



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

**ALKOL BAĞIMLILARININ İNTİHAR OLASILIKLARI, DEPRESYON,
ANKSİYETE ve ÇOCUKLUK TRAVMASI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ**

YASEMİN ÖZKAN

YÜKSEK LİSANS TEZİ

LEFKOŞA
2020

ALKOL BAĞIMLILARININ İNTİHAR OLASILIKLARI, DEPRESYON, ANKSİYETE ve ÇOCUKLUK TRAVMASI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

YASEMİN ÖZKAN

20169175

YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ
KLİNİK PSİKOLOJİ ANABİLİM DALI

YÜKSEK LİSANS TEZİ

TEZ DANIŞMANI

Prof. Dr. EBRU ÇAKICI

LEFKOŞA
2020

KABUL VE ONAY

Yasemin Özkan tarafından hazırlanan “**Alkol Bağımlılarının İntihar Olasılıkları, Depresyon, Anksiyete ve Çocukluk Travması Düzeyleri Arasındaki İlişki**” başlıklı bu çalışma, 16/01/2020 tarihinde yapılan savunma sınavı sonucunda başarılı bulunarak jürimiz tarafından Yüksek Lisans Yeterlik Tezi olarak kabul edilmiştir.

.....
Ünvan, Ad, Soyad (Danışman)
Üniversite Adı ve Bölümü

.....
Ünvan, Ad, Soyad (Başkan)
Üniversite Adı ve Bölümü

.....
Ünvan, Ad, Soyad
Üniversite Adı ve Bölümü

.....
Ünvan, Ad, Soyad
Üniversite Adı ve Bölümü

Ünvan, Ad, Soyad
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 heryerden 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

Yasemin Özkan

TEŞEKKÜR

Çalışmamın gerçekleşmesinde yüksek lisans eğitimim boyunca yol gösteren, değerli bilgilerini paylaşp katkılar sunan tez danışmanım Prof. Dr. Ebru ÇAKICI' ya, jürimde yer almayı kabul eden ve bilgi ve deneyimlerini paylaşan Doç. Dr. Ayhan Çakıcı Eş'e ve Dr. Bingöl Subaşı'na, araştırmanın gerçekleşmesinde gösterdiği ilgi ve kolaylıklardan dolayı Ankara Üniversitesi Psikiyatri Anabilim Dalı Alkol Bağımlılığı Ünite sorumlusu Prof.Dr. İnci Özgür İlhan'a,

Bu araştırmaya katılmayı kabul eden tüm katılımcılara, veri toplama sürecinde Klinik Psikolog Burcu Kahveci, sevgili lisans öğrencilerim Çağla Yıkıcı ve Nesibe Gül Tekin'e,

Veri toplama ve sonrasındaki süreçlerde destekleyici yardımlarından dolayı doktora öğrencim Meryem Danışmaz Sevin'e,

Çalışma boyunca devam eden yoğun tempoda, anlayış, sabır ve desteklerinden dolayı Eşim Adalet Özkan, oğlum Uygur Ege Özkan ve Ural Özkan'a ve tüm aileme içtenlikle teşekkürü borç bilirim.

ÖZET

ALKOL BAĞIMLILARININ İNTİHAR OLASILIKLARI, DEPRESYON, ANKSİYETE ve ÇOCUKLUK TRAVMASI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Bu tez araştırması ile alkol bağımlılarının intihar olasılıkları, depresyon, anksiyete ve çocukluk travması düzeyleri arasındaki ilişki ele alınmıştır. Araştırmada ölçüt örnekleme yöntemi ile 65 tedavi gören alkol bağımlısı ile klinik ortamda görüşülmüştür. Araştırmada, nicel araştırma yöntemi modellerinden olan betimsel araştırmalar kapsamında ilişkisel araştırma modelinden yararlanılmıştır. Araştırmanın verileri, demografik bilgileri içeren kişisel bilgi formu, İntihar olasılıkları ölçeği, çocukluk çağı travma ölçeği, Spielberg durumluk sürekli kaygı envanteri ve beck depresyon envanteri ile elde edilmiştir. İntihar düşüncesi ve olumsuz kendilik düzeyi ile depresyon, sürekli kaygı, durumluk kaygı düzeyi ve çocuklukta duygusal veya fiziksel ihmal düzeyi arasında orta güçte pozitif ilişki, Öfke düşmanlık ile olumsuz kendilik değeri depresyon, sürekli kaygı puanı arasında anlamlı pozitif orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Toplam intihar olasılığındaki değişimin %61.6,'si Durumluk kaygı, Fiziksel istismar, Toplam çocukluk çağı travma, Fiziksel ihmal ve Fiziksel istismar tarafından açıklanmaktadır.

Elde edilen bulgular doğrultusunda alanda çalışan klinisyenlerin mevcut uygulamalarına yönelik öneriler sunulmuştur.

Anahtar Sözcükler: Alkol bağımlılığı, depresyon, anksiyete, intihar olasılığı, çocukluk travması.

ABSTRACT

THE RELATIONSHIP OF SUICIDE RISK AND LEVELS OF DEPRESSION, ANXIETY AND CHILDHOOD TRAUMA AMONG ALCOHOL ADDICTS

In this study, the relationship between suicide risk and depression, anxiety and childhood trauma levels of alcohol dependant is discussed. In this study, 65 alcohol dependents who were treated with criterion sampling method were interviewed in clinical setting. In the research, correlational research model was used within the scope of descriptive research which is one of the quantitative research method models. The data of the study were obtained by using personal information form including demographic information, Suicide Probability Scale, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Spielberg State and Trait Anxiety Inventories and Beck Depression Inventory. When the analysis findings obtained from the research are examined. between the negative self-value and suicidal ideation anger, hostility,beck depression state and trait anxiety and emotional neglect scores, and a significant positive moderate and depression scores were significantly positive moderate, anger hostility and negative self-value beck depression inventory continuous anxiety score There is a positive moderate relationship. 61.6% of total change in suicide probability is explained by state anxiety, physical abuse, total childhood trauma, physical neglect and physical abuse.

In line with the findings, recommendations were made for current practices of clinicians working in the field

Keywords: Alcohol dependency, depression, anxiety, suicidal risk, childhood trauma

İÇİNDEKİLER

KABUL VE ONAY	3
BİLDİRİM	4
TEŞEKKÜR	iii
ABSTRACT	v
İÇİNDEKİLER	vi
TABLolar DİZİNİ	ix
KISALTMALAR	xii

1.BÖLÜM	1
----------------------	----------

GİRİŞ	1
--------------------	----------

1.1 Problem durumu	1
1.2 Araştırmanın amacı	4
1.3 Araştırmanın önemi	4
1.4 Sınırlılıklar	5
1.5 Tanımlar	6

2. BÖLÜM	7
-----------------------	----------

KURAMSAL ÇERÇEVE, İLGİLİ ARAŞTIRMALAR	7
--	----------

2.1. Alkol bağımlılığı ve etkileri (DSM V tanı kriterleri).....	7
2.1.1 Alkol bağımlılığının yaygın olma nedenleri.....	8
2.1.2 Alkol bağımlılığı şiddeti	10
2.1.3 Alkol bağımlılığa nasıl dönüşür?	10
2.2 Bağımlılık için risk faktörleri	11
2.2.1 Genetik riskler	12
2.2.2 Psikolojik riskler	13
2.2.3 Çevresel riskler	13
2.3 Alkol bağımlısının özellikleri	14
2.4 Alkol kullanım bozukluğu epidemiyolojisi.....	15
2.5 Alkol ve intihar ilişkisi.....	17
2.5.1 Alkol kullanımı bozukluğu ve intihar eğilimi	18
2.6 Alkol bağımlılığına eşlik eden ruh sağlığı bozuklukları	23
2.6. 1 Depresyon ve alkol- madde kullanım bozuklukları	23
2.6. 2 Anksiyete bozukluğu alkol kullanım bozukluğu ilişkisi.....	26

2.6.2.1 Alkol kaygıya yardımcı olabilir mi?	27
2.7 Çocukluk travmaları ve etkileri alkol bağımlılığı ilişkisi	30
3. BÖLÜM	34
ARAŞTIRMA YÖNTEMİ.....	34
3.1 Araştırmanın modeli	34
3.2 Evren ve örneklem	34
3.3 Veri toplama araçları	35
3.3.1 İntihar olasılığı ölçeği (İÖÖ)	35
3.3.2 Spielberger durumluk-sürekli kaygı envanteri (SDvSKE).....	36
3.3.3 Beck depresyon envanteri (BDE).....	36
3.3.4 Çocukluk çağı travmaları ölçeği (ÇÇTÖ).....	37
3.4. Verilerin analizi	37
4. BÖLÜM	39
BULGULAR	39
4.1. Katılımcılara ilişkin sosyo- demografik bilgiler	39
4.2 Katılımcıların ebeveynlerine ve eşlerine ilişkin sosyo- demografik bilgiler	41
4.3 Katılımcıların alkol kullanımına ilişkin bilgiler	43
4.4 İÖÖ, DSKE, BDE ve ÇÇTÖ/alt ölçek puanlarının normal dağılım testleri ve betimsel analizleri	45
4.5 İÖÖ alt ölçekleri, SDKSKE, BDE ve ÇÇTÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi	48
4.6 Sosyo- demografik ve alkol bağımlılığına ilişkin bulguların İÖÖ/Alt Boyut, SDvSKE, BDE ve ÇÇTÖ/alt boyut puanlarının karşılaştırılması	52
5. BÖLÜM	75
TARTIŞMA.....	75
6. BÖLÜM	82
SONUÇ VE ÖNERİLER	82
6.1 Sonuç	82
6.2 Öneriler.....	87
KAYNAKÇA.....	90

EKLER.....	103
Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	103
ÖZGEÇMİŞ	110
İNTİHAL RAPORU.....	117
ETİK KURUL ONAYI	118

TABLolar DİZİNİ

Tablo 1. Katılımcıların sosyo- demografik bilgilerine yönelik bulgular

Tablo 2. Katılımcının ebeveynlerine ve eşine ilişkin sosyo- demografik bulgular

Tablo 3. Katılımcıların alkol kullanımına ilişkin bulguları

Tablo 4. İntihar Olasılığı Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, Beck Depresyon Envanteri ve Çocukluk Çağı Travma Ölçek Puanlarının Normallik Testleri

Tablo 5. İntihar Olasılığı Ölçek (İÖÖ) Betimsel İstatistikleri

Tablo 6. Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (SDvSKE) Betimsel İstatistikleri

Tablo 7. BDE Betimsel İstatistikleri

Tablo 8. ÇÇTÖ Betimsel İstatistikleri

Tablo 9. İÖÖ alt boyutları SDSKE, BDE, ÇÇTÖ alt boyutları puanlarının korelasyon analizi

Tablo 10. Cinsiyet değişkenine göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 11. Cinsiyet değişkenine göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 12. Ölçek puan ortalamalarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

Tablo 13. Yaş değişkenine göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 14. Ölçek puan ortalamalarının eğitim düzeylerine göre karşılaştırılması

Tablo 15. Eğitim düzeyine göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 16. Evli olma değişkenine göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 17. Evli olma durumuna göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 18. Annenin hayatta olma durumuna göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 19. Annenin hayatta olma durumuna göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 20. İntihar girişimi değişkenine göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 21. İntihar girişimi değişkenine göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 22. Birinci derece akrabada intihar girişimi değişkenine göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 23. Birinci derece akrabada intihar girişimi değişkenine göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 24. Psikiyatrik hastalık durumuna göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 25. Psikiyatrik hastalık durumuna göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 26. Psikiyatrik ilaç kullanım durumuna göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 27. Psikiyatrik ilaç kullanım durumuna göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 28. Alkol bırakma girişimine göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 29. Alkol bırakma girişimine göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

Tablo 30. Ölçek Puanların toplam intihar olasılığına etkisinin incelenmesi

KISALTMALAR

%	Yüzde
Beck Depresyon Envanteri	BDE
Cinsel İstismar	Cİ
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	ÇÇTÖ
Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders	DSM
Duygusal İstismar	DİS
Duygusal İhmal	DİH
Dünya Sağlık Örgütü	DSÖ
Fiziksel İstismar	FİS
Fiziksel İhmal	FİH
İntihar Olasılılığı Ölçeği	İÖÖ
İntihar Düşüncesi	İD
Olumsuz Kendilik Değeri	OKD
Öfke- Düşmanlık	ÖD
Spielberger Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri	SDvSKE
Sürekli Durumluk Kaygı Envanteri	SDKE

1.BÖLÜM

GİRİŞ

1.1 Problem durumu

Günümüz toplumlarının çoğunda, alkollü içecekler toplumdaki pekçok kişi için sosyal ortamın rutin bir parçasıdır. Bu, özellikle alkolün sık sık sosyalleşmeye eşlik ettiği dünyanın pek çok yerinde içme davranışında toplumsal etkinin görünülebilirliğinin ifadesidir. Bu durum, alkol tüketmenin yol açtığı veya katkıda bulunduğu sağlık ve sosyal hasarları göz ardı edilmesi veya bu zararın çok fazla önemsenmemesine zemin sağlar (WHO, 2018). Bununla birlikte, dünya üzerinde pekçok ülkede ulusal ya da uluslararası ölçekte çeşitli sağlık kurumları tarafından örneğin Dünya Sağlık örgütü raporlarında, alkol tüketmenin yükünün büyük ve yaygın olduğu açıklanmaktadır. Tüketilen alkolün hacminin yanı sıra, içeceğin niteliğine sağlık sonuçları ile ilgili olduğuna dair kanıtlar artmaktadır. Genel olarak, alkol tüketimi ile 60'ın üzerinde hastalık ve yaralanma tipi arasında nedensel bir ilişki vardır. Alkolün, özafagus kanseri, karaciğer kanseri, karaciğer sirozu, cinayet, epilepsi ve motorlu taşıt kazalarının yaklaşık% 20-30'una neden olduğu tahmin edilmektedir. DSÖ 2018 verilerine göre Alkol tüketimi içinde Türkiye en az tüketen son 50 ülke içindedir ve bu ülkelerin 33'ü müslüman nüfusu en çok oranda barındıran ülkelerdir. En çok tüketenler ise Beyaz Rusya, Litvanya, Avusturya, Macaristan'dır. Amerika, Avrupa, Japonya ve Yeni Zelanda'da çoğu insan tarafından Orta Doğu, Afrika ve Çin'de daha az oranlarda alkol kullanılmaktadır.

Dünya Sağlık Örgütü'nün alkolle ilgili küresel durum raporları dizisinin (DSÖ, 2001; 2004; 2011; 2014) sonunda, dünyanın birçok bölgelerinde alkol tüketmenin sağlık sonuçları ve politika tepkilernin altını çizerek, alkol tüketimi

ve sağlık üzerindeki risklerini küresel düzeyde bir araya getirilmektedir (WHO 2019).

Uzun yıllar boyunca yoğun kullanımın ardından içicileri etkileyebilecek kronik hastalıklara ek olarak, alkol nispeten genç yaşta öldüren ya da devre dışı bırakan travmatik sonuçlara katkıda bulunur ve bu da ölüm ya da engelliliğin uzun yıllar sürmesine neden olur (Rehm ve ark., 2019;WHO, 2007)

Alkolün zararlı kullanımı dünya çapında nüfus sağlığı için önde gelen risk faktörlerinden biridir ve anne ve çocuk sağlığı, bulaşıcı hastalıklar (HIV, hepatit, tüberküloz), bulaşıcı olmayan hastalıklar ve ruh sağlığı bozuklukları, yaralanmalar ve zehirlenmeler dâhil olmak üzere Sürdürülebilir Kalkınma Hedefleri'nin sağlıkla ilgili birçok hedefi üzerinde doğrudan bir etkisi vardır. Alkol üretimi ve tüketimi, 2030 Sürdürülebilir Kalkınma Gündeminin diğerk birçok hedefi ile son derece ilişkilidir.

2016 yılında, alkolün zararlı kullanımı dünya çapında yaklaşık 3 milyon ölüme (tüm ölümlerin% 5,3'ü) ve 132,6 milyon engelli yaşam süresine- yani o yıldaki tüm yaşam sürecinde oluşan engellerin % 5,1'ine neden olmuştur. Bu rakamların cinsiyete göre dağılıma bakıldığında erkekler arasında tahmini 2,3 milyon ölüm ve 106,5 milyon engellilik alkol tüketimi ile ilişkilendirilmiştir. Kadınlar alkol tüketimine bağılı olarak 0.7 milyon ölüm ve 26.1 milyon engellilik yaşamıştır. Bir başka demografik veri yaş dağılımları ile ilgilidir. 2016 yılında alkol, tüm prematüre (69 yaş ve altı kişiler arasında) doğumların ölümlerinden %7,2'si oranında sorumluydu. Genç yaştaki insanlar, yaşlı insanlara kıyasla alkolden orantısız bir şekilde etkilenmiş ve 20-39 yaşları arasında tüm ölümlerin%13,5'u alkole bağlantılandırılmıştır.

Alkol kullanımı ve intihar ile ilgili çoğı araştırma, intihar düşüncesi veya intihar girişiminde bulunmuş olanlar üzerinedir. Kraepelin alkol kullanımı ile intihar arasındaki ilişki varlığını ileri sürmektedir: Bu bağlantı, 1960'ların ortalarından beri ve son yıllarda teyit edilerek daha ikna edici bir şekilde ilerlemiştir (Pols, 2011).

Küresel ölçekte intihar yükü, her yıl yaklaşık bir milyon ölüm olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu rakamların önemi DSÖ tarafından hazırlanan bir politika

bildirisi ile ülkeleri intihar önleme için politikaları belirleme ve uygulamaya çağırmıştır.

İntihar kaynaklı tahmini yıllık ölüm oranı her 100.000 kişi için 14.5 intihar, her 40 saniyede bir ölümdür. İntihar cinsiyete, yaşa, etnik kökene ve ölüm kayıt sistemine, bölgeye ve zamana göre farklılık göstermektedir. Ruhsal bozukluklar (özellikle depresyon ve madde kötüye kullanımı) sıklıkla intihar vakaları ile ilişkilidir. Bununla birlikte, intihar birçok karmaşık sosyo-kültürel faktörden kaynaklanır ve özellikle sosyoekonomik, aile ve kişisel kriz durumları (örneğin, sevilen birinin kaybı, istihdam, haysiyet vb.) gibi dönemlerde ortaya çıkabilir.

İntiharın psikiyatrik bozuklukların bir komplikasyonu olduğu düşünülmektedir. Ruh hali kaygı ve şizofreni spektrum bozukluklarının intihar davranışı için bağımsız risk faktörleri oluşturduğu bulunmuştur.

