptıkları çalışmada psikolojik istismar ve psikolojik sağlamlık arasındaki ilişkide sosyal bağlılığın ve aidiyetin koruyucu faktörler olduğunu, çocukluk dönemi psikolojik istismar ve psikolojik sağlamlık ilişkisinde, sosyal bağlılığın ve aidiyetin tam aracı rol üstlendiğini bildirilmiştir. Psikolojik istismar ve psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkide sosyal bağlılık ve aidiyetin koruyucu faktörler olduğu ve istismarın olumsuz etkilerini azaltmada sosyal bağlılık ve aidiyet duygusunun önemli role sahip olduğu ortaya konmuştur (Arslan, 2015). Sargent ve arkadaşlarının yaptıkları çalışmada da olumsuz yaşantılar sonrası depresif semptomların gelişiminde aidiyet duygusunun önemli bir koruyucu faktör olduğu sonucuna varılmıştır (Davey, Sargent, Luger, Maeder, & Richmond, 2002).

Bireyin ebeveyni tarafından psikolojik istismara maruz kalması, onun sosyal gelişimi üzerinde olumsuz etkiler bırakmakta ve yetişkinlikte aidiyet ve sosyal bağlığın gelişiminde sorunlara neden olabilmektedir (Sargent ve ark., 2002). Yapılan

araştırmalarda sosyal desteğin ve çocukluk çağı travmalarının alkol kullanım bozukluğu üzerindeki etkisinin anlamlı olduğu görülmüştür. Bu çalışmada da alkol kullanımının çocukluk çağı travmalarından etkilendiği, sosyal içicilerde de çocukluk çağı travmaları görülmekle beraber alkol kullanım limitlerinde bundan etkilenebileceği anlaşılmaktadır.

Bu çalışmada ayrıca AKB olan ve Sİ bireylerin psikolojik dayanıklılık düzeyleri de karşılaştırmalı olarak incelenmiş, AKB olan bireylerin Sİ bireylere göre yalnızca yapısal stil boyutunda farklılık bulunmuştur. Yapısal stil özelliği genel tutumda daha dirençli daha savunmacı daha güçlü görünüm gibi özellikleri içermektedir. Psikolojik dayanıklılık, bireyin günlük hayatını etkileyen önemli bir özellik ve stresle başa çıkmada gerekli bir beceri olarak kabul edilebilir.

Kobasa'nın bireylik teorisinde söz ettiği 'stresli hayat koşulları ile karşılaşıldığında bir direnç aracı olarak bireylik ve bireyin psikolojik dayanırlık, bağlanma, denetim ve meydan okuma gibi faktörlerden oluştuğu ortaya konmuştur (holt 1987; Skau, 1994; Florian, 1995). Çalışmanın örneklemi hastanede tedavi gören AKB olan bireylerin, hastane koşulları göz önüne alındığında, hastane içerisinde hastalara yönelik gerçekleştirilen aktiviteler, hastane çalışanlarının sosyal desteği ve hastaların birbirleriyle kurdukları olumlu ilişkiler neticesinde psikolojik dayanırlıklarını güçlendirici kaynakların varlığı da dayanıklılığı güçlendirici özellikler olarak düşünülmelidir.

Çalışmada bireylerin kendini daha güçlü gösterme eğilimi ve kişileri savunmaya yöneltmesi toplum tarafından kabul edilebilir cevaplar vermelerine de sebep olmuş olabilir. Buna karşın Alkol kullanımı ve psikolojik dayanıklılığı ölçen araştırmalarda, alkol kullanan bireylerin strese karşı daha dayanıksız olduklarını belirtilmiştir (Karahan ve Koç 2005). Samoluk ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada kaygı ile alkol kullanım bozukluğu arasındaki ilişkiyi incelemiş ve anksiyete seviyesi yüksek olan bireylerin, kaygılarını bastırmak için alkol kullandıkları görülmüştür (Stewart, Samoluk, & MacDonald, 1999). Şahin, yaptığı çalışmada alkol ve madde kullanımı, kişilerdeki psikolojik dayanıklılık düzeyini oldukça azalttığı yönünde ve depresyon, anksiyete, içe kapanıklık, sosyal çekingenlik gibi sorunların oluşmasına zemin hazırladığı sonucuna ulaşmıştır (Şahin, 2008).

6. BÖLÜM
SONUÇ

Elde Edilen tüm veriler ve literatür desteği sonucunda araştırmanın sınırlılıkları olsa da literatür taraması sonucunda ulaşılan sonuçlardan biliyoruz ki çocukluk çağı travmasının etkileri kişilere göre farklılık gösterebilir. Kişisel farklılıklar ve başka dinamiklerin varlığı AKB'nin nedeni olabilir ya da sosyal içici olarak bilinen bireyler bir süre sonra AKB gösterebilir. Bu çalışma tüm bunlar göz önünde bulundurularak, sosyal içicilerin de çocukluk çağı travmaları yaşamış olabilecekleri değerlendirilerek araştırmaların bu çerçevede artmasına destek olabilir.

Bu çalışma sonucunda ayrıca Alkol Kullanım Sorunları ile ilgili ilgilenen tedavi merkezlerinde öncelikli olarak çalışan psikolog, psikiyatrist ve tüm ruh sağlığı çalışanlarının özellikle AKB olan bireylerin tedavilerinde, sadece alkol kullanımına yönelik değil, çocukluk çağı travmalarının da dikkate alınarak terapi ve tedavilerinin bir parçası olması gerektiği sonucuna ulaşılmıştır. AKB yanında Sİ'lerde de çocukluk çağı travmaları öyküsü muhakkak sorgulanmalı ve tespit edilmesi halinde tedavileri bu özellikler dikkate alınarak yapılmalıdır.

Çocukluk çağında istismar ve ihmale uğrayan bireylerin topluma geri kazandırılması için bu alanla ilgili araştırmaların ve çalışmaların arttırılması ve bu konuya gereken önem verilmelidir. Özellikle travma alanında gerek psikologların gerek psikiyatristlerin kendilerini geliştirmeleri adına eğitim, seminer ve saha çalışmalarına katılmalarının travmaya müdahalede ve iyileştirici rolünde etkisi gözden kaçırılmamalıdır. Devletin de Alkol kullanım ve Çocukluk Çağı travmaları konularında sosyal politikalar geliştirmesi yanında devletin çalışan organlarının da gerekli desteği sağlaması toplumsal ve bireysel ruh sağlığı açısından önemli olduğu bilinciyle daha aktif ve işlevsel çalışmalar yapması önemlidir. Ayrıca alkol ve madde kullanımıyla ilgili çalışan Sivil Toplum Kuruluşları'nın da bu alanda çalışmalarını toplumun her bireyine ulaşabilmek adına daha önem taşımaktadır. Bu nedenle toplum ruh sağlığı merkezlerinin arttırılması ve alanda çalışan uzmanların yeterli eğitim ve donanıma sahip olması gerekliliği gündeme gelmelidir. Ayrıca okullarda, medya organlarında daha geniş kitlelere ulaşmak ve bilgi vermek amacıyla alkol ve travma hakkında daha fazla bilgi verilmelidir.

KAYNAKÇA

ABD Hastalık Kontrol ve Korunma Merkezi (Center for Disease Control and Prevention) (2014).

Akbaş, S., Tütüncü, E., Tamar, M., Coşkunol, H., ve Kesikçi, H. (2004). Tip I ve Tip II alkoliklerin çocuklarındaki psikopatoloji. Journal of Dependence, 5(3), s.101-106.

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

Akvardar Y., Türkancan, A., Aytaçlar S ve ark. (1997). CAGE ile riskli alkol kullanımının taranması. 33. Ulusal Psikiyatri Özet Kitabı, Antalya.

Alikasifoglu, M., Erginoz, E., ve Ercan, O. (2006). Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. Child Abuse Negl, 30(3) s.247-255.

Allen, J.P., Maiste, S.A., ve Connors, G.J. (1995) Self-report screening test for alcohol problems in primary care. Arch Intern Med, 155(16), s.1726-1730.

American Psychiatric Association: APA (1987). DSM-III-R: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (3rd ed. Revised). Washington DC.

Amerikan Psikiyatri Birliği. Mental Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal El Kitabı, (1995). E Köroğlu (Çev. ed.), 4. Baskı, Ankara.

Amerikan Ulusal Alkol Bağımlılığı ve Alkolizm Enstitüsü (2012).

Anda, R.F., Dong, M., Brown, D.W., Felitti, V.J., Giles, W.H., ve Perry, G.S.(2009). The relationship of adverse childhood experiences to a history of premature death of family members, 9(1), s. 106.

Anderson, M. J., & Willis, T. J. (2003). Canonical analysis of principal coordinates: a useful method of constrained ordination for ecology. *Ecology*, *84*(2), 511-525.

Arslan, G. (2015). Psikolojik istismar, Psikolojik sağlamlık, Sosyal Bağlılık ve Aidıyet Duygusu Arasındaki İlişki. *Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, *1*(36), 47-58.

Atkinson, R.M., Tolsen, R.L., ve Turner, S.A. (1990) Late versus early onset problem drinking in older men. Alcohol Clin Exp Res, 14(4):574-579.

Bilir, Ş., Arı, M., ve Dönmez, N.(2001). 4-12 Yaşları Arasında 16.100 Çocukta, Örselenme Durumları İle İlgili Bir İnceleme. I. Ulusal Kongresi, Serbest Bildiriler Kitabı, 45-53.

Block, J.H., ve Block, J. (1980) The Role of Ego-control and Ego-resiliency in the Organisation of Behaviour. WA Collins (Ed.), Development of Cognition, Affect, and Social Relations: Minnesota Symposia on Child Psychology, NJ: Erlbaum, vol.13: s.39-101. Hillsdale.

Bottlender, M.,ve Soyka M.(2004). Impact of craving on alcohol relapse during, and 12 months following, outpatient treatment. Alcohol Alcohol, 39(4), s.357-361.

Brodsky, B.S., Malone, K.M., Ellis, S.P., Dulit, R.A., ve Mann J.J. (1997). Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. Am J Psychiatry 154(12), s.1715–1719.

Brodsky, B.S., Oquendo, M., ve Ellis, S. (2001). The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. Am J Psychiatry, 158(11), 1871-1877

Brooks, R.B. (1994) Children at Risk: Fostering Resilience and Hope. Am J Orthopsychiatry, 64(4), 545-553

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

Çakıcı, M., Çakıcı, E., Tatlısu, Ö., Bekiroğulları, Z., Aksoy, A. (2003). Kuzey Kıbrıs'ta Çocuk İstismarı Yaygınlığı. Lefkoşa: Mavi Matbaacılık

Çataloğlu, B. (2011). Madde kullanan ve kullanmayan ergenlerin psikolojik sağlamlık ve aile işlevleri açısından karşılaştırılması(Doctoral dissertation, DEÜ Eğitim Bilimleri Enstitüsü).

Çoşkunol,H,ve Çelikkol, A. (1996). Alkol kullanım bozuklukları. Ahmet Çelikkol. Editör. Alkol kullanım bozuklukları ve tedavisi. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Ege Üniversitesi Basımevi, .s141-155

Davey, C. A., Sargent, D. F., Luger, K., Maeder, A. W., & Richmond, T. J. (2002). Solvent mediated interactions in the structure of the nucleosome core particle at 1.9 Å resolution. *Journal of molecular biology*, *319*(5), 1097-1113

De Bellis M., ve Thomas L. (2003). Biologic findings of post–traumatic stress disorder and child maltreatment. Curr Psychiatry Rep 5(2), s.108–117

De Bellis, M.D., Baum, A.S., Birmaher, B., Keshavan, M.S., Eccard, C.H., Boring, A.M., Jenkins, F.J., ve Rya, N.D. (1999). AE Bennett Research Award. Developmental traumatology. Part I: Biological stress systems. Biol Psychiatry 15(45), s.1259–1270

Demir, T., Demir, D.E., Kayaalp, L., ve Büyükkal, B. (1999). Ergenlerde depresif bozuklukların yaygınlığı ve depresif bozukluğu olan ergenlerin özellikleri. Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi, 6(1), s.3-11

Demirkapı, E.S. (2013). Çocukluk Çağı Travmalarının Duygu Düzenleme Ve Kimlik Gelişimine Etkisi Ve Bunların Psikopatolojiler İle İlişkisi, Adnan Menderes Üniversitesi, Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sağlık Bilimleri Enstitüsü, s.47

Diamond, D.M., Fleshner, M., Ingersoll, N., ve Rose, G.M. (1996). Psychological stress impairs spatial working memory: relevance to electrophysiological studies of hippocampal function. Behav Neurosci 110(4), s.661–672

Diener, E. (1984). Subjective well-being. Psychological Buletin, 95(3), 542-575

Eskin, M., Kaynak-Demir, H., ve Demir, S. (2005). Same-sex sexual orientation, childhood sexual abuse, and suicidal behavior in university students in Turkey. Arch Sex Behav, 34(2), s.185-95