Alkol kullanımının intihar davranışı için risk faktörlerinden biri olduğu görülmektedir. İntihar, önemli bir halk sağlığı sorunudur ve önleme ve araştırma konusunda yüksek öneme sahip olmalıdır. Alkol kullanımının kültürel ve biyolojik temelleri bu çabada öne çıkan bir yere sahip olabilir. Diğer taraftan çocukluk çağı travmasına maruz kalma, beyin yapısı ve fonksiyonunda değişiklikler ile kişilik özelliklerinde değişiklik (McFarlane ve ark. 2005) meydana getirerek, erken yaşlarda alkol kullanımı ve kötüye kullanımı ile artan depresyon ve anksiyete riskini içeren çok sayıda olumsuz sonuçla ilişkilendirilmiştir (Copeland ve ark., 2008; Enoch, 2011; Magnusson ve ark., 2011; Widom ve ark., 2007; Young-Wolff ve ark., 2011); (Bremner, 2003).

Bu araştırmanın temel problemi, alkol bağımlılığı tedavi merkezinde tedavi olan alkol kullanım bozukluğu tanısı almış yetişkin bireylerin intihar olasılıkları, depresyon, kaygı düzeyi ve çocukluk çağı travma düzeyleri arasındaki ilişkinin ortaya konulmasıdır.

1.2 Araştırmanın amacı

Bu araştırmada alkol bağımlılarının intihar olasılıkları, depresyon, anksiyete ve çocukluk travması düzeyleri arasındaki ilişkinin belirlenmesi amaçlanmıştır. Bu temel amaç doğrultusunda ayrıca araştırmada alkol bağımlısı bireylerin intihar olasılıkları, depresyon, anksiyete ve çocukluk travması düzeyleri üzerine katılımcıların bazı sosyo-demografik özelliklerinin, alkol kullanımına ilişkin bilgilerinin ve dini eğilim düzeylerinin etkisini ortaya koymak da amaçlanmıştır. Araştırmanın amacı amaç ve alt amaçlarına uygun olarak incelenmek istenen araştırma sorular şunlardır:

1. Alkol bağımlılarının intihar olasılıkları, anksiyete, depresyon ve çocukluk travması düzeyleri ile arasında ilişki var mıdır?
2. Alkol bağımlısı bireylerde intihar riskini yordamada anksiyete, depresyon, ve çocukluk travması düzeyleri etkili midir?
3. Alkol bağımlısı bireylerin intihar riski, anksiyete, depresyon, ve çocukluk travması düzeyleri sosyo demografik değişkenlerden cinsiyete, evli olma durumuna, yaş grubuna, eğitim düzeyi ve annenin hayatta olma durumuna göre farklılaşmakta mıdır?
4. Alkol bağımlısı bireylerin intihar riski, anksiyete, depresyon, ve çocukluk travması düzeyleri psikiyatrik bir hastalığının varlığı ve psikiyatrik ilaç kullanma durumuna göre farklılaşmakta mıdır?
5. Alkol bağımlısı bireylerin intihar riski, anksiyete, depresyon, ve çocukluk travması düzeyleri daha önce intihar girişiminde bulunmasına göre farklılaşmakta mıdır?
6. Alkol bağımlısı bireylerin intihar riski, anksiyete, depresyon, ve çocukluk travması düzeyleri ailede intihar girişiminde bulunan biri olmasına göre farklılaşmakta mıdır?

1.3 Araştırmanın önemi

Alkol tüketimi, sarhoşluk, bağımlılık (alışkanlık, zorlayıcı ve uzun süreli içme) ve biyokimyasal etkiler yoluyla sağlık ve sosyal sonuçlara sahiptir. Uzun yıllar boyunca yoğun kullanımın ardından içicileri etkileyebilecek kronik hastalıklara ek olarak, alkol nispeten genç yaşta öldüren ya da devre dışı bırakan travmatik sonuçlara katkıda bulunur ve bu da ölüm ya da engelliliğin uzun yıllar sürmesine neden olur. Alkolün aşırı tüketimi pek çok sağlık sorununu

tetiklemektedir. Bunlar arasında kanser türleri, bulaşıcı hastalıklar, kalp rahatsızlıkları, kaza ve yaralanmalar sayılabilir (WHO, 2019). Uluslararası Psikiyatrik Epidemiyoloji Konsorsiyumu tarafından yapılan uluslararası bir çalışma da, alkol veya uyuşturucu madde bağımlılığı ile anksiyete ve anksiyete bozukluklarının yanı sıra davranış bozukluğu ve yetişkin antisosyal davranışları arasında güçlü bir ilişkinin varlığı ortaya konulmuştur (Bullock, Lavorato, Williams ve Patten, 2012). Duygu durum bozukluklarının çoğu özellikle depresyon ve anksiyete sıklıkla alkol kötüye kullanımının öncüsüdür. Ancak alkolizm de depresyon ve anksiyeteyi tetikleyebilir veya şiddetlendirebilir. Diğer taraftan alkol kötüye kullanımı, kişinin psikolojik stresini azaltmanın bir yoludur, ancak aynı zamanda diğer tüm faktörleri etkileyerek intihar olasılığını da artırır.

Bağımlılar genel popülasyona göre intihar girişimi açısından yüksek risk altındadır (Oyefeso ve ark. 1999). İntihar davranışı genellikle duygu durum bozuklukları seyrinin başlangıcında ortaya çıkar, ancak yalnızca alkol kullanımının son aşamasında, sosyal marjinalleşme ve yoksulluk, alkolizmdeki somatik komplikasyonlar ve önemli sosyal bağların bozulmasını da gerçekleştirmektedir. Çocukluk çağı travmaların da alkol bağımlılığının gelişmesi üzerinde olumlu etkileri ya da çocukluk çağı travmaları ile alkol bağımlılığının pozitif bir korelasyona sahip olduğu pekçok kontrollü araştırma bulgusu ile doğrulanmıştır (Gekker ve ark. ,2018; Harmelen ve ark., 2010). Birey ve toplum ruh sağlığında bu derece önemli etkisi olan alkol bağımlılığının tedavi edilmesi ve bu tür bağımlılık üzerinde etkili diğer faktörlerin araştırılması ve gerek koruyucu önleyici kapsamda gerekse tedavi üzerinde böyle kanıtlar oluşturmak faydalı olacaktır.

1.4 Sınırlılıklar

Bu araştırma sadece Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı Alkol Bağımlılığı Tedavi Biriminde yatan alkol bağımlısı bireylerle sınırlıdır. Araştırma anket soruları ile sınırlandırılmış ve bu soruların dışına çıkılmamıştır. Araştırmada Mental Retardasyon bulunması, Demans ve diğer

organik mental bozukluğun olması, Madde bağımlılığının olması ve Deliryum olması araştırmanın dışlama kriterleri olarak belirlenmiştir.

1.5 Tanımlar

Alkol Bağımlılığı: Çok miktarda ve sıklıkla alkol tüketmeyi, bedensel, ruhsal ve toplumsal sağlığının bozulmasına rağmen alkol almak istemeyi içeren ve fiziksel ve psikolojik bağımlılık sürecini içeren mutlaka tedavi gerektiren bağımlılık türüne denir (Tarhan, 2017).

İntihar: Bir kişinin kasti olarak ölümüne sebebiyet vermesidir (Wikipedi)

Anksiyete bozuklukluğu: Kaygı ve korku duyguları ile karakterize bir grup zihinsel bozukluktur. Kaygı gelecekteki olaylarla ilgili bir endişe ve korku mevcut olaylara bir tepkidir. Bu duygular, bir tehlike yokken de hızlı kalp atış hızı ve titreme gibi fiziksel semptomlara neden olabilecek şekilde kendini göstermesi ve uzun sürmesidir (wikipedi).

Depresyon: Çökme, üzgün hissetme, yaşamsal ve işlevsel aktivitenin azaldığı duygusal bir yaşantıdır (Çelik ve Hoccoğlu, 2016).

Çocukluk çağı travması: Çocuklukta yaşanan olumsuz çocukluk deneyimleridir. Çocuklara karşı aktif olarak yapılan fiziksel, duygusal, zihinsel ve toplumsal gelişimlerini zedeleyici her tür fiziksel istismar, duygusal istismar, cinsel istismar, fiziksel ihmal ve duygusal ihmal yaşantılarının genel bir ismidir (Herman, 2011).

2. BÖLÜM

KURAMSAL ÇERÇEVE, İLGİLİ ARAŞTIRMALAR

2.1. Alkol bağımlılığı ve etkileri (DSM V tanı kriterleri)

Dünyanın pek çok yerinde, alkollü içki tüketmek sosyal toplantıların ortak bir özelliğidir. Bununla birlikte, alkol tüketimi, sarhoş edici, toksik ve bağımlılık yaratan özellikleriyle ilgili olumsuz sağlık ve sosyal sonuç riski taşır.

Bağımlılık, bireyin yaşamı ve sağlığı olumsuz etkilemesine karşın bir maddeyi kullanmaya devam etme süreci olarak tanımlanmaktadır. Bu süreçte birey, maddeyi kullanmaya başladıktan sonra kendini durduramamaktadır. Davranışsal, sosyal, biyolojik ve genetik nedenleri olan bağımlılık sürecinde beyin hasar görmektedir ve mutlaka tedavi gerektirir. Temelde biyolojik olan bu süreçte bireyin, madde kullanmaya başlamasında ve bu kullanımın bağımlılığa dönüşmesinde bireyin ruhsal nitelikleri, genetik yatkınlığı, aile yapısı ve çevresel faktörler, maddeye erişebilirliği, içinde yaşadığı toplum ve kültürel özellikleri, en önemli etkenleri oluşturmaktadır (Tarhan, 2017).

Alkol kullanan birçok birey bu tüketimini sosyal kullanım düzeyinde devam ettiğini düşünürken alkol bağımlılığı gelişmektedir. Dolayısıyla alkol sosyal kullanımı da olan bir psikoaktif madde olduğu için alkolün kötüye kullanımını veya alkol bağımlılığının geliştiğini kabul etmek zaman alabilir..

<https://www.yesilay.org.tr/tr/bagimlilik/alkol-bagimliliği>

Geçtiğimiz on yılda alkol tüketimi, gelişmekte olan ülkelerde meydana gelen artışlar ile yükselmiştir. Alkol kullanım bozuklukları, tüm dünyada olduğu gibi Türkiye’de de giderek artan, önemli bir sağlık sorunudur. Alkol tüketimi,

sarhoşluk (sarhoşluk), bağımlılık (alışkanlık, zorlayıcı ve uzun süreli içme) ve biyokimyasal etkiler yoluyla sağlık ve sosyal sonuçlara sahiptir.

Bununla birlikte, diğer ilaçların aksine, alkol pek çok toplumda benzersiz ve ayrıcalıklı bir konuma sahiptir. Çok erişilebilir, sosyal olarak kabul edilebilir ve kullanımı tüm yaş, cinsiyet veya kültürel arka planın sınırlarını aşar. Genel olarak toplumda alkol ya da alkolik biri düşünülüğünde darmadağın görünümde, zar zor yürüyen, etrafının farkına bile varamayan, elinde bir kese kağıdı ya da renkli bir poşette içkisini gizleyen, köprü altında yatan evsiz kişiler akla gelir. Bu bozukluğun toplumun tüm düzey ya da meslek gruplarında ölümcül sağlık sonuçları olan hatta intihara sürükleyen bir rahatsızlık olduğunu halkın önemli kısmı algılayamamaktadır (Olson 2013).

2.1.1 Alkol bağımlılığının yaygın olma nedenleri

Alkol nispeten ucuzdur, elde edilmesi kolaydır ve belki de en önemlisi yasaldir. Diğer maddeler gibi Sokakta aramak zorunda kalınmaz. Ya da reçete ile amaç dışı kullanılan uyuşturucu ve uyarıcılar gibi doktor reçetesi gerektirmez. Maalesef çoğu kişi kısa bir mola vermek için, içinde yaşadıkları dünyadan daha iyi bir dünya sağlamak ya da kendince öyle görüldüğü için alkol almaktadır.

Ne yazık ki, nüfusun alkol bağımlılığına duyarlı olan kısmı için alkol almak alkol özgürleştirici bir iksirden çok köleliğe yol açan bir zehre dönüşen korkunç bir seçim olmuştur. Alkolik için, alkol, dünyadaki en önemli şey haline gelir, çoğu zaman hayatının diğer tüm alanlarına zarar verir.

Alkol bağımlılığının tanımlanabilir belirtileri arasında, artan biçimde alkole tolerans geliştirme, yoksunluk belirtilerini deneyimleme, kendinden geçme, tüketilen alkol miktarın kontrol edilememesi, alkolün yaşamında odak noktası haline gelmesi ve alkolün verdiği zarar bilinmesine rağmen kullanılmaya devam edilmesidir. Bu özelliklerden herhangi biri tek başına veya birkaçının kombinasyon halinde bağımlılığa işaret edebilir.

Nitekim DSM 5 'e göre Alkol kullanımına bağlı bozukluk tanı kriterleri aşağıda açıklanmıştır. Alkol bağımlılık bozukluğunu işaret eden DSM-IV ve DSM-5 tarafından kullanılan kriterler (semptomlar listesi) arasında çok fazla çakışma

olmasına rağmen,DSM5 VE DSM 4 arasında iki önemli değişiklik yapılmıştır. DSM-5, tanı için bir kriter olarak içmek/alkol almaktan kaynaklanan ya da bu davranışın bir sonucu olarak ortaya çıkan yasal sorunları kapsam dışı bırakırken alkol tüketmek için arzu ya da özlem duymayı tanı kriterleri arasına eklemiştir.

A. On iki aylık süre içinde aşağıdakilerden en az ikisi ile kendini gösteren, klinik açıdan belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte düşmeye yol açan alkol kullanımı DSM-5, bireyin alkol kullanım bozukluğu olup olmadığını belirlemek için kullanılabilecek 11 semptomu şu şekilde sıralamıştır:

1. Alkol genellikle amaçlanandan daha fazla miktarda veya daha uzun süre alınır.
2. Alkol kullanımını azaltmak veya kontrol etmek için ısrarcı bir istek veya başarısız çabalar söz konusudur.
3. Alkol almak, alkol kullanmak veya etkilerinden kurtulmak için gerekli aktivitelerde çok fazla zaman harcanır.
4. Alkol kullanmak için güçlü bir arzu ya da özlem vardır.
5. Tekrarlayan alkol kullanımı, işte, okulda veya evde temel rol ve sorumlulukları yerine getirememe ile sonuçlanır.
6. Alkolün etkilerinden kaynaklanan veya şiddetlenen kalıcı veya tekrarlayan sosyal veya kişilerarası sorunlara rağmen alkol kullanımına devam edilmektedir.
7. Alkol kullanımı nedeniyle önemli sosyal, mesleki veya eğlence faaliyetlerinden vazgeçilir veya azaltılır.
8. Fiziksel olarak tehlikeli durumlar mevcut olduğu halde tekrarlayan alkol kullanımı mevcuttur.

9. Alkol kullanımı, alkolün neden olabileceği veya daha da kötüleşmesi muhtemel, kalıcı veya tekrarlayan fiziksel veya psikolojik bir soruna sahip olmasına rağmen devam eder.

10. Aşağıdakilerden herhangi biri ile tanımlanan tolerans mevcuttur:

a) Zehirlenme veya arzu edilen etkiyi elde etmek için belirgin miktarda artan alkol ihtiyacı veya

b) Aynı miktarda alkolün sürekli kullanımı ile belirgin şekilde azaltılmış bir etki.

11. Aşağıdakilerden herhangi biri ile kendini gösteren yoksunluk vardır:

a) Alkol için karakteristik yoksunluk sendromu

b) Yoksunluk semptomlarını hafifletmek veya önlemek için alkol (veya benzodiazepin gibi yakın ilişkili bir madde) alınır.

2.1.2 Alkol bağımlılığı şiddeti

Bir kişiye alkol kullanım bozukluğu teşhisi konulduğunda, durumun şiddeti çoğunlukla sahip olduğu semptomların sayısı ile belirlenir.

- Hafif: 2-3 semptom mevcut olduğunda
- Orta: 4-5 semptom mevcut ve
- Şiddetli derece için de: 6 veya daha fazla semptom mevcut olduğundan yukarıdaki tanı kriterleri dikkate alınarak bu tür bir sınıflamaya gidilebilir (NHI 2014; DSM 5).

2.1.3 Alkol bağımlılığı nasıl dönüşür?

Alkol kullanımının alkol bağımlılığına nasıl dönüştüğünü anlamak için pek çok çalışma yapılmış olmakla birlikte bu dönüşümü açıklamak oldukça zordur. Bugüne kadar yapılan pek çok araştırmada alkol bağımlılığının çok boyutlu bir sorun olduğu öne sürülse de, bazı önemli sonuçlar da mevcuttur. Örneğin Polcin (1997) alkol sorunlarıyla ilgili tartışmaların uzun süredir devam ettiğini bu bağımlılık sürecinde genetik, biyolojik, psikolojik ve sosyal faktörleri içerdiğini açıklamıştır. Bu çalışmada alkol bağımlılığında risk faktörleri Genetik

eğilim (Birini bağımlılık yapan maddelere karşı ortalama kişiden daha savunmasız hale getirebilen belirli beyin özellikleri), psikolojik faktörler (örneğin, stres, yüksek dürtüsellik veya sansasyon arayışı, depresyon, anksiyete, yeme bozuklukları, kişilik ve diğer psikiyatrik bozukluklar gibi kişilik özellikleri), Çevresel etkiler (örneğin, fiziksel, cinsel veya duygusal istismar veya travmaya maruz kalma, ailede veya akranlarda madde kullanımı veya bağımlılığı, bağımlılık yapan bir maddeye erişim; madde kullanımını teşvik eden popüler kültür referanslarına maruz kalma) ve erken yaşta alkol, nikotin veya diğer ilaç kullanımına başlama gibi faktörlerle ilişkilendirilmektedir (Yapıcı ,2006).

Bu bağımlılık risk faktörlerinden birine veya daha fazlasına sahip olmak, birinin bağımlı olacağı anlamına gelmez, ancak oranların daha büyük olduğu anlamına gelir. Ne kadar çok risk faktörü mevcutsa, bireyin hastalığı geliştirme şansı o kadar artar.

2.2 Bağımlılık için risk faktörleri

Alkol kullanımının sorunlu olması biyolojik sistemimizle oldukça ilişkili ve birbirleriyle etkileşimlidirler. Biyolojik faktörler arasında özellikle genetik faktör ve bedenin alkol duyarlılığı bakımından biyolojik olarak farklı tepkiler gösterdiği yer almaktadır (Nolen-Hoeksema, 2004; Gilmore ve Fein, 2013). Ayrıca mezolimbik dopamin ve opioid sistemleri arasındaki etkileşimlerin bağımlılık yapıcı süreçlerde öngörücü olduğu da incelenmiştir (Roberts ve Koob, 1997). Polcin (1997) beynin alkole verdiği M cevabından bahsettiği biyokimyasal araştırmaların, nörotransmisyonunda içme davranışının korunmasında rol oynadığı anlaşılan değişiklikler içerdiğini ileri sürmüştür. Ayrıca, alkol kullanımında serotonin sistemlerinin önemli olduğunu belirten kanıtlar vardır. Çünkü sinapslardaki serotonin seviyeleri arttığında veya bazı serotonin reseptörleri bloke edildiğinde, alkol tüketiminin azalacağı görülmektedir (Polcin, 1997; Roberts ve Koob, 1997).