Evren, C., ve Ögel, K. (2003). Alkol/madde bağımlılarında dissosiyatif belirtiler ve çocukluk çağı travması, depresyon, anksiyete ve alkol/madde kullanımı ile ilişkisi. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 4(1), 30-37

Faller, G. (2001). Positive psychology: A paradigm shift. Journal of Pastoral Counseling, 36, 7- 20

Garmezy, N. (1991) Resilience and Vulnerability to Adverse Developmental Outcomes Associated with Poverty. Am Behav Sci, 34(4), s.416-430

Garmezy, N. (1993) Children in Poverty: Resilience Despite Risk. Psychiatry, 56(1), s.127-136

Glautier, S., ve Drummond, D.C. (1994). Alcohol dependence and cue reactivity. J Stud Alcohol, 55(2), s.224- 229

Goldstein, S. ve Brooks, R. (2005), Why study resilience? In S. Goldstein & Robert B. (Eds.). Handbook of Resilience in Children 1. Baskı. New York: Springer, s.3-17

Goodwin DW, Schulsinger F, Moller N ve ark. (1974) Drinking problems in adopted and nonadopted sons of alcoholics. Arch Gen Psychiatry, 1974; 31: 164–169

Gökden, O., Saygılı, R. (1996). Alkol kullanım bozukluklarında tıbbi komplikasyonlar. Çelikkol A. Editör. Alkol kullanım bozuklukları ve tedavisi. İzmir: Ege Psikiyatri Sürekli Yayınları, Ege Üniversitesi Basımevi, s185- 207

Green, A. H. (1981). Core affective disturbance in abused children. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, *9*(3), s.435

Green, A.H. (1967). Self-mutilation in schizophrenic children. Arch Gen Psychiatry, 17(2), s.947- 959

Güler, N., Uzun, S., Boztaş, Z., ve Aydoğan, S.(2002). Anneleri Tarafından Çocuklara Uygulanan Duygusal Ve Fiziksel İstismar/İhmal Davranışı Ve Bunu Etkileyen Faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 24 (3), s.128-134

Gürgen, A. (2017). Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Hastalarda Çocukluk Çağı Travmaları Ve Duygu Düzenleme Güçlüğünün Araştırılması. Çanakkale Onsekiz Mart Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı

İlişkinin İncelenmesi, İstanbul Arel Üniversitesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Sosyal Bilimler Fakültesi, s.31

Kara, B., Biçer, Ü. ve Gökalp, A.(2004). Çocuk İstismarı", Çocuk Hastalıkları Ve Sağlığı Dergisi, 47(2): s.140-151

Karahan, T. F., Epli Koç, H. (2005). Üniversite öğrencilerinin alkol ve sigara kullanım sıklığına göre stresle başaçıkma tarzlarının incelenmesi. Ege Eğitim Dergisi, 2(6), 113-131

Keller, M., McCormick, M., ve Efron, V. A. (1982). Dictionary of Words About Alcohol. In: New Brunswick, N.J. Rutgets Univ. Center of Alcohol Studies

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

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

Klag, S.,ve Bradley, G. (2004). The role of hardiness in stress and illness: An exploration of the effect of negative affectivity and gender. British Journal of Health Psychology, (9), s.137-161

Knutson, J.F., Selner, M.B. (1994). Punitive childhood experiences reported by young adults over a 10-year period. Child Abuse Negl, 18(2), s.155-66

Kobasa, S. (1979). Stressful life events, personality and health: An inquiry into hardiness. Journal of Personality and Social Psychology, 37(1),s.1-11

Kobasa, S. ve Puccetti, M. C. (1983). Personality and social resources in stress resistance. Journal of Personality and Social Psychology, 45 (4), s.839-850

Kobasa, S., Maddi, S. R. ve Kahn, S. (1982). Hardiness and health: A prospective study. Journal of Personality and Social Psychology, 42, 168-177

Kulaksızoğlu, A.(2002). Ergenlik Psikolojisi. 5. Basım. Remzi Kitabevi, İstanbul, s.191

Kültegin, Ö.(2010). Temel madde bağımlılığı kitabı

Lambert, C. E.,ve Lambert, V. A. (1999). Psychological hardiness: State of the science. Holistic Nursing Practice, 13(3), s.11-19

Lambert, V. A., Lambert, C, E., ve Yamase, H. (2003). Psychological hardiness, workplace stress and related stress reduction strategies. Nursing and Health Sciences, (5), s.181-184

Maddi, S. R., Khoshaba, D. M., Persıco, M., Harvey, R. ve Bleecker, F. (2002). The personality construct of hardiness. Journal of Research in Personality, 36, s.72- 85

Maddi, S. R.,ve Khoshaba, D. M. (1994). Hardiness and mental health. Journal of Personality Assessment, 63(2), s.265-274

Maisto, S.A., Carey, K.B. ve Bradizza, C.M. (1999). Social learning theory. Leonard,

K.E. & Blane, H.T. (Ed), Psychological theries of drinking of alcohol 2. Basım, s. 106-123

Markowitz J., ve Milrod B. (2009). Mood disorders: Intrapsychic and interpersonal aspects. In: Sadock B, Sadock V (eds), Comprehensive textbook of psychiatry (9th ed) Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, s.1686-

1692

Masten, A. S. ve Reed, M.J. (2002). Resilience in development. In C. R. Snyder, & S. J. Lopez (Eds.). The Handbook of Positive Psychology. Oxfort University Press

Norfolk, D. (1989). İş hayatında stres (Çev.: L. Serdaroğlu). İstanbul: Form

Nurcombe, B. (2000). Child SexualAbuse I: Psychopathology. AustralianAnd New Zealand Journal Of Psychiatry, 34(1), s.85-91

O'Connor, P.G., Gottlieb, L.D., Kraus, M.L., Segal, S.R, ve Horwitz, R.I. (1991). Social and clinical features as predictors of outcome in outpatient alcohol withdrawal. J Gen Intern Med, 6(4), s.312-316

Özel, M. A.,ve Güleç, C. (1987). Kronik alkolizm epidemiyolojisi üzerine bir çalışma. 23. Ulusal Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Kongresi, İstanbul

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, Ankara: Nobel Tıp Kitapevleri, s.687- 735

Sargent, J., Williams, R. A., Hagerty, B., Lynch-Sauer, J. ve Hoyle, K. (2002). Sense of belonging as a buffer against depressive symptoms. Journal of the American Psychiatric Nurses Association, 8(4), s.120-129

Sarıkaya, A. (2015). "14-18 Yaş Arası Ergenlerin Benlik Saygısı Ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeyleri Arasındaki İlişki." Yüksek Lisans Tezi. İstanbul Bilim Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Schuckit, M.A. (2000). Alcohol-Related disorders. Sadock B.J. & Sadock V.A. (Ed), Kaplan & Sadock's comprehensive textbook of psychiatry 7. Basım, Philadelphia s. 953-971

Sinclair, R. R. ve Tetrick, L. E. (2000). Implications of ıtem wording for hardiness structure, relation with neuroticism, and stress buffering. Journal of Research in Personality, 34(1), s.1-25

Sinclair, V.G,ve Wallston, K.A. (2004) The Development and Psychometric Evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. Assessment, 11(1), s.94-101

Sinha, R.,ve O'Malley, S.S. (1999). Craving for alcohol: findings from the clinic and

the laboratory. Alcohol Alcohol, 34(2), s.223-230

Skau, M. (1994). Intern Hardiness, Coping and Satisfaction. New York: University at Albany

Smith J,ve Prior, M. (1994) Temperament and Stress Resilience in School-age Children: A Within-families Study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 34(2), s.168-179

Smith, M.A, Kim, S.Y, van Oers, H.J,ve Levine, S. (1997). Maternal deprivation and stress induce immediate early genes in the infant rat brain. Endocrinology 138(11), s.4622–4628.

Starr, S.E. (1996) Are the to types of alcoholism. Lancet, 348:1258

Stewart, S. H., Samoluk, S. B., & MacDonald, A. B. (1999). Anxiety sensitivity and substance use and abuse substance use in cocaine dependent adults. The American journal of drug and alcohol abuse. 32(4), s.655-664.

Swift, R.M.(1999). Medications and alcohol craving. Alcohol Res & Health, 23(3), s.207-213.

Şahin F. (2008). Fiziksel istismar. In Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Temel Kitabı (Eds FÇ Çetin, A Çoşkun, E İşeri, S Miral, N Motavallı, B Pehlivantürk):462-470. Ankara, Hekimler Yayın Birliği.

Şahiner, Ş. F., (2012). Alkol ve madde bağımlılarının sosyodemografik özellikler, çocukluk çağı travmaları, başa çıkma yöntemleri, ve kişilik özellikleri açısından karşılaştırılması. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi. Gazi University, Ankara.

T.C Cumhurbaşkanlığı Devlet Denetleme Kurulu Araştırma ve İnceleme Raporu (2014). Sigara, Alkol ve Uyuşturucu Maddeler İnceleme Raporu (2014).

Taner, Y.,ve Gökler, B. (2004). Çocuk istismarı ve ihmali: psikiyatrik yönleri.

Hacettepe Tıp Dergisi, 35(2), s.82-86.

TC. DİE (1992) Türkiye İstatistik Yıllığı.

Teicher, M.H. (2000). Wounds that time wouldn't heal: the neurobiology of

childhood abuse. Cerebrum 2(4), s.50–67.

Teicher, M.H., Andersen, S.L, Polcari, A, Anderson, C.M., veNavalta, C.P. (2002). Developmental neurobiology of childhood stress and trauma. Psychiatr Clin North Am 25(2), s.397–426

Teicher, M.H., Ito, Y., Glod, C.A,. Andersen, S.L., Dumont, N.,ve Ackerman,E. (1997). Preliminary evidence for abnormal cortical development in physically and sexually abused children using EEG coherence and MRI. Ann N Y Acad Sci 821(1), s.160–175

Terzi, Ş. (2005). İyi olmaya ilişkin psikolojik dayanıklılık modeli (Yayımlanmamış doktora tezi). Gazi Üniversitesi, Ankara

Turan, M., Çilli, A. S., Aşkın, R., Herken, H., Telcioğlu, M., ve Kucur, R. (1999). CAGE testi ile alkol kullanımı üzerine epidemiyolojik bir çalışma. *Klinik Psikiyatri*, *2*, s.217-221

Turan, M., Çilli, A.S., ve Aşkın, R. (1997). Alkol kullanım bozukluklarının yaygınlığı Pilot Çalışma. 33. Ulusal Psikiyatri Kongresi Bildiri Özet Kitabı, Antalya.

Tusaie,K,ve Dyer, J. (2004) Resilience: A Historical Review of the Construct. Holist Nurs Pract, 18(1), s.3-8.

Türkiye Büyük Millet Meclisi. Türkiye Cumhuriyeti Anayasası 58. Madde

Türkiye Yeşilay Cemiyeti (2015). Erişim Tarihi: 20Aralık 2017 Yeşilay.org.tr/tr

Ulukoca, N., Gökgöz, Ş., & Karakoç, A. (2013). Kırklareli üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi*, *18*(4), 230- 234

Ulukoca, N., Gökgöz, Ş., & Karakoç, A. (2013). Kırklareli üniversitesi öğrencileri arasında sigara, alkol ve madde kullanım sıklığı. *Fırat Tıp Dergisi*, *18*(4), 230-234.

UNDCP (1997) . İstanbul'da Madde İstismarı: Hızlı değerlendirme Çalışması

United Nations Office on Drugs and Crime (UNDOC), (2005). World Drug Report launched by UNDOC in Stockholm. s.1-13

Van der Kolk, B.A. (1996). The complexity of adaptation to trauma: self-regulation, stimulus discrimination and characterological development. BA van der Kolk, AC McFarlane, L Weiseath (eds): Traumatic Stress'te, New York, Guilford Press, s.182-214.

Van der Kolk, B.A., Weiseath, L., ve van der Hart, O. (1996). History of trauma in psychiatry. BA van der Kolk, AC McFarlane, L Weiseath (eds): Traumatic Stress'te, New York, Guilford Press, s.47-77.

Varma, V.K., Basu, D., ve Malhatra, A. (1994) Correlates of early and late onset alcohol dependence. Addict Behav, 19(6), s.609-619.

Vythilingam, M., Heim, C., Newport, C.D., Miller, A.H., Anderson, E., Bronen, R., Brummer, M., Staib, L., Vermetten, E., Charney, D.S., Nemeroff, C.B., ve Bremner J.D. (2002). Childhood trauma associated with smaller hippocampal volume in women with major depression. Am J Psychiatry 159(12), s.2072–2080

Wagnild, G.M., ve Young, H.M. (1993) Development and Psychometric Evaluation of the Resilience Scale. J Nurs Meas, 1, s.165-178.

Walker, C., Bonner, B., ve Kaufmann, K. (1988). The physically and sexually abused child: evaluation and treatment. Pergamon Press, New York.

WHO (n.d.). The ICD-10 Classification of Mental and Behavioral Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.