Genetik faktörler, bireysel biyolojik ve psikolojik özellikler ve çevre koşulları gibi bağımlılığın gelişiminde önemli bir rol oynamaktadır. Bu faktörler hem bağımlılık yapan bir maddenin ilk kullanımını hem de madde kullanımının

başlamasından bağımlılık kullanımına kadar düzenli kullanıma ilerlemeyi etkiler.

Biyolojik, psikolojik ve çevresel faktörler- beynin ödül devresindeki bozukluklar, travma ve zihinsel sağlık sorunlarının telafisi, bağımlılık yapan maddelere kolay erişim, ailede veya medyada madde kullanımı ve akran etkileri gibi - büyük bir rol oynamaktadır. Bir birey sigara içmeye, alkol almaya veya diğer ilaçları kullanmaya başladığında, genetik faktör kimin riskli kullanım veya bağımlılığa ilerlediğini belirlemede diğer faktörlere oranla daha etkilidir.

Bununla birlikte, riski özellikle öngören bir faktör ilk kullanım yaşıdır; hemen hemen tüm bağımlılık vakaları, beyin hala gelişmekte olan 21 yaşından önce madde kullanımı ile başlar.

2.2.1 Genetik riskler

İkiz ve evlat edinme üzerine yapılan çalışmalarda madde kullanımı ve bağımlılığın gelişmesinde genetik rol doğrulanmaktadır. Genetik faktörler genel olarak madde kullanım ve bağımlılık riskine katkıda bulunur. Genetik araştırmalardaki ilerlemelerle, bilim insanları, dopamin iletim sistemi, hem madde kullanımı olasılığını hem de çeşitli maddeleri içeren bağımlılığını etkilediğini ortaya koymaktadır.

Genetik varyasyonlar özellikle bir kişinin bağımlılık yapıcı bir maddeyi metabolize etme yeteneğini etkileyebilir. Çalışmalar, genetiğin bağımlılık riskinin dört ila dörtte birini oluşturduğunu bulmuştur.

Genetik faktörler, madde kullanımının erken yaşta başlatılmasının çevresel faktörlerinden daha güçlü itici güçler olarak görülmektedir. Genetik yapısı alkole daha fazla tolerans göstermeyi etkileyen bireylerin bağımlılık geliştirme riski de yüksektir.

Alkol bağımlılığı olan biyolojik ebeveynlerin evlat edinilmiş çocukları, bu tür bağımlılığı olmayan ebeveynlerin çocuklarına oranla bağımlılık riskine en az iki kat oranında sahiptir. Genetik yapısı istemsiz cilt kızarması ve alkole diğer

hoş olmayan reaksiyonlar üreten bireyler, alkol içeren bağımlılık geliştirme riski altındadır.

2.2.2 Psikolojik riskler

Depresyon ve anksiyete gibi klinik ruh sağlığı bozuklukları ve şizofreni gibi psikotik bozukluklar, davranış bozukluğu ve dikkat eksikliği/ hiperaktivite bozukluğu gibi bozukluklar ve bu koşulların subklinik semptomları- madde kullanımı ve bağımlılığı ve madde kullanımından bağımlılığa geçiş riski ile güçlü bir şekilde ilişkilidir. Stres de bağımlılık yapıcı maddelerin etkilerine karşı daha duyarlı ve bağımlılığın gelişimine karşı daha savunmasızdır.

Aynı şekilde, gaziler, savaş mağdurları ve göçmen ve mülteciler arasında yaygın olan travma sonrası stres bozukluğu (TSSB) olan bireyler ve aktif askeri görevde olan bireyler, bağımlılık geliştirme riski artmaktadır. Risk alma veya dürtüsel kişilik özellikleri olan veya benlik saygısı düşük olan kişiler de bağımlılığa yatkındır. Travma veya istismar mağduru olma ile madde ve alkol kullanımı yaygınlaşmaktadır. Bu dönemde kullandığı maddeden fiziksel etkiler, ruh hali veya davranış açısından olumlu ve ödüllendirici bir deneyim olmasını bekleyenler bu kullanımın sıklığı ile bağımlılığa daha yatkın hale gelebilirler.

2.2.3 Çevresel riskler

Bireyin ailesi, sosyal çevresi ve ait olduğu gruptaki birçok faktör ve daha geniş kültürel iklim, bir bireyin bağımlılık yapıcı maddeyi kullanma ve bağımlılık geliştirme olasılığını artırır.

Ebeveynlerin çocuklarını rutin olarak sigaraya, aşırı içmeye veya diğer uyuşturucu kullanımına maruz bıraktığı evlerde büyüyen çocuklarda alkol ve madde kullanımı riskinin arttığı bilinmektedir.

Ebeveyn-çocuk ilişkisinin doğası bu konuda temel bir belirleyicidir. Sağlıksız ebeveyn- çocuk ilişkisi örmeğin yüksek düzeyde ebeveyn-çocuk çatışması, zayıf iletişim, zayıf aile bağları gibi göstergeleri olan ailelerden gelen insanlar, alkol- madde kullanımı ve bağımlılığı riski altındadır. Aynı şekilde akranları madde kullanımı olan veya bu tür kullanım için onay taşıyan bireyler de yüksek risk altındadır.

Alkol bağımlılık yapan maddelerin kolayca bulunabilirliği, bir bireyin bunları kullanmasını mümkün kılmaktadır. Likör ve ilaç dolaplarının gençlere açık olduğu evler, gençlerin bu maddeleri kullanma şansını daha da artırır.

Alkol gibi bağımlılık yapan maddelerin kullanılmasının normal, satışlarının yaygın olduğu topluluklarda yaşayan insanlar daha fazla risk altındadır.

Ergenler için alkol kullanma ile ilgili hükümet politikalarının ve kullanımı kısıtlayan düzenlemelerin gevşek uygulanması gibi faktörler de kullanım riskini arttırmaktadır.

Ergenlik, alkol ve madde kullanımının başlaması ve bağımlılığın geliştirilmesi için kritik bir güvenlik açığı dönemidir. 21 yaşından önce beynin yargılama, karar verme, duygu ve dürtü kontrolünden sorumlu kısımları tamamen gelişmemiştir. Bu gelişim erken yetişkinliğe dek sürmektedir. Ergenlerin bağımlılık yapan alkol ve maddeyi bu dönemde denemek de dâhil olmak üzere yetişkinlerden risk alma olasılığı daha yüksektir. Aynı zamanda, beynin bu bölgeleri hala geliştiği için olumsuz etkilere karşı daha savunmasızdırlar. Alkol, yargılamayı daha da bozar, beyin gelişimine müdahale eder ve bağımlılık riskini artırır (İnce ve ark, 2002).

Erken kullanıma başlama ile genetik, biyolojik, psikolojik veya çevresel risk faktörlerinin birleşimi, bağımlılığın gelişme şansını önemli ölçüde artırmaktadır. Bağımlılığa ve/veya birlikte ortaya çıkan ruh sağlığı sorunlarına genetik yatkınlığı olan ergenler, alkol ve madde kullanımından bağımlılığa ilerleme riski en yüksek olanlardır (Lane 2012).

2.3 Alkol bağımlısının özellikleri

Alkol bağımlılığı tüm demografik özellik ya da çeşitlilikteki nüfusu ve kültürleri etkiler. Genç, yaşlı, siyah, beyaz, erkek, kadın hiçkimse alkol bağımlılığına bağıışıklık kazanmış değildir.

Örneğin, 65 yaş üstü olanlar alkolü diğer uyuşturucu maddelere oranla daha fazla kötüye kullanırlar. Ayrıca herhangi bir nüfus grubunda yaşlı intiharları diğerlerine oranla en yüksek intihar oranına sahiptir. Bu dönemde kuşkusuz

yaşlı ölümlerin sayısı da diğer nüfus gruplarına oranla daha yüksektir. Dolayısı ile organ yetmezliği, hastalık risklerinin yaş aldıkça artması nedeni ile artan ölüm riskinin tümü alkol kötüye kullanımı veya alkolizmle ilişkili değildir (Osgood, 1992).

Gençlerin sağlıklarının kötüye gitmesi ve ölüm oranı, temel olarak, seçkisiz cinsel ilişki, tütün ya da alkol kullanımı gibi sağlık açısından riskli davranışları ile ilişkilendirilebilir. Alkol kullanımı yetişkinler ve ergenler arasında intihar davranışları için iyi belirlenmiş bir risk faktörüdür. Batıdaki ülkelerde gençlerin çoğu alkol kullanımına 7. ve 8. sınıflarda yani 13-14 yaş aralığında başlamaktadır. Son analizler alkole başlama yaşının düşme gösterdiğini dolayısıyla 13 yaş ve öncesine çekildiğini bildirmiştir. ABD alkole erişimi azaltmak örneğin 21 yaşın altındaki bireylerin yasal olarak alkol alımının kısıtlanması gibi politikaların varlığına rağmen ABD alkole başlama yaşı düşüş göstermektedir. Bu durum hem kız hem de erkek öğrenciler arasında yaygındır. Alkolizm ile ilişkili daha önce yapılmış araştırmalarda bazı risk faktörleri ortaya konulmuştur. Bu faktörler: ailede alkol problemi geçmişi, düşük sorumluluk duygusu, antisosyal davranış ve kültürel geçmişten oluşmaktadır (Swahn ve ark., 2007).

2.4 Alkol kullanım bozukluğu epidemiyolojisi

Alkol kullanım bozukluğu psikiyatrik bir hastalık olmasının yanında neden olduğu sosyal ve ekonomik kayıplar nedeniyle bir halk sorunudur. Bağımlılıkla mücadelede alkol ve madde kullanım yaygınlığının ve sıklığının bilinmesi büyük önem taşımaktadır. Kapsamlı ve doğru bilgiler toplum sağlığını koruyucu önlemler ve tedavi edici çalışmalar için gereklidir (Sher, 2006).

Alkol kullanımı ile ilgili bozuklukları tek bir nedenle açıklamak zordur. Alkol bağımlılığı, birden çok etkenin rol oynadığı bir hastalık olarak görülmektedir. Alkol kullanım kararını, alkolle ilişkili bozuklukların ve alkol bağımlılığının oluşumunu pek çok faktör etkilemektedir. Genetik ve çevresel etkenler arasında ilişki bulunmaktadır (Ögel 2010; Tarhan 2017).

Çocukluk dönemi rahatsızlıklarının da bağımlılıkla ilişkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur. Çocuklukta dikkat eksikliği, hiperaktivite bozukluğu veya davranış bozukluğu olması çocuğun ileride alkol alma riskini artırmakta, kişilik bozuklukları, özellikle de antisosyal kişilik bozukluğu alkol kullanımı ile ilgili bozukluklara yatkınlık oluşturmaktadır. Kişilik boyutlarından 'yenilik arayışı' puanlarının yüksek olması dürtüsellikle ilişkilidir, özellikle bağımlılık davranışının başlamasında önemli olduğu düşünülmektedir.

Kişinin yaşadığı toplumun ve mensup olduğu dinin alkole bakış açısı, kişinin sosyoekonomik düzeyi, alkolün elde edilebilme kolaylığı gibi psikososyal etkenler de alkol bağımlılığının gelişiminde etkisi olan faktörlerdir.

Epidemiyolojik Kaynak Alanı Çalışmaları (Epidemiologic Cathment Area 'ECA') verilerine göre erkeklerin %10'unda, kadınların ise %3-5'inde alkol bağımlılığı gelişme riski olduğu saptanmıştır.

Türkiye'de alkol bağımlılığı ile ilgili yapılan epidemiyolojik çalışmalar sınırlı sayıdadır. Alkolizm, bağımlılık ya da kötüye kullanımı araştıran çalışmalardan elde edilen sonuçlar geniş bir yelpaze içinde bulunmaktadır (29–31). Ancak ülkemizde 2012 yılında yayınlanan Türkiye İstatistik Kurumu (TÜİK) raporunda, alkollü içki kullanımının genel toplumda %10.4, erkeklerde %17.2 ve kadınlarda %3.8 olduğu bildirilmiştir.

Son yüzyılda alkol ve madde kullanımının arttığı görülmektedir.

Türkiye'de Ögel tarafından 2000 yılında yapılan bir araştırmaya göre, 9 ilde 15-17 yaş grubundaki öğrenciler arasında alkol kullanımı %15,9 olarak bulunmuştur. Karakuş ve ark. (2012), psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda yaptığı bir araştırmaya göre depresif bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozukluğu sıklığı %17 ve bipolar bozuklukta alkol kullanım sıklığı %15 olarak bulunmuştur. Anksiyete bozukluğu olan hastalarda alkol kullanım bozukluğu %18 ve madde kullanım bozukluğu ise %81 olarak belirtilmiştir.

2.5 Alkol ve intihar ilişkisi

İntihar davranışı genellikle duygu durum bozuklukları seyrinin başlangıcında ortaya çıkar, ancak yalnızca alkol kullanımının son aşamasında, sosyal marjinalleşme ve yoksulluk, alkolizmdeki somatik komplikasyonlar ve önemli sosyal bağların bozulması gerçekleşmektedir.

Alkol ve yardım arama davranışına ilişkin tutumlar kültürel olarak belirlenir ancak genetik faktörler hem intihar davranışına hem de alkol kullanımına yatkınlıkta önemli bir rol oynar.

Daha yüksek bir intihar riskine sahip alt grupları incelemek ve intihar girişimlerini tamamlanmış intiharlarla karşılaştırmak, alternatif risk profilleri geliştirmek ve sosyal ve kültürel farklılıkları dikkate alacak kadar güçlü müdahale stratejileri tasarlamak için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

İntihar, önemli bir halk sağlığı sorunudur ve önleme ve araştırma konusunda yüksek öneme sahip olmalıdır. Alkol kullanımının kültürel ve biyolojik temelleri bu çabada öne çıkan bir yere sahip olabilir. Alkol önleme programları, halkın ruh sağlığını olumlu yönde etkileyebilir ve dolaylı olarak intihar riskini azaltmaya yardımcı olabilir.

Alkol kullanımı ve intihar birbirleriyle yakından bağlantılıdır, ancak her ikisi de çok sayıda faktörden kaynaklanan karmaşık fenomenlerdir.

Menninger, bağımlılığın kendisini hem kronik bir intihar biçimi olarak hem de fetal intiharda rol oynayan bir faktör olarak tanımlamıştır (kasıtlı kendine zarar veren kazalar).

Alkol, bireyin intihar planını uygulamaya koyması için ihtiyaç duyduğu “cesaretlendirici sıvı” olarak algılanabilmektedir. Bu durumda, kişinin hayatını sona erdirmeye kararının neden olabileceği sıkıntı, alkol sayesinde azalmış olacaktır. Alkol kişinin muhakemesinin sağlıklı işlemesine engel olabilir ve alkol sayesinde kendinden geçmiş ya da ayık olmayan kişi intiharı makul bir seçenek gibi görebilir. Alkol aynı zamanda, dürtüselliği ateşleyerek bir intihar

girişimine neden olabilir (Pompili ve ark., 2010). Ayrıca intihar girişimlerinde alkol kullananların ateşli silah gibi daha ölümcül seçeneklere yönelerek intiharı kesinleştirdikleri belirlenmiştir (Sher, 2006).

2.5.1 Alkol kullanımı bozukluğu ve intihar eğilimi

İntihar, biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler arasındaki karmaşık etkileşimlerin sonucudur ve bu koşulların tümü birbirini etkiler. Çevresel stresler, bireyin genetik materyali üzerinde çevrenin yarattığı değişim ile oluşan fiziksel yapıyı etkiler bu da psikolojik iyi oluşu ve kişinin iç dünyasını etkileyen ve intihar yolunu açan psikiyatrik bir hastalığa neden olabilir.

Alkol kötüye kullanımı, kişinin psikolojik stresini azaltmanın bir yoludur, ancak aynı zamanda diğer tüm faktörleri etkileyerek intihar olasılığını artırır. Geniş bir literatür, alkol zehirlenmesinin disforiyi, bilişsel işlev bozukluğunu, dürtüsellik ve intihar düşüncesinin yoğunluğunu artırabileceğini göstermektedir. İnsanlar alkol içtikten hemen sonra intihar girişimi için yaklaşık yedi kat artmış risk taşımaktadır ve bu risk ağır alkol kullanımından sonra 37 kat artmaktadır (Borges ve ark., 2017). İntihar için alkolle ilişkili fraksiyonun% 18 kadar yüksek olduğu tahmin edildi. Ayrıca, alkol kullanım bozukluğu varlığının en azından depresyona yakalanma riskini ikiye katladığı da bilinmektedir (Boden ve Fergusson, 2007). İntihar düşüncesi, intihar girişimleri ve tamamlanan intihar riski, genel popülasyona kıyasla alkol kullanım bozukluğu olanlarda 2-3 kat artar (Darvishi ve ark., 2015; Global status report on alcohol and health 2019, WHO). Daha yüksek bir intihar riskine sahip alt grupları incelemek ve intihar girişimlerini tamamlanmış intiharlarla karşılaştırmak, alternatif risk profilleri geliştirmek ve sosyal ve kültürel farklılıkları dikkate alacak kadar güçlü müdahale stratejileri tasarlamak için daha fazla araştırma yapılması gerekmektedir.

İntihar, önemli bir halk sağlığı sorunudur ve önleme ve araştırma konusunda yüksek öneme sahip olmalıdır. İntihar oranları, son 45 yılda dünya genelinde% 60 oranında artmış ve 1998'deki toplam hastalık yükünün% 1.8'ini oluşturduğu tahmin edilmektedir (Dünya Sağlık Örgütü, 2005a). ABD'deki (Dünya Sağlık Örgütü, 2004) ve İngiltere ve Galler'deki (Ulusal İstatistik Ofisi, 2005) genel

intihar oranlarındaki son düşüşe rağmen, 25-44 yaşları arasındaki erkeklerde oranlar, özellikle İrlanda'da nispeten sabit ve hatta artmıştır. ve İskoçya (Samaritans, 2005). Çoğu sanayileşmiş ülkede genç erkeklerde en sık görülen ikinci ölüm sebebi, bazılarında ise en yaygın olanıdır. Bunun olası nedenleri arasında artan işsizlik, uyuşturucu kullanımı, intihar için kullanılan yöntemlerin kullanılabilirliği, HIV enfeksiyonu, medyanın maruz kalması, ailenin bozulması, sosyal entegrasyonun azaltılması, psikiyatrik bozukluklarda artış, yardım aramakta erkek isteksizliği ve daha fazla intihar kabul edilebilirliği sayılabilir (Hawton, 1994). En zorlayıcı nedenlerden biri, alkol bağımlılığının (ve daha az derecede alkol kötüye kullanımı) intihar ve intihar davranışı ile ilişkisidir. Yetişkinler arasında alkol tüketimi 1980'den bu yana en gelişmiş ülkelerde düşmekle birlikte, gelişmekte olan ülkelerde, eski Sovyetler Birliği ülkelerinde, İngiltere ve İrlanda'da artmıştır.