WHO Chronicle (1982) Alcohol problems: a growing threat to health, 36(6), s.222-225.

WHO Global Alcohol and Health Report (2014).

Wiersma, J.E., Hovens, J.,ve van Oppen, P., (2009). The importance of childhood trauma and childhood life events for chronicity of depression in adults. J Clin Psychiatry, 70(7), s.983-989.

Wills T.A., Gibbons F.X., ve Gerrard M. (2003). Family communication and religiosity related to substance use and sexual behaviour in early adolescence: a test for pathways through self-control and prototype perceptions. Psychol

Addict Behav, 17(4): 312-323.

Wolin, S.J.,ve Wolin, S. (1993) The Resilient Self: How Survivors of Troubled Families Rise Above Adversity. New York: Villard Boks, s.85.

Wood, M. D., Read, J. P., Mıtchell, R. E., ve Brand, N. H. (2004). Do parents still matter? Parent and peer influences on alcohol involvement.

World Health Organization. The World Health Report (2014).

Yazicioglu, B., & Yuncu, H. (2009). A correlation for optimum fin spacing of vertically-based rectangular fin arrays subjected to natural convection heat transfer. Journal of thermal science and technology, 29(11), 99-105.

Yıldırım, P. K. (2014). Pınar Koç. Ergenlerde Psikolojik Dayanıklılık ile Benlik Kurgusu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi. İstanbul: Marmara Üniversitesi EBE, İstanbul.

Yüncü, Z., Kesebır, S., Özbaran, B., Çelık, Y., ve Aydin, C. (2009). Madde Kullanım Bozukluğu Olan Ergenlerin Ebeveynlerinde Psikopatoloji ve Mizaç: Kontrollü Bir Çalışma. *Turk Psikiyatri Dergisi*, *20*(1).

Zatzick D, Russo J, Grossman DC ve ark. (2006) Posttraumatic stress and depressive symptoms, alcohol use and traumatic life events in a representative sample of hospitalized injured adolescent and their parents. J Pediatr Psychol, 31(4): 377- 387.

Zoroğlu, S., Tüzün, Ü., Şar, V., Öztürk, M., Kora, M.E., ve Alyanak, B. (2001) Çocukluk Dönemi İstismar Ve İhmalinin Olası Sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(2), s.69-78.

Zoroğlu, S.S., Tüzün, Ü., ve Şar, V.(2001). Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları. Anadolu Psikiyatri Dergisi, 2(2), s.69-78.

EKLER

EK-A: ARAŞTIRMA AMAÇLI ÇALIŞMA İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Klinik Psikoloji Bölümü Melek BAL tarafından gerçekleştirilen bir çalışmadır.

Bu çalışmanın amacı; ''Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin ve Sosyal İçicilerin Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılatırlmalı Olarak İncelenmesi''dir.

Anket tamamen bilimsel amaçlarla düzenlenmiştir. Anket formunda kimlik bilgileriniz yer alamyacaktır. Size ait bilgiler kesinlikle gizli tutulacaktır. Çalışmadan elde edilen veriler yalnızca istatistik veri olarak kullanılacaktır. Yanıtlarınızı içten ve doğru olarak vermeniz bu anket sonuçlarının toplum için yararlı bilgi olarak kullanılmasını sağlayacktır.

Telefon numaranız anktetörün denetlenmesi ve anketin uygunlandığının belirlenmesi amacı ile istenmektedir.

Yardımınız için teşekkür ederim .

Ünvan : Psikolog

İsim-Soyad : Melek Bal

Yukarıda ki bilgileri ayrıntılı biçimde tümünü okudum ve anketin uygulanmasını onayladım.

İsim:

İmza:

Telefon:

EK-B: BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ ONAM FORMU

Gönüllü olarak katılmış olduğunuz bu çalışmanın adı: "Alkol Kullanım Bozukluğu Olan Bireylerin ve Sosyal İçicilerin Çocukluk Çağı Travmaları ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi''dir. Çalışma bilimsel bir araştırmadır.

Bu çalışma Yakın Doğu Üniversitesi klinik psikoloji yüksek lisans tezi kapsamında Prof. Dr. Mehmet Çakıcı danışmanlığında Melek Bal tarafından yürütülmektedir.

Araştırmanın amacı riskli alkol kullanımının çocukluk çağı tarvamları ve psikolojik dayanıklıklığa etkisinin incelenmesidir. Bu amaçla size çocukluk çağı travması ölçeği ve psşkolojik dayanıklılık ölçeği sorularının yanı sıra sosyodemografik kişisel bilgileriniz ve bilgilerinize başvurulacaktır.

Araştırma esnasında vereceğiniz bilgiler tamamen gizli tutulacak ve kişisel bir değerlendirme yapılmayacaktır. Bu nedenle çalışma kapsamında kimlik bilgileriniz istenmemektedir. Yüksek lisans tezi kapsamında tamamen bilimsel amaçla yapılan bu çalışmada toplanan veriler araştırma sonunda toplu olarak analiz edilecektir. Araştırma esnasında toplanan veriler bilimsel amaçlı ve klinik pratiğe katkı sağlamak amacıyla kullanılacaktır.

Formdaki maddeleri tüm samimiyetinizle eksiksiz ve doğru bir şekilde cevaplamanız araştırmanın güvenirliği açısından büyük önem taşımaktadır.

Bu çalışmaya katılmak tamamen gönüllülük esasına dayanmaktadır.

Bilgilendirilmiş gönüllü onam formundaki tüm açıklamaları okudum, araştırmacının anlattıklarını dinledim, anladım. Çalışmada kişisel bilgilerimin gizli tutulacağı ve araştırma dışında başka amaçlarla kullanılmayacağı bana açıklandı. Araştırma öncesinde istediğim soruları sordum ve cevaplarını aldım. Bu araştırmaya gönüllü olarak hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.

- **Kabul ediyorum**
- **Tarih: …….**
- **İmza: …….**

Açıklamaları Yapan; **Tarih** **İmza**
Psikolog Melek Bal

Tel: 0541 824 80 71
e-mail: psk.melekbal@gmail.com

EK-C: KİŞİSEL BİLGİ FORMU

Sayın katılımcılar;

Aşağıda sizi tanımamıza yönelik bazı sorular bulunmaktadır. Sorulara içtenlikle cevap vermeniz araştırmanın güvenirliliği açısından önem taşımaktadır. Test üzerinde kimliğinizi belirten herhangi bir soru bulunmamaktadır. Bu nedenle her soru için mümkün olduğunuzca samimi bir şekilde size uyan cevabı işaretleyiniz.

Katılımınız için teşekkür ederim.

1. Cinsiyet

❑ Kız ❑ Erkek

2. Kaç yaşındasınız?

□ 18-25 ❑ 26-30 ❑ 30-35 □ 35-40 ❑ 40 ve üzeri

3. Nerede doğdunuz? Yazınız.

4. Eğitim durumunuz nedir?

❑ Üniversite mezunu ❑ Yüksek lisans(Uzman statüsü) ❑ Doktora ve üzeri Lise mezunu orta okul mezunu ilk okul mezunu Okur-yazar değil

5. Annenizin eğitim durumu nedir?

❑Okur-yazar değil ❑ Okur -yazar ❑ İlkokul mezunu ❑ Ortaokul mezunu

❑Lise mezunu ❑ Üniversite mezunu ❑ Yüksek lisans ve üzeri

6. Babanızın eğitim durumu nedir?

❑Okur-yazar değil ❑ Okur -yazar ❑ İlkokul mezunu ❑ Ortaokul mezunu

❑Lise mezunu ❑ Üniversite mezunu ❑ Yüksek lisans ve üzeri

7. Medeni haliniz?

❑ Evli ❑ Bekar ❑diğer……

8.Çalışyor musunuz?

□Evet□hayır

9. Maddi Geliriniz:

□ asgari ücret altı (1.777 TL □ asgari ücret (1.777 TL) 1800- 2500 □2500-3000 □3000-5000 □ 5000 ve üzeri

10.Maddi gelirinizden memnun musunuz?

□ Evet □ Hayır

11.Sizi maddi manevi destekleyen biri var mı? varsa kim?

□yok □Ailem (anne/baba) □sevgili Eş□arkadaş □diğer

12. Kiminle yaşıyorsunuz?

□Anne/ baba □eşi □ sevgilisi □ yalnız □arkadaş diğer

13.Çocuğunuz var mı?

□var □yok

14.Kaç çocuğunuz var? Yazınız.

15.Anne baba hayatta mı?

□Evet □hayır

16.Şimdi ki aile ilişkileriniz nasıl?

□kötü □orta □ iyi □çok iyi

17. Hiç psikolojik destek ihtiyacı hissettiniz mi?

□Evet □hayır

18. Yaşamınızda size en çok stres verdiğini düşündüğünüz faktör nedir?

□ Parasal sorunlar

□ Ailevi sorunlar

❑ Sosyal çevre

❑ **Eğitim**

❑ Karşı cins ile olan ilişkiler

❑ **Iş hayatı**

❑ **Hiç biri**

19. Diğerlerinin gözünden en çok nasıl görünmek sizi tatmin ederdi?

❑ Başarılı olmak

❑ Saygın olmak

❑ Değerli olmak

❑ Ciddiye alınmak

20. Son 6 ay içerisinde en çok aşağıdakilerden hangisinin eksikliğini hissettiniz?

❑ Değerli hissetmek

❑ Işe yarar hissetmek

❑ Güvende hissetmek

❑ Yeterli hissetmek

❑ **Hiç biri**

21. Psikolojik tedavi gördünüz mü? ❑ Evet ❑ **hayır**

22. Bilinen bir rahatsızlığınız var mı(bedensel ya da tıbbi)?

❑ **Evet** ❑ Hayır

23. Hiç alkollü bir içecek tükettiniz mi?

❑ Evet ❑ **Hayır**

24.İlk alkol deneyiminiz hangi amaçla gerçekleşti?

❑ **Özenti**

❑ Eğlence

❑ Stresi azaltmak

❑ Keyfi

❑ Merak

25. Ne sıklıkla alkol kullanırsınız?

❑ Ayda bir ❑ Haftada birgün ❑ Haftada 2-3 ❑ Haftada 3-4

❑Neredeyse hergün ❑ Kullanmıyorum

26.Alkol kullanmıyorsanız nedeni nedir?

❑Dini inançlar ❑sağlıklı ❑alkolden tiksinme ❑ hiçbiri

27. Babanız alkol kullanır mı? ❑ Evet ❑Hayır

28. Anneniz alkol kullanır mı? ❑ Evet ❑Hayır

29.Kardeşiniz alkol kullanır mı?

❑ Evet❑ hayır ❑ kardeşim yok

30.Alkollü içecek tüketirken limitiniz nedir?

❑ 1 bardak ❑ 1- 5 arası bardak ❑ 5 bardaktan yukarı

31.Her hangi bir uyuşturucu madde denediniz mi?❑ Evet ❑ hayır

32.Ilk alkol denemeniz kaç yaşında oldu?

❑ 12 yaş altı ❑ 12 -16 yaş ❑ 17-22 yaş ❑ 22 yaş ve üstü

33. Alkollü içeceklerin sizde hoşunuza giden etkisini zarar vermediğini bildiğiniz, başka bir yol olsaydı tercih eder miydiniz? ❑Evet ❑hayır

34. Alkolü daha çok hangi amaç için kullanırsınız?

❑ Eğlenmek ❑ stresi azaltmak ❑ rahat uyumak ❑ duygusal acıyı hafifletmek ❑ hiçbiri

35. Hiç alkol tedavisi gördünüz mü? ❑ Evet ❑ hayır

36. Daha önce alkol kullanıp, sonrasında alkol kullanmayı bıraktınız mı? Evet ise sebebi nedir?

❑ Hayır

❑ Tiksinmek

❑ Dini inançlar

❑ Ailevi/çevresel baskı

❑ Alkolden dolayı yaşanan sorunlar

37. Stresli olduğunuz zamanlarda, ilk olarak hangi yöntemlere başvurursunuz?

❑ Alkol almak

❑ Keyifli aktivitelere yönelmek

❑ Uyumak

❑ Arkadaşlarla vakit geçirmek

❑ İşe yoğunlaşmak

❑ Yatıştırıcı etkisi olan ilaç almak

EK-D: ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMA ÖLÇEĞİ

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.

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.					
2. Ailemdekiler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.					
5. Kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
6. Sevildiğimi hissediyordum.					
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
9. Ailemdekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da					

sıyrıklar oluyordu.					
10. Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
12. Ailemdekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.					
13. Ailemdekiler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
15. Ailemdekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.					
16. Bana o kadar kötü vuruluyor ya da dövülüyordum ki öğretmen, komşu ya da bir doktorun bunu fark ettiği oluyordu.					
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.					
18. Ailemdekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.					
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu ya da kendisine dokunmamı istedi.					
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla ya da benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.					
21. Çocukluğum mükemmeldi.					
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya ya da cinsel şeylere bakmaya zorladı.					