Alkol kötüye kullanımı ve intihar davranışı arasındaki ilişki birkaç farklı şekilde kavramsallaştırılabilir. Bu ilişki biyolojik, psikolojik veya sosyal etkiler perspektifinden incelenebilir veya alkol kullanımı ile intihar davranışı arasındaki geçici ilişki ile analiz edilebilir. Asli intihar davranışına geçici olarak yakın olayları tanımlamak için “akut risk faktörleri”, “güçlendirici faktörler”, “proksimal risk faktörleri”, “akut risk faktörleri ve çöktürücüler” gibi terimler çeşitli şekillerde kullanılmıştır. İntihar davranışından daha uzaktaki olayları tanımlamak için “önceden belirleyici faktörler”, “sabit risk faktörleri” ve “distal risk faktörleri” gibi diğer terimler kullanılmıştır (Hufford, 2001).

Kişi başına alkol tüketimi ile intihar ölüm oranı arasındaki ilişki karmaşıktır ve uluslararası düzeyde farklılık gösterir. Stack (2000) intihar üzerine yapılan bir literatür taramasında, 17 ülkede yapılan 89 araştırmada, alkol tüketimi arttıkça intihar oranının arttığı gösterilmiştir. Ramstedt (2001), Avrupa'da intihar oranının alkol tüketiminin düşük düzeyde olduğu ülkeler ve orta ve yüksek düzeyde tüketimin olduğu ülkeler (yani, Akdeniz ülkelerinden) arasında bölgesel farklılıklar yarattığını ortaya koymuştur. Buna karşılık, Makela (1996) genel olarak önemli bir etki bulamamış, ancak <50 yaş arasındaki intihar oranının kişi başına alkol tüketimi ile anlamlı şekilde ilişkili olduğunu bulmuştur. Daha genç yaş gruplarında alkol ile intihar davranışı arasında daha anlamlı bir

ilişki olduğu mevcut intihar girişimlerindeki kandaki alkol ölçümleri (Suokas ve Lonnqvist, 1995), alkol bağımlısı bireylerin takip çalışmaları (Preuss ve ark., 2003) ve otopsi çalışmaları ile ortaya çıkmıştır (Pirkola ve ark. 2000).

Alkolün depresif etkileri iyi bilinmektedir (Regier ve diğerleri, 1990) hem alkol kullanımı hem de depresyonunun bir arada olduğu yerlerde, depresif hastalık bazen alkol kötüye kullanımından bağımsız olarak tanımlanabilir. Ancak her iki rahatsızlık birlikte olduğunda, daha fazla intihar davranışı riski olduğu açıktır. Chignon ve diğ. (1998) alkollü intihar girişimlerinin alkolsüz intihar girişimlerden daha fazla depresyona girme ihtimalinin yüksek olduğunu bulmuşlardır. Alkole bağımlı hastalara ilişkin başka bir çalışmada, Driessen ve ark. (1998), intihar düşüncesi için en büyük riskin, eşlik eden anksiyete ve depresif bozukluklar veya kişilik bozukluklarına sahip olanlar arasında olduğunu bulmuşlardır. Cornelius ve ark. (1995), intihar düzeyinin, yalnızca depresyon ve alkol bağımlılığı olan diğer iki grup arasında depresif alkolikler ve diğer iki grup arasında en güçlü şekilde ayırt edilen belirti olduğunu bulmuşlardır. Diğer ayırt edici faktörler düşük özgüven ve daha fazla dürtüsellik olarak bulunmuştur. Alkolün intihar davranışı üzerindeki etkisinin depresyondan kaynaklanmadığına dair bazı kanıtlar da vardır örneğin; ABD' de Ulusal Ko-Morbidite Anketi'nde (Borges ve ark, 2000) alkol ve uyuşturucu kullanımının sonraki intihar girişimlerini öngördüğü bulunmuştur, ancak bu ilişkinin sosyo-demografik faktörlerden ve eşlik eden ruh sağlığı bozukluklarından bağımsız olduğu da saptanmıştır.

Alkol bağımlılarının intihar risklerinde önemli bir etmen olan eşlik eden tanılarının yanı sıra olumsuz yaşam olayları da bir diğer önemli faktör olarak belirlenmiştir. İntiharın, birçok karmaşık sosyo-kültürel faktörden kaynaklandığı bilinmekte ve özellikle düşük sosyoekonomik düzey, aile ve kişisel kriz durumları, sevilen birinin kaybı, işsizlik, yoksulluk, kişisel onurun kırılması gibi nedenler örnek verilebilir (Pompili ve ark., 2010).

Kendall (1983) ve Lester (1992), alkol kullanımının bireyin yaşamında evliliklerin sona ermesi, eş/sevgiliden ayrılma ve iş sorunları gibi olumsuz yaşam olaylarına yol açtığını bunun sonucunda özellikle sosyal izolasyon yaşayan bireyin intihar riskini artabileceğini ileri sürmüşlerdir. Yetişkin

intiharları inceleyen bir çalışmada Pirkola ve ark. (2000) %35'inin alkol kötüye kullandığı ve bunların daha sık erkek, genç, boşanmış veya son zamanlarda işsiz olduğunu tespit etmişlerdir.

Her ne kadar alkol kötüye kullanımı ile intihar davranışı arasındaki bağlantı sağlam olsa da, bu ilişki çok karmaşıktır. Alkol kötüye kullanımının uzun vadeli etkilerine Conner ve Duberstein (2004), alkolikler arasında intihar kavramsallaştırılması amacı ile saldırganlık/ dürtüsellik, alkolizm şiddeti, umutsuzluk ve diğer faktörler olarak olumsuz yaşam olaylar, kişilerarası sorunlar, genetik yatkınlık ve depresyon ve anksiyete gibi alkol bağımlılığına eşlik eden tanılar dikkate alınmasını önermiştir. Bir bireyin intihar riskini neyin belirlediği, tüketilen miktar, içme şekli, belirli kişilik özellikleri, psikiyatrik komorbidite veya genetik yatkınlık olup olmadığının aydınlatılması için pek çok kontrollü araştırma bulgularına ihtiyaç olduğu önem taşımaktadır. Kısaca alkol kullanımına bağlı intihar vakalarında bireyin ruh hali ve içinde bulunduğu sosyal süreçlerin anlamlı bir ilişki içinde olduğu bilinmektedir.

Araştırmalarda alkol kullanımı ile intihar davranışı riski arasında doğrusal bir bağlantı olduğu görülmüştür (Andreasson ve ark., 2013). Alkol bağımlılarında intihar davranışı riskinin normal popülasyona göre 6- 25 kat fazla olduğu ve alkol kötüye kullanımı olan kişilerde ise yaşam boyu intihar girişim sıklığı %20-30 olduğu bulunmuştur. Cinsiyet açısından bakıldığında alkol kullanımı olan erkeklerde intihar oranı kadınlara göre daha fazla olduğu görülmüştür (Kaplan ve Saddock 1998; Altıntoprak, 2008). Ülkemizde yapılan çalışmalara baktığımızda alkol bağımlılarında intihar girişiminin %20-%26 arasında olduğunu görmekteyiz (Mırsal ve ark., 2001; Dilbaz ve Aytekin, 2003). Başka bir çalışmada ise tamamlanmış intiharlarda alkol kötüye kullanımının ya da bağımlılığının %35.4 olduğunu belirtmektedir (Ekici ve ark., 2001).

Alkol kullanımının, özellikle de ağır kullanım ve alkol bağımlılığının intihar ile üç şekilde ilişkili olduğu ortaya konmuştur. Alkol, onun yasaklayıcı etkileri nedeniyle, intihar girişimleri ve tamamlamaları ile ilgilidir; alkol kullanım bozukluğu olan bireyler popülasyondaki diğer bireylere kıyasla daha yüksek bir intihar riski taşımaktadır.

İntihar, biyolojik, psikolojik, sosyal ve çevresel faktörler arasındaki karmaşık etkileşimlerin sonucudur ve bu koşulların tümü birbirini etkiler. Çevresel stresler, bireyin genetik materyali üzerinde çevrenin yarattığı değişim ile oluşan fiziksel yapıyı etkiler bu da psikolojik iyi oluşu ve kişinin iç dünyasını etkileyen ve intihar yolunu açan psikiyatrik bir hastalığa neden olabilir.

Alkol kötüye kullanımı, kişinin psikolojik stresini azaltmanın bir yoludur, ancak aynı zamanda diğer tüm faktörleri etkileyerek intihar olasılığını artırır.

İntihar davranışı genellikle duygu durum bozuklukları seyrinin başlangıcında ortaya çıkar, ancak yalnızca alkol kullanımının son aşamasında, sosyal marjinalleşme ve yoksulluk, alkolizmdeki somatik komplikasyonlar ve önemli sosyal bağların bozulması gerçekleşmektedir. Alkol ve yardım arama davranışına ilişkin tutumlar kültürel olarak belirlenir ancak genetik faktörler hem intihar davranışına hem de alkol kullanımına yatkınlıkta önemli bir rol oynar.

Alkol bağımlılığı intihar açısından önemli bir risk faktörüdür. Bu bağımlılık sevilen birinin kaybı veya sağlıksızlığı gibi diğer risk faktörleri ile başa çıkma aracı olarak da kullanılabilir.

Alkol, kötüye kullanıldığında intihar riskini artıran tek madde değildir. Hem yasadışı hem de yasal (özellikle reçeteli) ilaçlar da ölümle sonuçlanan intihar ölümü şansını artırmaktadır. Bazı istatistikler, intihar nedeniyle ölen tüm insanların yarısından fazlasının ölüm anında (alkol veya diğer ilaçlar) zehirlendiğini göstermektedir ve alkol bağımlılığı olan bir kişinin intihar riski normalden doksan kat daha fazladır (Sher 2006).

Buradan hareketle alkol bağımlılığı ve intihar davranışı ile ilişkili hem alkol bağımlılığı hem de intihar ilişkisini daha iyi anlayabilmek için alkol bağımlılığına eş tanı olan duygu durum bozukluklarını (depresyon, anksiyete) ve çocukluk çağı travmalarını irdelemek faydalı olacaktır.

2.6 Alkol bağımlılığına eşlik eden ruh sağlığı bozuklukları

Ek olarak, alkol kullanım bozuklukları olan hastalarda komorbid psikiyatrik bozuklukların yaygın olduğu saptanmıştır. Alkol bağımlılığı sendromuna sık eşlik eden ruhsal durumlar; bunaltı bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, duygudurum bozuklukları olarak bildirilmiştir. Değişik çalışmalarda farklı ek tanı oranları dikkati çekmektedir.

Alkol bağımlılarının % 37'sinde eşlik eden ruhsal bir hastalığın varlığı tartışmasız gözlenmektedir. Anksiyete bozukluğu (%19.4), antisosyal kişilik bozukluğu (% 14.3), duygudurum bozukluğu (% 13.4) belli başlılar arasındadır (Ögel, 2010).

Tedavi gören alkol bağımlılarının 1/3'ünde agorafobi veya sosyal fobi, buna ek olarak en az 1/3'ünde değişen fobik semptomlar bildirilmiştir. Anksiyete ve alkol kullanımı sıklıkla birbirine bağlıdır. İnsanlar genellikle rahatlamak ve kaygıyı azaltmak için içki içer ve bazı durumlarda kronik alkol kötüye kullanımı kaygıya yol açabilir.

Alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde depresyonun görülme sıklığı klinik çalışmalarda % 30-60 olarak verilmektedir. Alkol kullanımı dünya genelinde oldukça yaygındır ve alkol kullanım bozukluğu olan hastaların popülasyonlarında intihar oldukça yaygındır (Samancı ve ark., 1995; Ögel, 2010).

2.6. 1 Depresyon ve alkol- madde kullanım bozuklukları

Depresyonu olan bireylerin alkol kötüye kullanma veya alkole bağımlı olma olasılığı daha yüksektir. Depresyon, sürekli olarak üzüntü ve umutsuzluk duygularını deneyimlemeyi içeren zihinsel bir sağlık sorunudur. Zamanla, bu duygular insanların düşünce ve davranış biçimlerini etkiler. Bu durum, mesleki sorumluluklar, kişisel hedefler ve aile üyeleri ve arkadaşlarla ilişkiler de dâhil olmak üzere yaşamın birçok yönünü etkileyebilir.

Depresyonla mücadele edenler için, alkol bazen rahatsızlık, ilgi kaybı, kaygı, huzursuzluk ve uykusuzluk gibi durumlarıyla ilgili semptomları bastırmak için kullanılır. İçki, gerçeklikten kaçmanın ve rahatlamamanın bir yolu haline gelir. Ne

yazık ki, alkolü kendi kendine tedavi etmenin bir yolu olarak kullanmak fiziksel ve duygusal refahı önemli ölçüde etkileyebilir.

Depresyon gibi, alkolizm de kendi başına ayrı bir hastalıktır, ancak çoğu zaman diğer sorunlara da bir tepki olabilir.

Bazı çalışmalar, depresyonun sadece intiharı tetikleyen bir faktör olarak ikincil olduğunu ileri sürmektedir. Diğer taraftan alkol bağımlılığı depresyonun temel bir nedeni olabilir (bağımlılık depresif belirtilere neden olabilir) veya bir kişinin zamanla alkole geliştirdiği bağımlılık depresyonun (depresyondan kurtulmak için alkole dönüşme) bir sonucu olabilir. Bu iki tanının birbiri ile örtüşen semptomları nedeni ile her iki bozukluğun ayırımını yapabilmek oldukça güçtür. Depresyondan muzdarip olan kişi, alkol tüketimini artırarak durumunun bağımlılığa katkıda bulunduğunu bile fark etmeyebilir. Tüm bu faktörler intihar edebilecek birinin durumu değerlendirilmesini çok daha zor ve karmaşık hale getirir. O halde, alkol bağımlılığının intiharda oynadığı karmaşık rolü tartışma ihtiyacı da artar.

Alkol almak tek başına birinin depresyona ve intihara yol açmasına neden olmaz. Ancak Kanada ve ABD'deki nüfusun yaklaşık% 4-12'si için alkol bağımlılığı ciddi ve can sıkıcı bir sorun haline gelebilir (Hasin ve ark., 2007). Başlangıçta, alkol tüketen kişi için geçici rahatlık sunabilir, ancak çoğu zaman yıkıcı etkileri olan bağımlılık sürecini başlatabilir. Bu tür bağımlılığın sonuçları arasında iş kaybı, ev içi sorunlar ve şiddet ve / veya suça yönelik davranışlar sayılabilir. Ayrıca, bağımlı kişi sosyal geri çekilmenin artması, sosyal bağların parçalanması ve toplumsal marjinalleşmeden de etkilenebilir. Bu bağımlılık süreci benlik saygısında dramatik bir azalmaya ve yalnızca alkol kötüye kullanan tanıdıklara olan güvenin artmasına neden olabilir. Kontrol edilmezse alkol kötüye kullanımı depresyona ve nihayetinde intihar düşüncelerine ve eylemlerine yol açabilir.

Ağır alkol tüketimi beynin nörotransmitterlerini değiştirir. Serotonin ve dopamin gibi kimyasallar alkol tüketimi ile hızla dalgalanacaktır. Serotonin, bir kişinin ruh halini dengelemeye yardımcı olurken, dopamin beynin ödül sistemini kontrol eder. Bu kimyasalların alışılmadık derecede yüksek veya düşük

seviyeleri, diğer sağlık sorunlarının yanı sıra depresyon belirtilerini tetikleyebilir.

Depresyonu uygun bir tedavi arayışı olmadan, alkol ile kendi kendine tedavi etmek, ciddi bedensel yaralanma ve hatta intihar davranışları riskini de artırır (Davidson ve ark. 1993).

Alkol bağımlısı bireylerde yüksek depresyon prevalansına rağmen, depresyon ve alkol bağımlılığı arasındaki ilişkinin doğasını savunmak zor olmuştur. Bu zorlukların olası bir nedeni, önceki çalışmalarda alkole bağımlı bireylerde depresyonun doğasının, alkol bağımlılığı olmayan bireylerde bulunanlara benzer olduğuna dair temel bir varsayım olabilir. Geçmişte yapılan çalışmalar, ya alkolizm ve depresyon arasındaki ilişkiyi ya bu iki bozukluğun birlikte görülme sıklığını araştırarak ya da depresyonu alkol bağımlısı olmayan bireylerden ayıran değişkenleri tanımlamaya çalışarak incelemiştir. Her iki yaklaşım da spesifik olarak başarılı olmamıştır.

Sonuç olarak, önceki çalışmaların bulguları, iki bozukluk arasındaki ilişkiyi netleştirecek kadar tutarlı olmamıştır. Diğerlerinin yanı sıra, bu tutarsızlığın bir nedeni, yaşam boyu ve şu anki depresyon tanısı arasında ayrım yapılmaması olabilir.

Dackis ve diğerleri (1986), alkol bağımlılığının bağımlılık sürecindeki teşhis edilen depresyonun, alkolün detoksifikasyondan ve iki haftalık yoksunluktan sonra yeniden başladığını bulmuşlardır.

Bu sonuçlar o zamandan beri depresif semptomatolojinin yoksunluğun ilk ve ikinci haftaları arasında en hızlı şekilde azaldığını ve üç hafta içinde normal aralığa düştüğünü tespit eden Brown & Schuckit (1988) tarafından desteklenmiştir. Alkol bağımlılığı, alkol zehirlenmesinin kronik etkisi veya spesifik olarak içme yeniliği ile doğrudan ilişkili olabilir.

Hem Dackis hem de Brown & Schuckit çalışmalarında (1988) depresyonun şiddeti, bir yoksunluk döneminde tekrar tekrar değerlendirilmiştir. Alkol bağımlılığı ve depresyon arasındaki ilişkinin doğası, hem içme dönemi hem de

yoksunluk sırasında depresyonun şiddeti değerlendirilirse daha iyi netleştirilebilir.

Önceki çalışmalarda olduğu gibi, depresif alkole bağımlı bireylerin sosyo-demografik ve alkolle ilişkili değişkenler üzerinde depresyonu olmayan alkolik bireylerden farklı olmayacağı varsayılmıştır. İçme döneminde tanı konan depresyonun yatışa yol açtığı ve mevcut atakta depresyon tedavisinin detoksifikasyon sonrası başvurudan önce yapılan semptomların teşhisi ile ilişkili olacağı varsayılmıştır.

2.6. 2 Anksiyete bozukluğu alkol kullanım bozukluğu ilişkisi

Anksiyete, dehşete düşülebilecek düzeyde, gerginlik ve rahatsızlık durumudur. Strese veya belirsiz bazı durumlara normal bir cevap olarak kabul edilir. Uzun süre veya yoğun seviyelerde kaygı hissetmek, bir anksiyete bozukluğunun varlığına işaret edebilir.