23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.					
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.					
26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.					
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.					
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.					

EK-E: PSİKOLOJİK DAYANIKLILIK ÖLÇEĞİ

Aşağıda yazılan durumlara göre kendinize yakın olan kutucuğu işaretleyiniz.

	1	2	3	4	5	
1. Beklenmedik bir olay olduğunda... Her zaman bir çözüm bulurum						Çoğu kez ne yapacağıma
2. Gelecek için yaptığım planlarım... Başarılması zordur						Başarılması mümkündür
3. En iyi olduğum durumlar şu durumlardır... Ulaşmak istediğim açık bir hedefim olduğunda						Tam bir günlük boş bir vaktim olduğunda
4. ...olmaktan hoşlanıyorum Diğer kişilerle birlikte						Kendi başıma
5. Ailemin, hayatta nevin önemli olduğu konusudaki Anlayışı Benimkinden farklıdır						Benimkiyle aynıdır
6. Kişisel konuları ... Hiç kimseyle tartışmam						Arkadaşlarımla/Aile-üyeleriyle tartışabilirim
7. Kişisel problemlerimi... Çözemem						Nasıl çözebileceğimi bilirim
8. Gelecekteki hedeflerimi... Nasıl başaracağımı bilirim						Nasıl başaracağımdan emin değilim
9. Yeni bir işe/projeye başladığımda ... İleriye dönük planlama yapmam, derhal işe başlarım						Ayrıntılı bir plan yapmayı tercih ederim
10. Benim için sosyal ortamlarda rahat/esnek olmak Önemli değildir						Çok önemlidir
11. Ailemle birlikteyken kendimi ... hissederim Çok mutlu						Çok mutsuz
12. Beni ...Bazı yakın arkadaşlarım/aile üyelerim cesaretlendirebilir						Hiç kimse cesaretlendiremez
13. Yeteneklerim... Olduğuna çok inanırım						Konusunda emin değilim
14. Geleceğimin ... olduğunu hissediyorum Ümit						Belirsiz
15. Şu konuda iyiyimdir... Zamanımı planlama						Zamanımı harcama
16. Yeni arkadaşlık konusu ... bir şeydir Kolayca yapabildiğim						Yapmaktı zorlandığım
17. Ailem şöyle tanımlanabilir ... Birbirinden bağımsız						Birbirine sıkı biçimde kenetlenmiş
18. Arkadaşlarımın arasındaki ilişkiler ... Zayıftır						Güçlüdür
19. Yargılarıma ve kararlarıma ... Çok fazla						Tamamen güvenirim
20. Geleceğe dönük amaçlarım ... Belirsizdir						İyi düşünülmüştür
21. Kurallar ve düzenli alışkanlıklar ... Günlük yaşamımda yoktur						Günlük yaşamımı kolaylaştırır
22. Yeni insanlarla tanışmak ... Benim için zordur						Benim iyi olduğum bir konudur
23. Zor zamanlarda, ailem ... Geleceğe pozitif bakar						Geleceği umutsuz görür
24. Ailemden birisi acil bir durumla karşılaştığında... Bana hemen haber verilir						Bana söylenmesi bir hayli zaman alır
25. Diğerleriyle beraberken Kolayca gülerim						Nadiren gülerim
26. Başka kişiler söz konusu olduğunda, ailem şöyle davranır: Birbirlerini desteklemez biçimde						Birbirlerine bağlı biçimde
27. Destek alırım Arkadaşlarımdan/aile üyelerinden						Hiç kimseden
28. Zor zamanlarda ... eğilimim vardır Her şeyi umutsuzca gören bir						Beni başarıya götürebilecek iyi bir şey bulma
29. Karşılıklı konuşma için güzel konuların düşünülmesi, Benim İçin Zordur						Kolaydır
30. İhtiyacım olduğunda ... Bana yardım edebilecek kimse yoktur						Her zaman bana yardım edebilen birisi vardır
31. Hayatımdaki kontrol edemediğim olaylar (ile) ... Başa çıkmaya çalışırım						Sürekli bir endişe/kaygı kaynağıdır
32. Ailemde şunu severiz ... İşleri bağımsız olarak yapmayı						İşleri hep beraber yapmayı
33. Yakın arkadaşlarım/aile üyeleri ... Yeteneklerimi beğenirler						Yeteneklerimi beğenmezler

EK-F: CAGE (Cut Down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) TESTi

EK-F: CAGE (Cut down, Annoyed, Guilty, Eye-opener) TESTİ

1) Hiç içmenizi azaltmanız gerektiğini düşündünüz mü? ( ) Evet ( ) Hayır

2) Hiç başkaları içmenizi eleştirerek sizi kızdırdılar mı? ( ) Evet ( ) Hayır

3) İçmeniz konusunda hiç kendinizi kötü ya da suçlu hissettiniz mi? ( ) Evet ( ) Hayır

4) Hiç sinirlerinizi yatıştırmak ya da akşamdan kalma durumundan kurtulmak için sabah kalkar kalkmaz ilk iş olarak içki içtiniz mi? ( ) Evet ( ) Hayır

EK-G: ÖZ GEÇMİŞ

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nde Yakın Doğu Üniversitesi Fen-Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü lisans eğitimini, ingilizce eğitim dili ile çocuklar üzerinde şiddet içerikli çizgi filmin etkisi ve Enset ilişkiler projesini başarı ile tamamlayarak, 2009 yılında mezun olmuştur. Eğitimi süresince 2007'nin ilk yarıyılında Lefkoşa'da Psikiyatrist Prof. Dr. Mehmet ÇAKICI tarafından kurulan Pembe Köşk Uyuşturucu, Alkol, Kumar ve Yeme Bağımlılığı, Tedavi ve Rehabilitasyon Merkezi'nde (Naadac) gönüllü staj ve eğitimini tamamladıktan sonra Psikiyatrist Dr. Yaşar Ertunç ile Anksiyete Bozuklukları tanı ve tedavisi staj ve eğitim sürecini tamamlamıştır. Bu dönem sürecinde Üniversitenin organize etmiş olduğu çeşitli eğitim ve seminerlere katılmıştır. Prof. Dr. Sibel ARKONAÇ tarafından verilen Psikolojinin Değişen İnsan Paradigması ve Değişmeyen Meseleleri konulu kongreye katılmıştır. Yine Prof. Dr. Sibel ARKONAÇ tarafından yazılan Sosyal Psikolojide İnsanları Anlmak adlı konulu kitabı üzerine bir dönem (eğitim-öğretim yılının ilk yarı yılı) boyunca eğitim almıştır. 5-8 Temmuz 2007 tarihlerinde düzenlenen Risk Altında Yaşamlar konulu 12. Ulusal Psikoloji Öğrencileri Kongresine katılmıştır. NAADAC; Training about chemical dependency counseling entitled: Personal Progression and Awerness konulu seminere katılmıştır. 2008 yılında düzenlenen ''8th International Training Seminar for Trainers and 4th World Congress for Positive Psychotherapy '' etkinliğine katılmıştır. Eğitim süresince, Üniversitenin düzenlemiş olduğu Adli Psikloloji, Eğitim Psikolojisi, Endüstriyel Psikoloji alanlarında da eğitim almıştır. Yine lisans döneminde 1. klinik stajını Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesin'de H3 (Psikotik hastalar) servisinde yapmış ve 2. stajını Çanakkale Anadolu Hastanesinde Psikiyatrist Dr. Yaşar ERTUNÇ ile kaygı bozukluğu, histeroid kişilik bozukluğu, bipolar kişilik bozuklukları üzerine terapi teknikleri stajı ve eğitimi alarak klinik stajını tamamlamıştır.