En sık görülen anksiyete bozuklukları türleri:

- Özgül fobiler
- Travma sonrası stres bozukluğu (TSSB)
- Panik atak
- Obsesif kompulsif bozukluk (OKB)
- Sosyal kaygı bozukluğu
- Yaygın anksiyete bozukluğu olarak sayılabilir.

Anksiyete, alkol kullanım bozukluğu, ilaç kötüye kullanımı veya depresyon gibi diğer durumlarla ortaya çıkabilir.

Gerçekte insanların kaygıyı hafifletmek için alkol kullanmaları olağandışı değildir. Bununla birlikte, zamanla veya aşırı miktarlarda alkol tüketmek, artan anksiyete ve stres seviyelerine yol açabilir. Kaygıya eğilimli herkes için, bir alkollü içeceğin daha fazla tüketmeye dönüşmesine ve alkole bağımlılığın artmasına neden olabilir (Enoch, 2011).

Anksiyete ve alkol kullanım bozukluklarına bakan bir inceleme çalışmasına göre, bu ilişki tehlikeli, kendi kendini idare eden bir döngü haline gelebilir.

Alkol kaygıya neden olabilir mi?

Araştırmalar alkol tüketimi ile kaygı arasında bir bağlantı olduğunu göstermektedir. Anksiyete bozuklukları ve alkol kullanım bozuklukları sıklıkla birlikte görülür.

Bu ilişki, düzenli, yoğun içmenin, beyindeki pozitif zihinsel sağlıktan sorumlu nörotransmitterlere müdahale etmesine neden olmaktadır.

Bir çalışmada, alkol alımını azaltmanın bireylerin hem depresyon hem de anksiyete düzeylerinde iyileşmeleri ile sonuçlanmıştır. Bu çalışmada alkol alımının azaltılmasının insanların özgüvenini, fiziksel ve zihinsel yaşam kalitesini ve sosyal işlevselliğini geliştirebileceğini bildirmiştir.

Birçok durumda, alkolün kaygıya neden olup olmadığı veya kaygının bir kişiyi alkol almaya itmesinin nedeni belirsizdir. Bazı hayvanlar üzerinde yapılmış araştırmalara göre, genç yaşlarda alkol alanların, yetişkinlikte kaygıya daha yatkın oldukları rapor edilmiştir, bu da nedensel bir ilişki olarak gösterebilir.

2017 yılında yapılan bir araştırma, araştırmacılar anksiyeteyi klinik olarak ölçtüklerinde, anksiyete düzeylerinin alkol kullanım bozukluğu olan kişilerde stresle karşılaşmadıklarından daha yüksek olduğunu bulmuştur (Charlet ve Heinz, 2017).

Anksiyete ve rahatsızlık hissi, alkol bağımlılarında yaygındır. Alkol bağımlısı bireyler hızlı kalp atışı, bulantı ve titreme gibi fiziksel anksiyete belirtilerini içeren alkol yoksunluğundan muzdarip olabilir (<https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml>).

2.6.2.1 Alkol kaygıya yardımcı olabilir mi?

Başlangıçta, alkol almak bireyin rahatlamasına yardımcı olabilir. Sosyal durumları kolaylaştırabilir ve sorunlar daha az göz korkutucu görünebilir. Alkol başlangıçta çoğunlukla iyileştirilmiş ruh hali, kaygının azalması, kontrolün

ortadan kalkması ile daha az engellenme hissine kapılma, özgüven artışı gibi kısa süreli ve aldatıcı etkilere sahip olabilir. Bununla birlikte, bu olumlu duygular kısa ömürlüdür ve pek çok riski birarada taşımaktadır. Diğer taraftan yoğun alkol kullanımı ile kısa sürede ortaya çıkan riskler: ruh halinde ani ve aşırı değişiklikler, unutkanlık, görme bozukluğu, Koordinasyon eksikliği gibi sorunları içerebilir:

Son zamanlarda psikopatoloji ve bağımlılık bozuklukları arasındaki ilişkiye artan bir ilgi vardır. Epidemiyolojik veriler ve tedavi arayan popülasyonlardan elde edilen verilerde olduğu gibi madde kötüye kullanım bozukluklarının diğer psikiyatrik bozukluklarla beklenenden çok daha fazla ortaya çıktığını göstermektedir, ancak bu bozukluklar arasındaki ilişki çok iyi anlaşılmamıştır.

Meyer bağımlılık bozuklukları ve birlikte varolan psikopatoloji arasındaki çeşitli olası ilişkileri tanımlamıştır; bu şekilde a) psikopatoloji bağımlılık bozukluğu için bir risk faktörü olabilir, b) psikopatoloji bir bağımlılık bozukluğunun seyrini değiştirebilir veya c) kronik zehirlenme ve yoksunluk sırasında psikiyatrik belirtiler ortaya çıkabilir.

İlişkinin basit neden ve sonuç değil, çift yönlü ve karmaşık olduğu açıktır (Brady ve Lydiard,1993).

Alkol kötüye kullanımı veya bağımlılığı için tedavi görmek isteyen hastalar arasında anksiyete bozuklukları prevalansı tahminlerinde önemli farklılıklar vardır.

Mullaney ve Trippet yatarak tedavi gören alkol bağımlısının yaklaşık üçte ikisinin önemli agorafobik veya sosyal fobik belirtileri kabul ettiğini bulmuşlardır.

Powell ve arkadaşları alkolizm tedavisi gören 565 erkek hastanın bir örneğinde% 10'unda fobik bozukluk, %13'ünde panik atak ve% 12 obsesif kompulsif bozukluk olduğunu bildirmişlerdir. Bowen ve ark. 48 yatan alkolik hastayı araştırmış ve %44'üne anksiyete bozukluğu tanısı konmuş, % 33 fobik, % 20'si panik ve% 23'ü de genel anksiyete bozukluğu tanısı almışlardır. 321 erkek ve kadın alkolik üzerinde yapılan bir çalışmada, Bir araştırmada alkol

bağımlılarının %17'sinin basit fobi, %6'sının panik bozukluğu, %5'inin obsesif kompulsif bozukluk ve %15'inin agorafobi kriterlerini karşıladığı bulunmuştur. Anksiyete bozuklukları olan alkoliklerin tedavisi için yukarıda verilen tahminlerden anlaşılabacağı gibi çok fazla değişken vardır (Brady 1993). Birlikte ortaya çıkan anksiyete bozuklukları ve alkol kullanım bozuklukları araştırmacılar ve klinisyenler için büyük önem taşımaktadır. Spesifik anksiyete bozuklukları ve alkol kullanım bozuklukları arasındaki benzersiz bağlantıların araştırılması, bu ilişkinin çok yönlü ve karmaşık olduğunu ve dikkatli bir teşhis incelemesinin önemini vurguladığını göstermiştir. Klinik açıdan anlamlı olan, anksiyete ve alkol bağımlılığı eş tanısı olan kişiler için tedavi karmaşık olabilir ve hem kullanılan yöntemler hem de müdahalelerin zamanlaması tedavi planlaması ve uygulamasında ilgili faktörlerdir. Son otuz yıl boyunca, çoklu nüfus temelli çalışmalarda, ABD ve diğer bazı ülkelerde bağımlılık ve ruh sağlığı bozuklukların yaygınlığını araştırılmıştır. Örneğin ABD'de yürütülen Ulusal Eşitlik Anket (NCS) (Kessler ve ark., 1997) DSM'yi kullanmıştır. Alkol kullanım bozukluğu ile anksiyete, depresyon ve diğer uyuşturucu kullanım bozuklukları arasındaki uyumsuzluk üzerine bulgular yayınlanmıştır. Bu epidemiyolojik çalışmaların her birindeki komorbid anksiyete bozuklukları ve alkol kullanım bozuklukları alkol kullanım bozukluklarının ilgili yaygınlıklarını açıklamıştır. Bu veriler, farklı büyük ölçekli çalışmalarda, farklı zamanlarda ve hem ABD'de hem de diğer ülkelerde anksiyete ve alkol kullanım bozukluğu olan kişilerin birlikte olduğunu göstermektedir. (Sinha, Robinson ve O'Malley, 1998; Hasin ve ark. 2007; Kushner ve ark., 2008).

Smith ve Rendall (2012) anksiyete bozukluğu olan kişilerin psikolojik olarak bağımlı olmalarında alkolü kaygılarını bastırmak için adeta bir ilaç niyetine kullandıkları ya da bu bireylerdeki anksiyete bozukluklarının büyük ölçüde alkol yoksunluğundan (ör. Schuckit ve Hesselbrock 1994) kaynaklandığı gibi çıkarımları ortaya koymaktadır (Smith ve Rendall, 2012).

Veriler, toplum örneklerinde, alkolizm hastalarının, birlikte varolan bir anksiyete bozukluğu geçirme riski 2-3 kat daha fazla olduğunu göstermektedir. Hem madde kötüye kullanım bozuklukları hem de anksiyete bozuklukları için örnek arayan tedaviler, birlikte anksiyete bozuklukları ve madde kötüye kullanım

bozukluklarının görülme sıklığı beklenenden çok daha yüksek olduğunu ortaya koymuştur.

Hemen hemen tüm çalışmalar, bu bozuklukların birlikte ortaya çıkmasının şans eseri beklenenden daha fazla olduğunu gösterebilir, ilişkinin doğası tam olarak anlaşılamamıştır.

Bu ilişkiyi değerlendirmede bir zorluk, anksiyete bozuklukları ve alkol yoksunluğu semptomlarının çakışmasıdır. Aktif içme dönemlerinde teşhis belirleme yapılabilir

Başlangıç verilerinin prevalansından ve düzeninden açık bir sonuç, çeşitli anksiyete bozukluklarının alkol problemleri ile farklı ilişkilere sahip olmasıdır.

Panik bozukluğu ve yaygın anksiyete bozukluğu semptomları sıklıkla alkol yoksunluk dönemi ile ilişkiliyken ve daha yaygın olarak alkolizm geliştikten sonra ortaya çıkmış gibi görünürken, sosyal fobi ve agorafobi alkolizm gelişiminden önce gelir.

Alkol kötüye kullanımı ve fobik bozukluklar arasında, korkulan durumda düzenli içmenin doğal duyarsızlaşmayı engellediği bilişsel olarak aracılık edilir.

Obsesif kompulsif bozukluk ve alkolizm arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için nispeten az çalışma yapılmıştır.

Eş-morbid anksiyete ve alkolizmi hastaların tedavisi sorun olmaya devam etmektedir (Brady ve Lydiard, 1993). Sonuç olarak, anksiyete bozuklukları ve alkolizm arasındaki çok spekülasyon ve soruşturma konusu ilişkinin karmaşık bir ilişki olduğu açıktır.

2.7 Çocukluk travmaları ve etkileri alkol bağımlılığı ilişkisi

Alkol bağımlılığı hem genetik hem de çevresel etkilere maruz kalan yaygın ve zayıflatıcı bir hastalıktır. Alkol bağımlılığının kalıtım derecesi% 50 olarak tahmin edilmiştir (Goldman ve ark., 2005), paylaşılan ve paylaşılmayan çevresel faktörlerin de bireysel risk farklılıklarına katkıda bulunduğunu ima edilmektedir.

Çocukluk çağı travmasına maruz kalma (Copeland ve ark. 2008; Enoch ve ark., 2010; Magnusson ve ark. 2011; Widom ve ark. 2007; Young-Wolff ve ark. 2011) olumsuz çocukluk deneyimleri gibi çevresel riskler kapsamında değerlendirilerek alkol bağımlılığı ile ilişkilendirilmiştir

Çocukluk travması, beyin yapısı ve işlevindeki değişiklikler (Bremner, 2003), kişilik özelliklerindeki değişiklik (McFarlane ve ark., 2005), artan depresyon ve anksiyete riski ve ve alkol kullanımı ve kötüye kullanımının daha erken yaşta başlaması dahil olmak üzere, çok sayıda olumsuz sonuçla ilişkilendirilmiştir. (Heim ve Nemeroff, 2001; Rothman ve ark., 2008; Konstenius ve ark., 2017). Bu sonuçların tümü olmasa da birçoğu, ya doğrudan yollar ya da altta yatan ortak mekanizmalar aracılığıyla potansiyel olarak birbiriyle ilişkilidir. Örneğin, alkol problemleri ve bağımlılığı, her ikisi de sıklıkla alkol bağımlılığı ile birlikte olan depresyon ve anksiyete bozuklukları (Weinstock ve Whisman, 2006) gibi daha yüksek seviyelerde nevrotiklik ile bağlantılıdır. Bu sonuçlar için altta yatan mekanizmanın, çocukluktaki travmatik deneyimlerin stresine yanıt olarak ortaya çıkan nörogelişimsel değişiklikler olduğu düşünülmektedir (Anda ve ark. 2006). Birlikte ele alındığında, bu bulgular çocukluk travması ve alkol bağımlılığının olumsuz bir etki yolu ile ilişkilendirilebileceğini düşündürmektedir.

Çocukluk travmasının şiddeti, örneğin ne kadar süre bu istismara maruz kaldığı ya da kim tarafından maruz bırakıldığı gibi etmenler de bireyin yaşamında karşılaşacağı negatif sonuçların belirlenmesinde etkilidir (Schwandt ve ark., 2013).

Duygusal istismarın şiddeti, kokaine bağımlı yetişkinlerde nüks için daha fazla riskle ilişkilendirilirken (Hyman ve ark., 2008), cinsel istismarın şiddeti, depresyon ve travma sonrası stres bozukluğunda semptomların şiddetinin artması da dahil olmak üzere bir dizi sonuçla ilişkilendirilmiştir. Bazı durumlarda, çocukluk çağı istismarının şiddeti ve ilgi sonuçları arasındaki ilişkiler üçüncü bir faktör tarafından “aracılık edilir”, yani, öngörücü ve sonuç arasındaki ilişki, arabulucu ile hem öngörücü hem de sonuç arasındaki ilişkiler tarafından kısmen açıklanmaktadır (Preacher ve Hayes, 2008). Örneğin, nevrotikliğin cinsel istismar şiddeti ve depresyon arasındaki ilişkiye aracılık

ettiği bulunmuştur (Gamble ve ark. 2006). Alkolle ilgili sorunlar ve nevroitiklik arasındaki bildirilen ilişki göz önüne alındığında, nevroitikliğin çocukluk çağı travmasına maruz kalma ile alkol bağımlılığı şiddeti arasında benzer bir aracı rol oynayabileceğini varsayılmaktadır.

Huang ve ark., (2012) tarafından yapılan bir çalışmada, çocukluk çağı travmasına maruz kalmanın, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar için risk artışı ve tedaviye başvuran alkolik yatan hastalarda intihar girişimi ile ilişkili olduğunu bildirilmiştir. Sokakta yaşayan çocuk ve ergenlerle yapılan pek çok araştırma çocuklukta istismar yaşantısıyla alkol-madde kullanımı arasında bir bağ olduğunu göstermektedir (Mears ve ark., 2001). Yine yapılan bir başka çalışmada, çocuklukta fiziksel ve cinsel istismarın birlikte yaşandığı durumlarda ergenlikte alkol-madde kullanma riskinin daha fazla olduğu ortaya konulmuştur (Bensley ve ark., 1998).

Alkol bağımlılığı hem genetik hem de çevresel etkilere maruz kalan yaygın ve zayıflatıcı bir hastalıktır. Çocukluk travmasına maruz kalma alkol bağımlılığı ile ilişkilendirilmiştir (Copeland ve ark. 2008; Enoch ve ark., 2011; Magnusson ve ark. 2011; Widom ve ark. 2007; Young-Wolff ve ark. 2011). Olumsuz çocukluk deneyimlerinin çevresel risk kapsamında alkol bağımlılığına etki ettiği düşünülmektedir.

Çocukluk travması, bireyin hem erken yaşamında hemde erişkin döneminde beyin yapısı ve işlevindeki değişiklikler (Bremner, 2003), kişilik özelliklerindeki değişiklik (McFarlane ve ark., 2005), depresyon ve anksiyete (Heim ve Nemeroff, 2001) riskinde artış ve daha erken alkol kullanımı ve kötüye kullanımına başlama (Rothman ve ark., 2008) gibi çok sayıda olumsuz sonuçla ilişkilendirilmiştir. Bu sonuçların tümü olmasa da birçoğu doğrudan yollar veya ortak temel mekanizmalar aracılığıyla potansiyel olarak birbiriyle ilişkilidir (Gekker ve ark. 2018; Harmelen 2010).

Örneğin, alkol problemleri ve bağımlılık, depresyon ve anksiyete bozuklukları (Weinstock ve Whisman, 2006) gibi yüksek seviyeli nevroitiklik düzeyleriyle ilişkilendirilmiştir ki hem depresyon hem de anksiyete sıklıkla alkol bağımlılığı ile komorbite oluşturur.

Bu sonuçlar için altta yatan ortak mekanizmanın, çocukluktaki travmatik deneyimlerin stresine yanıt olarak ortaya çıkan nörogelişimsel değişiklikler olduğu düşünülmektedir (Anda ve ark. 2006). Birlikte ele alındığında, bu bulgular çocukluk travması ve alkol bağımlılığının olumsuz bir etki yolu ile ilişkilendirilebileceğini düşündürmektedir (Swandt ve ark 2013; Lotzin 2016).

Brems ve Namyniuk, (2002)'in bir araştırmasında, alkol ve madde kullanan 193 kadının %71.9'unun çocukluğunda fiziksel veya cinsel istismar yaşantısı olduğu belirlenmiştir.

Diğer taraftan çocukluk çağı travmasına maruz kalmanın, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar için risk artışı ve tedaviye başvuran alkolik yatan hastalarda intihar girişimi ile ilişkili olduğunu bildirmiştir (Huang ve ark., 2012; Schwand ve ark., 2013).

3. BÖLÜM

ARAŞTIRMA YÖNTEMİ

3.1 Araştırmanın modeli

Bu araştırma nicel araştırma deseninde betimsel araştırmalar kapsamında, araştırmacının iki ya da daha fazla değişken ile çalıştığı ve bu değişkenlerden herbirini kontrol etmeden değişkenler arasındaki ilişkiyi ölçmeyi hedefleyen (Büyüköztürk ve ark, 2015) ilişkisel tarama modeline dayalıdır.

3.2 Evren ve örneklem

Araştırmanın evreni Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim dalı Alkol Bağımlılığı Tedavi Biriminde tedavi amacı ile yatan hastalardan oluşmaktadır. Örneklem ise amaçsal örneklem yöntemlerinden ölçüt örnekleme ile bu klinikte alkol tedavisi gören araştırmaya gönüllü olarak katılan 65 katılımcıdan oluşmaktadır. Ölçüt örnekleme önceden belirlenmiş bazı önemli kriterleri taşıyan vakaların seçilme sürecini içerir (Judge ve ark., 2001). Bu örneklem tanımı içerisinde adı geçen ölçüt/ ölçütler bizzat araştırmacı tarafından oluşturulabilir. Başka bir biçimde ölçüt listesi daha önceden hazırlanmış olan listeden elde edilebilir (Şimşek ve Yıldırım, 2011).

3.3 Verilerin toplanması

Araştırma verileri araştırmacı tarafından geliştirilen anket formu aracılığı ile 2018 Aralık ve 2019 Ekim ayları arasında toplanmıştır. Alkol ve Madde Bağımlıları Tedavi Birimine yatan hastalara ilk 5 günde detoksifikasyon (arındırma) işlemi ardından tedavisi devam eden gönüllü hastalar üzerinde detoksifikasyonu izleyen 10-15 gün içinde ölçme aracı ve içindeki testler uygulanmıştır. Araştırma verileri katılımcılara bilgilendirilmiş onam aracılığı ile

gereken açıklamalar yapıldıktan ve katılımcının rızası alındıktan sonra klinikte uygun bir görüşme ortamında uygulanarak elde edilmiştir. Anketi doldurma süresi yaklaşık 30-35 dakika sürmüştür.

3.4 Veri toplama araçları

Nicel araştırma deseninde kurgulanmış bu araştırmada anket tekniğinden yararlanılmıştır. Anket formu konu ile ilgili yerli ve yabancı araştırmalar tarandıktan sonra araştırmacı tarafından geliştirilmiştir. Araştırmada kullanılacak ölçme aracı (anket formu) katılımcıların profillerini ortaya koymaya dönük bir kişisel bilgi formu, alkol kullanımına ilişkin bazı tutum ve davranış (alkolü bırakma girişimi, yoksunluk belirtileri, birinci derece akrabada alkol veya madde kullanımı olup olmadığı, alkol kullanımına eşlik eden fiziksel hastalık ve psikiyatrik rahatsızlar, psikiyatrik tedavi görme durumu, birinci derecede alkol kullanımı, intihar düşüncesi ya da girişimi, birinci derecede akrabada intihar girişimi, dini inanç ve ibadet düzeyi), intihar olasılıkları ölçeği, Spielberg durumlu sürekli kaygı ölçeği, beck depresyon envanteri ve çocukluk çağı travmaları ölçeği gibi dört bölümden oluşmaktadır.

Ölçekler:

3.4.1 İntihar olasılığı ölçeği (İÖÖ)

Şahin ve Durak (2000) tarafından geçerlik ve güvenirlik çalışmaları yapılarak Türk toplumunda uyarlanan İntihar Olasılığı Ölçeği (Suicide Probability Scale) 1988 yılında Cull ve Gill tarafından geliştirilmiştir. Bu ölçek, olumsuz kendilik değeri, intihar düşüncesi ve öfke- düşmanlık olmak üzere 3 alt ölçekten ve 36 maddeden oluşmaktadır. Ölçek maddeleri, 1 ile 4 arasında değişerek derecelendirilmiş bir puanlama anahtarından oluşmaktadır. Özgün ölçek formunda maddelere verilen yanıtlar “hiçbir zaman veya nadiren” (1), “bazen” (2), “sık sık” (3) ve “çoğu zaman veya her zaman” (4) şeklinde sıralanmıştır. Ölçeğin ters maddeleri 2, 6, 7, 10, 11, 18, 22, 25, 26, 27, 30, 32, 35, 36 numaralı maddelerdir. Bu ölçekten yüksek puan alınması intihar olasılığının yüksek olduğunun bir göstergesi olarak kabul edilmektedir (Şahin ve Durak, 2000; Zehra, 2007; Arsel, 2010).

3.4.2 Spielberger durumluk-sürekli kaygı envanteri (SDvSKE)

Öner ve Le Compte (1983) tarafından güvenilirlik ve geçerlilik çalışmaları yapılarak Türkçe'ye uyarlanan ve Spielberger ve ark. (1970) tarafından geliştirilen Durumluk- Sürekli Kaygı Envanteri 40 maddeden oluşmaktadır ve iki ayrı ölçek barındırmaktadır. Bireyin belirli bir anda ve belirli koşullarda kendisini nasıl hissettiğini betimlemesini ve içinde bulunduğu duruma ilişkin hissettiği kaygı Durumluk Kaygı Envanteri ile ölçülmeye çalışılmaktadır. Bireyin genellikle nasıl hissettiğini ise Sürekli Kaygı Envanteri tanımlar. Durumluk kaygı ölçeğinde (1) Hiç, (2) Biraz, (3) Çok ve (4) Tamamiyle şeklinde dört adet cevap seçeneği; yine (1) Hemen hiçbir zaman, (2) Bazen, (3) Çok zaman ve (4) Hemen her zaman şeklinde sıralanan Sürekli Kaygı Ölçeğindeki cevap seçenekleri mevcuttur. Bu Ölçekte ters maddeler 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15,16, 19, 20, 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39 numaralı maddelerden oluşmaktadır. Kuramsal olarak hem durumluk kaygı hem de sürekli kaygı envanterinden elde edilen puanlar 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek kaygı seviyesini, yüksek puan , düşük kaygı seviyesini küçük puan ifade eder. Sürekli Kaygı ölçeği için Cronbach Alfa iç tutarlık katsayısının .83 ile .87 arasında; Durumluk Kaygı Ölçeği için .94 ile .96 arasında olduğu yapılan güvenilirlik analizlerinde ortaya konulmuştur.

3.4.3 Beck depresyon envanteri (BDE)

Hisli tarafından 1988 yılında geçerlilik ve güvenilirlik çalışmaları yapılarak Türkçeye kazandırılan bu ölçek Beck ve arkadaşları tarafından geliştirilmiştir (Hisli, 1989). Bu ölçek depresyon belirtilerinin seviyesini objektif olarak sayılar ile ifade etmek amacı ile geliştirilmiştir. Bir başka deyişle bu ölçme aracı depresyon tanısı koymaktan ziyade depresyon belirti düzeyini sayılarla ifade etmektedir. Bu belirtiler sırasıyla: depresif ruh durumu, karamsarlık, başarısızlık duygusu, kendinden nefret etme, kendini suçlama, cezalandırılma istekleri, ağlama nöbetleri, sinirlilik, sosyal çekilme, kararsızlık, bedensel imajın çarpıtılması, çalışamama, uyku bozukluğu yorgunluk, iştah azalması, kilo kaybı, somatik meşguliyetler ve libido kaynaklıdır.

Bu ölçeğin geçerliliği ve güvenilirlik çalışmalarında, güvenilirlik katsayılarının $r=60$ ve $r=87$ arasında değiştiği üniversite öğrencileri üzerindeki yapılan

çalışma ile belirlenmiştir. Bu envanterin Türk üniversite öğrencilerinde de depresyon geçerli ve güvenilir olarak ölçtüğü söylenebilir. Araştırmadan elde edilen güvenilirlik katsayıları (yarıya bölme güvenilirliği $r=74$, cronbach alfa $r=80$) daha önce yapılmış çalışmalarla aynı paralellik göstermektedir (Hisli, 1989). Geçerlilik katsayısı, $r=63$ olarak bulunmuştur. Bu envanterde toplam 21 madde ve her bir maddenin altında da bir değerlendirme cümlesi bulunan tek boyutlu bir ölçektir. Bu ölçekten elde edilen 0-9 arası puan minimal depresyonu, 10- 16 arası puan hafif depresyonu, 17- 29 arası puan orta depresyonu, 30- 63 arası puan ise şiddetli depresyonu ifade etmektedir (Hisli, 1988).

3.4.4 Çocukluk çağı travmaları ölçeği (ÇÇTÖ)

Şar, Öztürk ve İkikardeş (2012) tarafından güvenilirlik ve geçerlik çalışması yapılarak Türkçeye kazandırılan bu değerlendirme aracı Bernstein ve ark. tarafından (1994) geliştirilmiştir. Bu ölçek travmanın minimizasyonunu üç tane madde ile ölçen maddeleri de kapsayarak toplam 28 maddeden oluşmaktadır. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, duygusal istismarı ve duygusal ve fiziksel ihmalini konu alan beş alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir. Duygusal istismar 3,8,14,18,25 numaralı maddelerle, fiziksel istismar 9,11,12,15,17 numaralı maddelerle, fiziksel ihmal 1,4,6,2,26 numaralı maddelerle, duygusal ihmal 5,7,13,19,28 numaralı maddelerle, cinsel istismar ise 20,21,23,24,27 numaralı maddelerle değerlendirilmektedir. Ölçekte 5'li likert tipi skalka kullanılmış olmakla birlikte derecelendirme (1) Hiçbir zaman, (2) nadiren, (3) Kimi zaman, (4) Sık olarak ve (5) çok sık cevap seçenekleri ile yapılmaktadır. Ölçeğin ters maddeleri 2,5,7,13,19,26,28 numaralı maddelerinden oluşmaktadır. ÇÇTÖ toplam puanını beş alt ölçek puanının toplamı vermektedir. Alt puanlar 5-25, toplam puan 25- 125 arasındadır. İç tutarlılık Cronbach alfa değerini gösteren ölçeğin güvenilirlik değeri bütün katılımcılardan oluşan grup için ($N=123$) 0,93 olarak bulunmuştur.

3.5 Verilerin analizi

Bu araştırmada elde edilen veriler SPSS (Statistical Package for Social Sciences) for Windows 22.0 programı kullanılarak analiz edilmiştir. Testlerin

puanlanmasından sonra istatistiksel analizler kurgulanan ilişkiler çerçevesinde gerçekleştirilmiştir. Verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek için Shapiro Wilk analizi yapılmıştır. Bu analiz sonuçlarına göre İÖÖ, BDE, SKE normal dağılım göstermiş, ÇÇTÖ ve DKE ise normal dağılım göstermemiştir (non parametrik). Bu bilgi doğrultusunda İÖÖ, BDE ve SKE arasındaki ilişkiler pearson korelasyon, DKE ve ÇÇTÖ arasındaki ilişki ise spearman korelasyon testi ile analiz edilmiştir. İÖÖ, BDE, SDSK üzerinde bazı demografiklerin etkisi t testi ve ANOVA, ÇÇTÖ üzerindeki etkisi ise Mann Whitney U ile analiz edilmiştir. İÖÖ, BDE, SDSK ve çocukluk çağı travmaları üzerindeki etkisi logictic regresyon ile analiz edilmiştir. Kişisel bilgi formunda yer alan bağımsız değişkenlerden cinsiyet, yaş ve eğitim durumu bağımlı değişken olarak ele alınarak İÖÖ, BDE, SDSKE ve ÇÇTÖ üzerindeki etkisi yaş ve eğitim durumu değişkeni verilerin sayısal dağılımı dikkate alınarak belirli bir sınıf aralığı baz alınıp yeniden kategorize edilmiştir. Bu durumda yaş değişkeni 24-35, 36- 47, 48- 59 ve 60 ve üzeri ve eğitim durumu değişkeni de düşük(okuryazar+ilkokul), orta (ortaokul+lise) ve yüksek (yüksekokul+üniversite) eğitim düzeyi olmak üzere yeniden sınıflandırılmıştır.

4. BÖLÜM

BULGULAR

Bu bölümde araştırma kapsamında yer alan katılımcılara ilişkin bilgiler katılımcıların sosyo- demografik bilgilerine yönelik bulgular, katılımcının ebeveynlerine ve eşine ilişkin sosyo- demografik bulgular, katılımcıların alkol kullanımına ilişkin bulguları, katılımcıların din ile ilgili görüşleri ve İÖÖ, BDE, SDSKE ve ÇÇTÖ betimsel İstatistikleri ve bu ölçekler üzerinde bazı sosyodemografik özellikler, alkol kullanım özellikleri ve ölçekler arası ilişkileri betimleyen tablo analizleri ile verilmiştir.

4.1. Katılımcılara ilişkin sosyo- demografik bilgiler

Bulguların bu bölümünde katılımcıların cinsiyeti, yaşı, eğitim durumu, bir işte çalışma durumu, çocuk sahibi olma durumu, çocuk sayısı, yaşadıkları şehir ve sosyal güvencesinin bilgileri yer almaktadır ve aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 1.

Katılımcıların sosyo- demografik bilgilerine yönelik bulgular

	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Cinsiyet Durumu</i>		
<i>Kadın</i>	5	7,7
<i>Erkek</i>	60	92,3
<i>Yaş Dağılımı</i>		
<i>24- 35</i>	11	16,9
<i>36- 47</i>	24	37,0
<i>48- 59</i>	22	33,8
<i>60 ve üzeri</i>	8	12,3
<i>Eğitim Durumu</i>		
<i>İlkokul mezunu</i>	10	15,4

<u>Tablo 1.b</u>		
<i>Ortaokul mezunu</i>	10	15,4
<i>Lise mezunu</i>	26	40,0
<i>Üniversite mezunu</i>	19	29,2
<i>Bir İşte Çalışma Durumu</i>		
<i>Çalışan</i>	34	52,3
<i>Çalışmayan</i>	28	43,1
<i>Emekli</i>	3	4,6
<i>Çocuk Sahibi Olma Durumu</i>		
<i>Çocuğu olan</i>	47	72,3
<i>Çocuğu olmayan</i>	18	27,7
<i>Çocuk Sayısı</i>		
<i>1</i>	14	29,8
<i>2</i>	26	55,3
<i>3</i>	4	8,5
<i>4</i>	2	4,3
<i>5</i>	1	2,1
<i>Yaşanılan Şehir</i>		
<i>Ankara</i>	54	88,5
<i>Kırşehir</i>	3	4,9
<i>İstanbul</i>	1	1,6
<i>Nevşehir</i>	1	1,6
<i>Zonguldak</i>	1	1,6
<i>Kastamonu</i>	1	1,6
<i>Sosyal Güvence Varlığı</i>		
<i>Emekli sandığı</i>	13	20,1
<i>Bağkur/ sigorta</i>	46	70,7
<i>Yeşil kart/kaymakamlık veya vakıf desteği</i>	4	6,2
<i>Özel sağlık sigortası</i>	1	1,5
<i>Sosyal güvence yok</i>	1	1,5

Tablo 1 de katılımcıların sosyo- demografik özelliklerine göre dağılımları frekans analizi ile değerlendirilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin %92,3'ü erkek %7,7'si ise kadındır. Katılımcıların yaşları incelendiğinde; %16,9'u 24- 35 yaş, %37'si 36- 47 yaş, %33,8'i 48- 59 yaş ve %12,3'ü 60 ve üzeri yaş aralığındadır. Araştırmaya katılan katılımcıların yaş ortalaması $46,4 \pm 10,91$ (min. 25, max. 73) olarak hesaplanmıştır. Katılımcıların eğitim durumları dikkate alındığında % 29,2'sinin üniversite mezunu, % 40,0'nın lise

mezunu, % 15,4'ünün ortaokul, %15,4'ünün de İlkokul mezunu oldukları belirlenmiştir. Çalışan katılımcılar %52,3, çalışmayanlar %43,1 emekliler ise % 4,6 oranındadır. Katılımcıların çoğunluğu (%72,3) çocuk sahibidir ve bu katılımcıların %29,8'i tek, %55,3'ü iki, %8, 5'i da üç çocukludur. Katılımcıların önemli çoğunluğu (%88,5) Ankara'da ikamet etmekte, %4,9'u Kırşehir'de, az sayıda katılımcı da İstanbul (%1,6), Nevşehir(%1,6), Kastamonu (%1,6) ve Zonguldak'da (%1,6) ikamet etmektedir. Sosyal güvenceye sahip olma durumu değerlendirildiğinde %70,7 oranında katılımcı Bağkur/ sigortalı, %20,1'inin emekli sandığı, %6,1'nin yeşil kart, kaymakamlık veya vakıf destekli ve %1,5'nin özel sağlık sigortasının olduğu belirlenmiştir.

4.2 Katılımcıların ebeveynlerine ve eşlerine ilişkin sosyo- demografik bilgiler

Bulguların bu bölümünde katılımcıların anne ve babasının hayatta olma durumları, anne ve babasının eğitim durumları, annenin ve babasının birlikte olma durumu, anne ve babasının ayrılma zamanı, kardeş sayısı, evli olma durumları ve eşin eğitim bilgileri yer almaktadır ve aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 2.

Katılımcının ebeveynlerine ve eşine ilişkin sosyo- demografik bulgular

	<i>n</i>	<i>%</i>
<i>Annenin Hayatta Olma Durumu</i>		
<i>Evet</i>	40	61,5
<i>Hayır</i>	25	38,5
<i>Annenin Eğitim Durumu</i>		
<i>Okuryazar değil</i>	12	19,0
<i>Okuryazar</i>	11	17,5
<i>İlkokul mezunu</i>	23	36,6
<i>Ortaokul mezunu</i>	5	7,9
<i>Lise mezunu</i>	8	12,7
<i>Üniversite mezunu ve üzeri</i>	4	6,3
<i>Cevapsız</i>	2	

Tablo 2.b**Babanın Hayatta Olma Durumu**

Evet	35	53,8
Hayır	30	46,2

Babanın Eğitim Durumu

Okuryazar değil	2	3,2
Okuryazar	13	20,6
İlkokul mezunu	21	33,3
Ortaokul mezunu	11	17,5
Lise mezunu	4	6,3
Üniversite mezunu ve üzeri	12	19,0
Cevapsız	2	

Anne ve Babanın Birliktelik Durumu

Birlikte	21	32,8
Boşanmış	8	12,5
Annesi hayatta değil	7	10,9
Babası hayatta değil	13	20,3
İkisi de hayatta değil	15	23,4
Cevapsız	1	

Anne ve Babanın Ayrılma zamanı (Siz Kaç Yaşındaydınız?)

7	1	12,5
10	1	12,5
12	1	12,5
13	1	12,5
15	1	12,5
18	1	12,5
20	2	25

Kardeş Sayısı

Kardeş yok	1	1,5
1	2	3,1
2-3	32	49,2
4-5	15	23,1
6 ve üzeri	11	16,9
Missing	4	6,2

Evli Olma Durumu

Evli	41	63,1
Evli değil	24	36,9

Tablo 2.c
Eş Eğitim Durumu

Okuryazar	2	4,8
İlkokul mezunu	7	16,7
Ortaokul mezunu	6	14,3
Lise mezunu	15	35,7
Üniversite mezunu	12	64,6

Tablo 2’de katılımcıların ebeveynlerine ve eşlerine ilişkin sosyo- demografik özelliklerine göre dağılımları frekans analizi ile değerlendirilmiştir. Bu bilgiler incelendiğinde katılımcıların çoğunluğunun annesinin (%61,5) ve yarısından fazlasının babasının (%53,8) hayatta olduğu görülmektedir. Katılımcıların ebeveynlerinin eğitim durumları incelendiğinde; en fazla oranda ilkokul mezunu (anne %36,5; baba %33,3) daha sonra da okuryazar (anne %17,5; baba %20,6) oldukları saptanmıştır. Katılımcıların %32,8’nin annesi ve babası birlikte yaşamaktadır ve %23,4’ünün anne ve babası hayatta değildir. Katılımcıların %63,1’, evlidir ve %35,7’sinin eşi lise mezunu ve %64,6’nın eşi üniversite mezunudur.