2009 yılında mezuniyetinden sonra çeşitli Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezlerinde Psikolog olarak çalıştığı dönemde hafif düzey mental retardasyon ve öğrenme güçlüğü olgularından oluşan yaklaşık 300 kişilik engelli grubunda yer alan bireylere ve ailelerine yönelik bireysel destek ve velilere yönelik grup çalışmaları

yapmış, farkındalık seminer programları düzenlemiştir. Bir süre sonra yaşlı psikolojisini de anlama yolunda daha yakından çalışmalar yapmaya karar vererek Nezih Yaşlı Bakım Merkezinde Psikolog/ Müdür görevinde çalışmaya başlamıştır. Merkezde parkinson, demans, alzheimer hastaları ve yakınlarına yönelik psikolojik destek ve yönetimsel faaliyetler de bulunmuştur. Çeşitli Tv. ve haber kanallarında alzheimer hastalığına ilişkin vb. bilgilendirici konuşmalar yapmıştır.

Çalışmalarını yürüttüğü dönemde Psikiyatrist Dr. Yaşar ERTUNÇ desteği ile süpervizyon eşliğinde stajyer terapistlik yapmaya başlamıştır. Kısa bir süre sonra Psikoakademi Danışmanlık Merkezinde aktif danışan almaya başlamıştır. Bu dönemde çeşitli klinik ağırlıklı projektif ve objektif test programlarına katılmıştır.

Cised tarafından düzenlenen Aile danışmanlığı programına katılmış, yine aynı dönemde Uzm. Psikolog/ Yazar Yaşam YANARDAĞ ve Psikolog İzzet Z. ÇELİK tarafından düzenlenen Holistik Hipnoterapi eğitimine katılarak ileri teknik hipnoz uygulayıcı sertifikası almıştır. Ek olarak S konsept Danışmanlık işbirliği ile Süleyman Demirel Üniversitesi tarafından düzenlenen Aile Danışmanlığı Eğitimine katılmış ve başarı ile tamamlayarak aile danışmanı ünvanını almaya hak kazanmıştır. Bu süreçte Eğitmen/ Psikodramatist Nazmiye ATALAN tarafından verilen psikodrama eğitimi almıştır. 3 yılı aşkın bir süre Psikoakademi danışmanlık merkezinde aktif danışan gören Psikolog Melek BAL çalışmalarına aynı zamanda Yıldız Academia hastanesinde devam etmiştir.

Hastanede çalıştığı sıralarda Çadem Danışmanlık Merkezinde de çalışmalarını yürütmüştür. 2015 Nisan ayında MEB onaylı Çocuğumu tanıyorum adlı projede eğitimci ve proje koordinatörü olarak görev almıştır.80 test uygulayıcısına eğitimlerin ücretsiz alınmasını ve çalışma laboratuarının oluşturulmasını organize etmiştir. 1200 aileye ve onların çocuklarına dikkat, gelişim ve kişilik testleri uygulanmasına ve ailelerin bu çalışmadan ücretsiz faydalanmalarına destek vermiştir. Anlaşmalı olduğu çeşitli danışmanlık merkezlerinde aktif olarak danışan görmektedir. Yetişkinlerle, bireysel terapiler ve çift danışmanlığı yapmaktadır. Çocuklara yönelik çalışmalarında da oyun terapisini aktif olarak kullanmaktadır. Ayrıca alanıyla ilgili test eğitim organizasyonları, test eğitimleri ve seminerler vermektedir.

EK-H: İNTİHAL RAPORU

Melek Bal

ORIGINALITY REPORT

13%	13%	6%	%
SIMILARITY INDEX	INTERNET SOURCES	PUBLICATIONS	STUDENT PAPERS

PRIMARY SOURCES

1	www.kefdergi.com Internet Source	2%
2	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 Internet Source	1%
3	www.turkpsikiyatri.com Internet Source	1%
4	issuu.com Internet Source	1%
5	adumilas.adu.edu.tr Internet Source	1%
6	acikerisim.istanbulbilim.edu.tr:8080 Internet Source	1%
7	higheredu-sci.beun.edu.tr Internet Source	1%
8	pt.scribd.com Internet Source	1%
9	dergipark.ulakbim.gov.tr Internet Source	1%

10	www.ejmanager.com Internet Source	1%
11	www.hayatinanlaminedir.com Internet Source	1%
12	www.klinikpsikiyatri.org Internet Source	1%
13	www.tuketiciler.org Internet Source	<1%
14	klinikpsikiyatri.org Internet Source	<1%
15	www.usbk2016.org Internet Source	<1%
16	kutuphane.pamukkale.edu.tr Internet Source	<1%

Exclude quotes	On	Exclude matches	< 51 words
Exclude bibliography	Off		

EK-İ: ETİK KURUL ONAYI

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ

BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR ETİK KURULU

04.07.2017

Sayın Melek Bal,

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2017/42 proje numaralı ve **"Alkol Kullanım Sorunu Olan Ve Olmayan Bireylerin Çocukluk Çağı Travmaları Ve Psikolojik Dayanıklılık Düzeylerinin Karşılaştırmalı Olarak İncelenmesi"** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Yardımcı Doçent Doktor Direnç Kanol

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü

Direnç Kanol

Not: Eğer bir kuruma resmi bir kabul yazısı sunmak istiyorsanız, Yakın Doğu Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na bu yazı ile başvurup, kurulun başkanının imzasını taşıyan resmi bir yazı temin edebilirsiniz.