4.3 Katılımcıların alkol kullanımına ilişkin bilgiler

Bulguların bu bölümünde katılımcıların alkol bırakma girişimleri, bırakma girişimi var ise kaç defa olduğu, yoksunluk belirtileri, birinci derece akraba da alkol ya da madde kullanım durumu, alkol kullanımı dışında olan fiziksel hastalıklar ve psikiyatrik bozukluklar, psikiyatrik tedavi görme durumu, psikiyatrik ilaç kullanma durumu, intihar düşüncesi ve birinci derece akraba da intihar girişiminin varlığı bilgileri yer almaktadır ve aşağıdaki tabloda gösterilmiştir.

Tablo 3.

Katılımcıların alkol kullanımına ilişkin bulguları

	<i>n</i>	<i>%</i>
Alkol Bırakma Girişimi		
Girişimi var	54	84,4
Girişimi yok	10	15,6
Cevapsız	1	
Yoksunluk Belirtileri		
Yoksunluk belirtisi yok	9	17,6

Yoksunluk belirtisi var	42	82,4
Cevapsız	14	
Tablo 3.b		
Birinci Derece		
Akrabada Alkol ya da		
Madde Kullanım		
Durumu		
Kullanan	39	60,0
Kullanmayan	26	40,0
Alkol Kullanımı		
Dışında Fiziksel		
Hastalıklar		
Hastalığı Olmayan	44	68,0
Hastalığı Olan	21	32,0
Alkol Kullanımı		
Dışında Psikiyatrik		
Rahatsız Varlığı		
Psikiyatrik rahatsızlığı olmayan	44	68,0
Psikiyatrik rahatsızlığı olan	21	32,0
Psikiyatrik Rahatsızlık		
Çeşitleri		
Depresyon, anksiyete	9	42,9
Obsesyon, panik atak	5	23,8
Bipolar bozukluk	3	14,3
Şizofreni	1	4,8
Obsesif Kompulsif bozukluk	2	9,5
Kumar bağımlılığı	1	4,8
Psikiyatrik İlaç		
Kullanımı Durumu		
İlaç kullanan	38	58,5
İlaç kullanmayan	27	41,5
İntihar Düşüncesinin		
Varlığı		
İntihar düşüncesi olan	19	37,3
İntihar düşüncesi olmayan	32	62,7
Birinci Derece		
Akrabalarda İntihar		
Girişimi Varlığı		
İntihar girişimi olan	26	40,0
İntihar girişimi olmayan	39	60,0

Tablo 3’de görüldüğü gibi; katılımcıların çoğunluğu (%84,4) yaşamının herhangi bir döneminde alkol bırakma girişiminde bulunmuştur. Katılımcıların %17,6’sı yoksunluk belirtisi yaşamıyor iken; %82,4 yoksunluk belirtileri (titreme, terleme ve agresyon, uykusuzluk, ruhsal ve fiziksel çöküntü gibi) yaşamaktadır. Katılımcıların psikiyatrik rahatsızlıkları olup olmadıkları incelendiğinde; bu tür rahatsızlığa sahip olmayan katılımcı oranı %68, psikiyatrik bir rahatsızlığı olan katılımcılar ise %32 olarak bulunmuştur. Psikiyatrik rahatsızlıklar katılımcılar tarafından depresyon ve anksiyete (%42,9), obsesyon panik atak (%23,8), bipolar bozukluk (%14,3), obsesif kompulsif bozukluk (%9,5), şizofreni (%4,8) ve kumar bağımlılığı (%4,8) olarak sıralanmıştır. Ayrıca %58,5 oranında katılımcı psikiyatrik bir ilaç kullanmış/ kullanmaktadır. İntihar düşüncesi olan katılımcılar %37,3, intihar düşüncesini olmadığını beyan edenler ise %62,7 oranındadır. Birinci derece akrabalarda intihar girişimi olan katılımcılar %40, intihar girişimi olmayan akrabalar ise %60 bulunmuştur.

4.4 İÖÖ, DSKE, BDE ve ÇÇTÖ/alt ölçek puanlarının normal dağılım testleri ve betimsel analizleri

Bulguların bu bölümünde intihar olasılığı ölçeği, durumluk ve sürekli kaygı envanteri, beck depresyon envanteri ve çocukluk çağı travma ölçek/alt ölçek puanlarının normal dağılım gösterip göstermediğini test eden Shapiro- Wilk ve ölçeklerin betimsel analizleri yer almaktadır.

Tablo 4.

İntihar Olasılığı Ölçeği, Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri, Beck Depresyon Envanteri ve Çocukluk Çağı Travma Ölçek Puanlarının Normallik Testleri

	Shapiro- Wilk		
	İstatistik	df	p
İntihar Olasılığı Ölçeği	,972	65	,144
İÖÖ olumsuz kendilik değeri	,980	65	,380
İÖÖ intihar düşüncesi	,970	65	,122
İÖÖ öfke düşmanlık	,973	65	,174
Durumluk kaygı	,960	65	,035*
Sürekli kaygı	,966	65	,070
Çocukluk Çağı Travma Ölçeği	,875	65	,000**
ÇÇTÖ duygusal istismar	,699	65	,000**
ÇÇTÖ fiziksel istismar	,481	65	,000**
ÇÇTÖ fiziksel ihmal	,850	65	,000**
ÇÇTÖ duygusal ihmal	,918	65	,000**
ÇÇTÖ cinsel istismar	,319	65	,000**

Beck Depresyon Envanteri	,975	65	,221
*p≤0,05 **p<0,001			

Bu araştırmada verilerin normal dağılım gösterip göstermediğini test etmek için her bir ölçek üzerinde Shapiro- Wilk analizi yapılmıştır. Bu analiz sonuçlarına göre İÖÖ, SSKE ve BDE normal dağılım göstermiş, SDKE ve ÇÇTÖ ve alt boyutları ise normal dağılım göstermemiştir.

Tablo 5.

İntihar Olasılığı Ölçek (İÖÖ) Betimsel İstatistikleri

	<i>n</i>	<i>X²</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>SS</i>
İÖÖ Toplam puan	65	85,76	67,00	110,0	10,96
İÖÖ Olumsuz kendilik değeri	65	50,24	39,00	65,00	5,99
İÖÖ İntihar düşüncesi	65	19,13	12,00	27,00	3,23
İÖÖ Öfke düşmanlık	65	16,38	9,00	25,00	3,95

Katılımcıların, intihar olasılığı ölçeğinden toplam puan ortalaması 85,76± 10,96 (min.67,00- max.110,0) olarak bulunmuştur. Katılımcıların, intihar olasılığı ölçeğinin alt boyutlarından olumsuz kendilik değerinden ortalama 50,24± 5,99 (min.39,00- max. 65,00), intihar düşüncesi alt boyutundan ortalama 19,13±3,23 (min. 12,00- max. 27,00) ve öfke düşmanlık alt boyutlarından ortalama 16,38± 3,95 (min.9,00- max. 25,00) puan aldıkları görülmektedir.

Tablo 6.

Durumluk ve Sürekli Kaygı Envanteri (SDvSKE) Betimsel İstatistikleri

	<i>n</i>	<i>X²</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>SS</i>
Durumluk Kaygı Ölçeği Toplam Puan	65	41,09	20,00	72,00	12,64
Sürekli Kaygı Ölçeği Toplam Puan	65	49,23	24,00	68,00	9,57

Katılımcıların durumluk kaygı envanterinden ortalama 41,09± 12,64 (min.20- max.72) ve sürekli kaygı envanterinden ortalama 49,23± 9,57 (min. 24,00- max. 68,00) puan aldıkları ortaya çıkmıştır. SDKE her bir ölçekten elde edilen toplam puan değeri 20 ile 80 arasında değişir. Yüksek puan yüksek kaygı

seviyesini, düşük puan ise düşük kaygı seviyesini belirtir. Uygulamalarda saptanan ortalama puan seviyesi 36 ile 41 arasında değişmektedir (Öner ve Le Comte, 1983). Katılımcıların durumluk kaygı puanları orijinal ölçeğin Türk toplumuna uyarlama geçerlik güvenirliği üzerinden değerlendirildiğinde ortaya yakın, sürekli kaygı düzeylerinin de orta düzeyde olduğu görülmüştür.

Tablo 7.

Beck Depresyon Envanteri (BDE) Betimsel İstatistikleri

	<i>n</i>	<i>X²</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>SS</i>
BDE Toplam Puan	65	19,89	0,00	50,00	11,61

Bu araştırmada katılımcıların BDE ortalama puan olarak 19,89 (min. ,00- max. 50,00) aldıkları ortaya çıkmıştır. Bu sonuçlar, katılımcıların orta derecede depresyona sahip olduklarını göstermektedir.

Tablo 8.

ÇÇTÖ Betimsel İstatistikleri

	<i>n</i>	<i>X²</i>	<i>Min.</i>	<i>Max.</i>	<i>SS</i>
ÇÇTÖ Toplam Puan	65	38,76	25,00	84,00	12,98
ÇÇTÖ Duygusal istismar	65	7,55	5,00	20,00	3,82
ÇÇTÖ Fiziksel istismar	65	6,03	5,00	18,00	2,52
ÇÇTÖ Fiziksel ihmal	65	7,95	5,00	17,00	3,19
ÇÇTÖ Duygusal ihmal	65	11,63	5,00	25,00	5,61
ÇÇTÖ Cinsel istismar	65	5,60	5,00	20,00	2,06

Katılımcıların çocukluk çağı travma ölçeğinden aldıkları toplam puan ortalaması $38,76 \pm 12,98$ (min. 25,00-max, 84) olarak bulunmuştur. Katılımcıların duygusal istismar alt boyutundan $7,55 \pm 3,82$ (min. 5,00- max. 20,00), fiziksel istismar alt boyutundan $6,03 \pm 2,52$ (min.5,00- max. 18,00), fiziksel ihmal alt boyutundan $7,95 \pm 3,19$ (min.5,00- max.17,00), duygusal ihmal alt boyutundan $11,63 \pm 5,61$ (min.5,00- max. 25,00) ve cinsel istismar alt boyutundan $5,60 \pm 2,06$ (min.5,00- max. 20,00) puan aldıkları ortaya çıkmıştır. Bu ölçeğin kesme puanı Türkçeye uyarlanan versiyonu için hesaplanmamış olmakla birlikte 2012 yılında “Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenirliği” Vedat Şar, Erdinç Öztürk ve Eda

İkikardeş'in yaptığı çalışmanın bulgularından yola çıkarak bazı çıkarımlarda bulunulmuştur. Çalışmada cinsel ve fiziksel istismar için elde edilen puan düzeyi 5 puanın aşılması halinde, başka bir deyişle en alt düzeyde de olsa sorulardan herhangi birine evet yanıtı verilmesinin pozitif bildirim olarak sayılması gerektiği çıkarımı anlaşılmaktadır. Pozitif bildirim Fiziksel ihmal ve duygusal istismar için 7 puan, duygusal ihmal için 12 puan düzeyine çekilebileceği anlaşılmaktadır. Bu sınırın toplam puan için ise 35 civarında olabileceği anlaşılmaktadır (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012).

Bu puanlamaya göre katılımcıların fiziksel ihmal, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar için ölçek ortalama puanların üzerinde bildirim verdikleri, duygusal ihmal için ise ölçek ortalama puanların altında bildirim verdikleri görülmektedir.

4.5 İÖÖ alt ölçekleri, SDKSKE, BDE ve ÇÇTÖ alt ölçek puanları arasındaki ilişkinin incelenmesi

Bulguların bu bölümünde intihar olasılığı ölçeğinin alt boyutları olan intihar düşüncesi, öfke düşmanlık ve olumsuz kenidilik değeri, durumluk ve sürekli kaygı envanteri, beck depresyon envanteri ve çocukluk çağı travma ölçeğinin alt boyutları fiziksel istismar, fiziksel ihmal, duygusal istismar, duygusal ihmal ve cinsel istismar puanları arasındaki ilişki analiz edilmiştir ve aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

p

*** $p \leq 0,05$**

**** $p < 0,001$**

İÖÖ olumsuz kendilik değeri, intihar düşüncesi ve öfke- düşmanlık alt boyutları, SDKE, BDE ve ÇÇTÖ fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar, fiziksel ihmal ve cinsel istismar alt boyutları arasındaki ilişki korelasyon analizi ile incelenmiştir.

Bu analiz sonuçlarına göre, olumsuz kendilik değeri ile intihar düşüncesi ($p=,000$), öfke düşmanlık ($p=,000$), beck depresyon ($p=,000$), durumluk ve sürekli kaygı ($p=,000$) ve duygusal ihmal ($p=,000$) puanı arasında anlamlı pozitif orta; duygusal istismar ($p=0,10$), fiziksel ihmal ve fiziksel istismar arasında pozitif zayıf ve cinsel istismar puanı istatistiksel açıdan anlamlı olmayan negatif zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($p>0,05$). İÖÖ İD değeri ile İÖÖ OKD ($p=,000$) ve BDE ($p=,000$) puanı arasında anlamlı pozitif orta düzeyde; İÖÖ ÖD ($p=,000$), durumluk ($p=,000$) ve sürekli kaygı ($p=,001$), duygusal istismar ($p=,026$), fiziksel ihmal ($p=,003$), duygusal ihmal ($p=,000$) ve fiziksel ihmal ($p=,003$) puanı arasında anlamlı pozitif zayıf ve cinsel istismar puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan negatif zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Öfke düşmanlık ile olumsuz kendilik değeri ($p=,000$), beck depresyon envanteri ($p=,000$), sürekli kaygı puanı ($p=,000$) arasında anlamlı pozitif orta düzeyde; intihar düşüncesi, durumluk kaygı, duygusal istismar, duygusal ihmal, cinsel istismar ve fiziksel istismar arasında istatistiksel olarak anlamlı olmayan pozitif zayıf ve fiziksel ihmal arasında negatif zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Beck depresyon envanteri ile olumsuz kendilik değeri ($p=,000$), intihar düşüncesi ($p=,000$), öfke düşmanlık ($p=,000$), durumluk ($p=,000$) ve sürekli kaygı ($p=,000$) puanı arasında anlamlı pozitif orta düzeyde; duygusal istismar ($p=,008$), duygusal ihmal ($p=,001$) puanı arasında anlamlı pozitif zayıf düzeyde; fiziksel ihmal ve fiziksel istismar arasında pozitif zayıf ve cinsel istismar puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan negatif zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Durumluk kaygı puanı ile olumsuz kendilik değeri ($p=,000$), beck depresyon envanteri ($p=,000$), sürekli kaygı ($p=,000$) puanı arasında anlamlı pozitif orta düzeyde; duygusal ihmal ($p=,005$) puanı arasında anlamlı pozitif zayıf düzeyde; intihar düşüncesi, öfke düşmanlık, duygusal

istismar, fiziksel ihmal ve fiziksel istismar arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan pozitif zayıf ve cinsel istismar puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan negatif zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Sürekli kaygı puanı ile olumsuz kendilik değeri ($p=,000$), intihar düşüncesi ($p=,001$) ve öfke düşmanlık ($p=,000$), beck depresyon envanteri ($p=,000$), durumluk kaygı ($p=,000$) puanı arasında pozitif ve orta anlamlı; duygusal istismar, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, cinsel istismar ve fiziksel istismar puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan negatif zayıf bir ilişki bulunmaktadır.

Çocukluk çağı travması ölçeğinin alt boyutlarından duygusal istismar ile fiziksel istismar ($p=,000$) arasında pozitif orta düzeyde ve anlamlı; olumsuz kendilik değeri ($p=,010$), beck depresyon envanteri ($p=,008$), sürekli kaygı ($p=,005$), duygusal ihmal ($p=,000$), fiziksel ihmal ($p=,000$) ve cinsel istismar ($p=,002$) puanı arasında pozitif zayıf düzeyde ve anlamlı; intihar düşüncesi, öfke düşmanlık ve durumluk kaygı, arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan pozitif zayıf düzeyde bir ilişki bulunmaktadır. Fiziksel ihmal ile duygusal ihmal ($p=,000$) ve duygusal istismar ($p=,000$) puanı arasında pozitif orta düzeyde ve anlamlı; intihar düşüncesi ($p=,003$) ve fiziksel istismar ($p=,000$) puanı arasında pozitif zayıf düzeyde ve anlamlı; olumsuz kendilik değeri, beck depresyon envanteri, durumluk ve sürekli kaygı, fiziksel ihmal ve cinsel istismar puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan pozitif zayıf ve öfke düşmanlık puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan negatif zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Duygusal ihmal ile olumsuz kendilik değeri ($p=,000$) ve fiziksel ihmal ($p=,000$) puanı arasında pozitif orta düzeyde ve anlamlı; intihar düşüncesi ($p=,000$), beck depresyon envanteri ($p=,001$), durumluk ($p=,005$) ve sürekli kaygı ($p=,013$), duygusal istismar ($p=,000$), cinsel istismar ($p=,036$), fiziksel istismar ($p=,008$) puanı arasında pozitif zayıf düzeyde ve anlamlı ve öfke düşmanlık puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan pozitif zayıf bir ilişki bulunmaktadır. Cinsel istismar ile duygusal istismar ($p=,002$) ve fiziksel istismar ($p=,000$) puanı arasında pozitif zayıf düzeyde ve anlamlı; öfke düşmanlık, sürekli kaygı, fiziksel ihmal, duygusal ihmal, fiziksel istismar puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan pozitif zayıf ve olumsuz kendilik değeri, intihar düşüncesi, beck depresyon envanteri ve durumluk kaygı puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan negatif zayıf bir ilişki

bulunmaktadır. Fiziksel istismar ile duygusal istismar ($p=,000$) arasında pozitif orta düzeyde ve anlamlı; olumsuz kendilik değeri, intihar düşüncesi, öfke düşmanlık, beck depresyon envanteri, durumluk ve sürekli kaygı puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı olmayan pozitif zayıf, fiziksel ihmal ($p=,000$) ve cinsel istismar ($p=,000$) puanı arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif zayıf ve duygusal ihmal puanı ($p=,000$) arasında istatistiksel açıdan anlamlı pozitif zayıf anlamlı bir ilişki bulunmaktadır.

4.6 Sosyo- demografik ve alkol bağımlılığına ilişkin bulguların İÖÖ/Alt Boyut, SDvSKE, BDE ve ÇÇTÖ/alt boyut puanlarının karşılaştırılması

Bulguların bu bölümünde katılımcıların sosyo- demografik (evli olma durumu, cinsiyet durumu ve annenin hayatta olma durumu) ve alkol bağımlılığına ilişkin bulguların (psikiyatrik ilaç kullanımı, kendisinde ve birinci derece akrabada intihar girişimi, alkol bırakma girişimi, psikiyatrik hastalık durumu) intihar olasılığı ölçeği, durumluk ve sürekli kaygı envanteri, beck depresyon envanteri ve çocukluk çağı travma ölçek/alt ölçek puanları analiz edilmiştir ve aşağıdaki tablolarda gösterilmiştir.

Tablo 10.

Cinsiyet değişkenine göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Kadın	Erkek	t p
İÖÖ- top.	87,00±9,53 (n=5)	85,66±11,13 (n=60)	,259 ,396
İÖÖ- OKD	50,80±8,25 (n=5)	50,20±5,85 (n=60)	,213 ,596
İÖÖ- İD	19,80±1,09 (n=5)	19,08±3,35 (n=60)	,473 ,069
İÖÖ- OD	16,40±2,40 (n=5)	16,38±4,06 (n=60)	,009 ,137
SK	47,80±13,59 (n=5)	49,35±9,30 (n=60)	-,346 ,233
BDE	23,60±15,58	19,58±11,34	,740

	(n=5)	(n=60)	,341
*p≤0,05	** p<0,001		

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre *İÖÖ*, *SK*, *BDE* ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması t- testi ile analiz edilmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 11.

Cinsiyet değişkenine göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Kadın	Erkek	χ^2 p
ÇÇTÖ- top	48,80 (n=5)	31,68 (n=60)	3,79 ,051
ÇÇTÖ Cİ	54,70 (n=5)	31,19 (n=60)	16,73 ,000**
ÇÇTÖ DİS	43,60 (n=5)	32,12 (n=60)	1,87 ,171
ÇÇTÖ FİH	45,70 (n=5)	31,94 (n=60)	2,53 ,111
ÇÇTÖ DİH	46,00 (n=5)	31,92 (n=60)	2,57 ,109
ÇÇTÖ FİS	47,20 (n=5)	31,82 (n=60)	5,34 ,021*
DK	36,60 (n=5)	32,70 (n=60)	,197 ,657

p≤0,05** *p<0,001**

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre; DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney-U Testi yapılmıştır. Mann Whitney-U analizine göre; cinsiyet grupları arasında ÇÇTÖ toplam puanı, ÇÇTÖ DİS, ÇÇTÖ FİH, ÇÇTÖ DİH ve DK bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p>0,05$).

Mann Whitney-U analizine göre; cinsiyet grupları arasında ÇÇTÖ Cİ puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Kadın katılımcıların sıra ortalaması 54,70, erkek katılımcıların sıra ortalaması ise 31,19'dur. Buna göre kadın katılımcıların ÇÇTÖ cinsel istismar puanı erkeklere oranla anlamlı olarak daha yüksektir.

Mann Whitney-U analizine göre; cinsiyet grupları arasında ÇÇTÖ FİS puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p\leq 0,05$). Kadın katılımcıların sıra ortalaması 47,20 iken erkek katılımcıların sıra ortalaması 31,82'dir. Bu analiz sonucuna göre kadın katılımcıların fiziksel istismar puanı erkek katılımcılara oranla daha yüksektir.

Tablo 12.

Ölçek puan ortalamalarının yaş gruplarına göre karşılaştırılması

	24- 35	36- 47	48- 59	60 ve üzeri	F p
İÖÖ- top	84,45±12,25 (n=11)	88,45±10,59 (n=24)	84,59±11,47 (n=22)	82,75±8,82 (n=8)	,814 ,491
İÖÖ OKD	48,63±4,52 (n=11)	51,50±6,16 (n=24)	49,72±6,64 (n=22)	50,12±5,61 (n=8)	,660 ,580
İÖÖ İD	18,90±4,27 (n=11)	19,50±2,78 (n=24)	19,50±3,34 (n=22)	17,37±2,44 (n=8)	1,003 ,398
İÖÖ ÖD	16,90±4,54 (n=11)	17,45±3,85 (n=24)	15,36±3,59 (n=22)	15,25±4,06 (n=8)	1,390 ,255
SK	46,90±9,03 (n=11)	51,00±10,29 (n=24)	47,77±9,91 (n=22)	51,12±6,87 (n=8)	,755 ,524
BDE	18,00±10,56 (n=11)	22,25±11,14 (n=24)	24,62±13,22 (n=22)	19,89±11,61 (n=8)	1,514 ,220

*p≤0,05

**p<0,001

İÖÖ, İÖÖ OKD, İÖÖ İD, İÖÖ ÖD, SK ve BDE ölçeklerinin puan ortalamalarının yaş değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Bu analiz sonuçlarına göre yaş değişkeni ve ölçek/alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 13.

Yaş değişkenine göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	25- 35 yaş	36- 47 yaş	48- 59 yaş	X ² p
ÇÇTÖ- top	28,41 (n=11)	30,25 (n=24)	27,93 (n=22)	,242 ,886
ÇÇTÖ Cİ	27,27 (n=11)	29,10 (n=24)	29,75 (n=22)	,410 ,815
ÇÇTÖ DİS	34,41 (n=11)	28,63 (n=24)	26,70 (n=22)	1,74 ,419
ÇÇTÖ FİH	26,00 (n=11)	30,00 (n=24)	29,41 (n=22)	,478 ,788
ÇÇTÖ DİH	26,09 (n=11)	31,52 (n=24)	27,70 (n=22)	1,03 ,597
ÇÇTÖ FİS	26,55 (n=11)	26,98 (n=24)	32,43 (n=10)	2,56 ,277
DK	24,14 (n=11)	33,85 (n=24)	26,14 (n=22)	3,66 ,160

*p≤0,05

**p<0,001

Katılımcıların DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının yaş değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Kruskal-Wallis Testi yapılmıştır. Kruskal- Wallis Testi analizine göre; yaş değişkeni

grupları arasında DK puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 14.

Ölçek puan ortalamalarının eğitim düzeylerine göre karşılaştırılması

	<i>Düşük</i>	<i>Orta</i>	<i>Yüksek</i>	<i>F</i> <i>p</i>
İÖÖ- top	87,10±5,44 (n=10)	87,91±11,90 (n=36)	81,00±10,13 (n=19)	2,699 ,075
İÖÖ OKD	51,60±3,77 (n=10)	51,33±6,40 (n=36)	47,47±5,43 (n=19)	3,065 ,054
İÖÖ İD	19,40±1,83 (n=10)	19,58±3,52 (n=36)	18,15±3,14 (n=19)	1,256 ,292
İÖÖ ÖD	16,10±3,41 (n=10)	17,00±4,15 (n=36)	15,36±3,77 (n=19)	1,094 ,341
SK	52,60±6,04 (n=10)	49,75±10,83 (n=36)	46,47±8,01 (n=19)	1,483 ,235
BDE	26,50±9,95 (n=10)	20,05±11,99 (n=36)	16,10±10,51 (n=19)	2,778 ,070

* $p\leq 0,05$

** $p<0,001$

İÖÖ, İÖÖ OKD, İÖÖ İD, İÖÖ ÖD, SK ve BDE ölçeklerinin puan ortalamalarının eğitim değişkenine göre anlamlı bir farklılık gösterip göstermediğini belirlemek amacıyla tek yönlü varyans analizi (ANOVA) yapılmıştır. Bu analiz sonuçlarına

göre eğitim değişkeni ve ölçek/alt boyut puan ortalamaları arasındaki fark istatistiksel olarak anlamlı bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 15.

Eğitim düzeyine göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Düşük	Orta	Yüksek	χ^2 p
ÇÇTÖ- top	39,75 (n=10)	34,40 (n=36)	26,79 (n=19)	3,53 ,171
ÇÇTÖ Cİ	40,60 (n=10)	31,99 (n=36)	30,92 (n=19)	4,57 ,102
ÇÇTÖ DİS	32,10 (n=10)	35,13 (n=36)	29,45 (n=19)	1,26 ,531
ÇÇTÖ FİH	35,40 (n=10)	36,31 (n=36)	25,47 (n=19)	4,43 ,109
ÇÇTÖ DİH	39,85 (n=10)	32,90 (n=36)	29,58 (n=19)	1,94 ,378
ÇÇTÖ FİS	36,10 (n=10)	34,01 (n=36)	29,45 (n=19)	1,82 ,401
DK	37,80 (n=10)	32,63 (n=36)	31,18 (n=19)	,836 ,658

* $p \leq 0,05$

** $p < 0,001$

Katılımcıların DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının eğitim düzeyi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Kruskal-Wallis Testi yapılmıştır. Kruskal-Wallis Testi analizine göre; eğitim düzeyi grupları arasında DK puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0,05$).

Tablo 16.

Evli olma değişkenine göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Evli	Evli değil	t p
İÖÖ- top.	84,58±10,47 (n=41)	87.79±11,69 (n=24)	-1.14 ,706
İÖÖ- OKD	49,85±5,88 (n=41)	50,91±6,24 (n=24)	-,687 ,861
İÖÖ- İD	18,87±2,89 (n=41)	19,58±3,77 (n=24)	-.846 ,193
İÖÖ- ÖD	15,85±3,81 (n=41)	17,29±4,10 (n=24)	-1,42 ,687
SK	47,92±9,05 (n=41)	51,45±10,20 (n=24)	-1,44 ,285
BDE	17,90±9,22 (n=41)	23,29±14,43 (n=24)	-1,83 ,003*

*p≤0,05

** p<0,001

Katılımcıların evli olup olmama durumuna göre; İÖÖ toplam, İÖÖ OKD, İÖÖ İD, İÖÖ ÖD, SK ve BDE puan ortalamalarının karşılaştırılması t-testi ile analiz edilmiştir. Evli olma değişkenine göre; İÖÖ toplam, İÖÖ OKD, İÖÖ ÖD ve SK puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuyor iken (p>0,05); BDE puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur (p≤0,05). Evli olan katılımcıların ortalama puanı, 17,90 iken evli olmayan katılımcıların ortalama puanı 23,29' dur. Bu sonuçlara göre evli olmayan katılımcıların beck depresyon envanteri puanı daha yüksektir.

Tablo 17.

Evli olma durumuna göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Evli	Evli değil	χ^2 p
ÇÇTÖ- top	32,98 (n=41)	33,04 (n=24)	,000 ,989
ÇÇTÖ Cİ	33,07 (n=41)	32,88 (n=24)	,004 ,950
ÇÇTÖ DİS	30,18 (n=41)	37,81 (n=24)	2,71 ,099
ÇÇTÖ FİH	34,70 (n=41)	30,10 (n=24)	,957 ,336
ÇÇTÖ DİH	33,10 (n=41)	32,83 (n=24)	,003 ,957
ÇÇTÖ FİS	31,54 (n=41)	35,50 (n=24)	1,16 ,281
DK	29,22 (n=41)	39,46 (n=24)	4,44 ,035*

*p≤0,05

**p<0,001

Katılımcıların DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının evli olma durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney-U Testi yapılmıştır. Mann Whitney-U analizine göre; evli olma durumu grupları arasında DK puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır (p<0,05). Evli olan katılımcıların sıra ortalaması 29,22 iken evli olmayan katılımcıların sıra ortalaması 39,46'dır. Bu analiz sonucuna göre evli olmayan katılımcıların durumluk kaygı puanı daha yüksektir.

Tablo 18.

Annenin hayatta olma durumuna göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Anne hayatta	Anne hayatta değil	t p
İÖÖ- top.	87,45±10,89 (n=40)	83,08±10,74 (n=25)	1,58 ,558
İÖÖ- OKD	50,97±5,67 (n=40)	49,08±6,42 (n=25)	1,24 ,793
İÖÖ- İD	19,17±3,30 (n=40)	19,08±3,18 (n=25)	,114 ,774
İÖÖ- ÖD	17,30±3,83 (n=40)	14,92±3,76 (n=25)	2,45 ,655
SK	50,82±8,52 (n=40)	46,68±10,73 (n=25)	1,72 ,487
BDE	21,05±11,08 (n=40)	18,04±12,41 (n=25)	1,001 ,460

*p≤0,05

** p<0,001

Katılımcıların annelerinin hayatta olma durumuna göre; İÖÖ toplam, İÖÖ OKD, İÖÖ İD, İÖÖ ÖD, SK ve BDE puan ortalamalarının karşılaştırılması t- testi ile analiz edilmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 19.

Annenin hayatta olma durumuna göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Anne Hayatta	Anne Hayatta değil	X ² p
ÇÇTÖ- top	32,61 (n=40)	33,62 (n=25)	,044 ,834
ÇÇTÖ Cİ	33,06 (n=40)	32,90 (n=25)	,003 ,959
ÇÇTÖ DİS	33,61 (n=40)	32,02 (n=25)	,120 ,729
ÇÇTÖ FİH	32,55 (n=40)	33,72 (n=25)	,061 ,805
ÇÇTÖ DİH	33,23 (n=40)	32,64 (n=25)	,015 ,959
ÇÇTÖ FİS	30,29 (n=40)	37,34 (n=25)	3,74 ,053
DK	37,01 (n=40)	26,58 (n=25)	4,69 ,003*

*p≤0,05

**p<0,001

Katılımcıların DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının annenin hayatta olma değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney-U Testi yapılmıştır. Mann Whitney-U analizine göre; annenin hayatta olma grupları arasında DK puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır (p≤0,05). Annesi hayatta olan katılımcıların sıra ortalaması 37,01 iken annesi hayatta olmayan katılımcıların sıra ortalaması 26,58'dir. Bu analiz sonucuna göre annesi hayatta olan katılımcıların durumluk kaygı puanı daha yüksektir.

Tablo 20.

İntihar girişimi değişkenine göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İntihar Girişimi Olan	İntihar Girişimi Olmayan	t p
İÖÖ- top.	90,50±11,85 (n=26)	82,56±9,41 (n=37)	2,95 .138
İÖÖ- OKD	52,03±7,09 (n=26)	49,16±4,93 (n=37)	1,90 .030*
İÖÖ- İD	20,26±3,48 (n=26)	18,27±2,89 (n=37)	2,48 .565
İÖÖ- ÖD	18,19±3,65 (n=26)	15,13±3,80 (n=37)	3,19 .605
SK	52,19±9,22 (n=26)	47,43±9,62 (n=37)	1,96 .927
BDE	26,57±11,68 (n=26)	14,94±9,16 (n=37)	4,42 .254

*p≤0,05

** p<0,001

Katılımcıların intihar girişimine göre; İÖÖ toplam, İÖÖ OKD, İÖÖ İD, İÖÖ ÖD, SK ve BDE puan ortalamaları t- testi ile analiz edilmiştir. İntihar değişkenine göre; İÖÖ toplam, İÖÖ İD, İÖÖ ÖD, SK ve BDE puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuyor iken ($p>0,05$); İÖÖ OKD puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p\leq 0,05$). İntihar girişimi olan katılımcıların ortalama puanı, 52,03 iken intihar girişimi olmayan katılımcıların ortalama puanı 49,16'dır. Bu sonuçlara göre intihar girişimi olan katılımcıların İÖÖ olumsuz kendilik değeri puanı daha yüksektir.

Tablo 21.

İntihar girişimi değişkenine göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	İntihar girişimi olan	İntihar girişimi olmayan	χ^2 p
ÇÇTÖ- top	37,31 (n=26)	28,27 (n=37)	3,72 ,054
ÇÇTÖ Cİ	35,50 (n=26)	29,54 (n=37)	3,99 0,04*
ÇÇTÖ DİS	38,69 (n=26)	27,30 (n=37)	6,50 0,01*
ÇÇTÖ FİH	34,48 (n=26)	30,26 (n=37)	,841 ,359
ÇÇTÖ DİH	37,75 (n=26)	27,96 (n=37)	4,38 0,03*
ÇÇTÖ FİS	35,69 (n=26)	29,41 (n=37)	3,22 ,073
DK	37,54 (n=26)	28,11 (n=37)	4,09 0,04*

*p≤0,05

**p<0,001

Katılımcıların DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının intihar girişimi durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney-U Testi yapılmıştır. Mann Whitney-U analizine göre; intihar girişimi grupları arasında DK, ÇÇTÖ DİS, ÇÇTÖ DİH ve ÇÇTÖ Cİ puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır (p≤0,05).

Mann Whitney-U analizine göre; intihar girişimi grupları arasında DK puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır (p≤0,05). İntihar girişimi

olan katılımcıların sıra ortalaması 37,54 iken intihar girişimi olmayan katılımcıların sıra ortalaması 28,11'dir. Bu analiz sonucuna göre intihar girişimi olan katılımcıların durumluk kaygı puanı daha yüksektir.

Mann Whitney-U analizine göre; intihar girişimi grupları arasında ÇÇTÖ DİS puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p \leq 0,05$). İntihar girişimi olan katılımcıların sıra ortalaması 38,69 iken intihar girişimi olmayan katılımcıların sıra ortalaması 27,30'dur. Bu analiz sonucuna göre intihar girişimi olan katılımcıların duygusal istismar puanı daha yüksektir.

Mann Whitney-U analizine göre; intihar girişimi grupları arasında ÇÇTÖ DİH puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p \leq 0,05$). İntihar girişimi olan katılımcıların sıra ortalaması 37,75 iken intihar girişimi olmayan katılımcıların sıra ortalaması 27,96' dır. Bu analiz sonucuna göre intihar girişimi olan katılımcıların duygusal ihmal puanı daha yüksektir.

Mann Whitney-U analizine göre; intihar girişimi grupları arasında ÇÇTÖ Cİ puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p \leq 0,05$). İntihar girişimi olan katılımcıların sıra ortalaması 35,50 iken intihar girişimi olmayan katılımcıların sıra ortalaması 29,54' dür. Bu analiz sonucuna göre intihar girişimi olan katılımcıların cinsel istismar puanı daha yüksektir.

Tablo 22.

Birinci derece akrabada intihar girişimi değişkenine göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Birinci Derece Akrabada İntihar Girişimi Olan	Birinci Derece Akrabada İntihar Girişimi Olmayan	t p
İÖÖ- top.	85,25±6,49 (n=8)	85.84±11,48 (n=57)	-.142 .054
İÖÖ- OKD	47.62±4,10 (n=8)	50,61±6,15 (n=57)	-1.32 .094
İÖÖ- İD	20,37±2,77 (n=8)	18,96±3,27 (n=57)	1.15 .267
İÖÖ- ÖD	17,25±2,91 (n=8)	16,26±4,08 (n=57)	,659 .157
SK	48,62±10,78 (n=8)	49,31±9,49 (n=57)	-,190 .803
BDE	19,87±11,25 (n=8)	19,89±11,76 (n=57)	-,004 .613

*p≤0,05

** p<0,001

Katılımcıların birinci derece akrabada intihar girişimine göre; İÖÖ toplam, İÖÖ OKD, İÖÖ İD, İÖÖ ÖD, SK ve BDE puan ortalamalarının karşılaştırılması t-testi ile analiz edilmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır (p>0,05).

Tablo 23.

Birinci derece akrabada intihar girişimi değişkenine göre DK, T ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Birinci Derece Akrabada İntihar Girişimi Olan	Birinci Derece Akrabada İntihar Girişimi Olmayan	X ² p
T- top	34,13 (n=8)	32,84 (n=57)	,032 ,857
T Cİ	43,75 (n=8)	31,49 (n=57)	6,91 0,009*
T DİS	39,06 (n=8)	32,15 (n=57)	1,035 ,309
T FİH	32,63 (n=8)	33,05 (n=57)	,004 ,951
T DİH	32,38 (n=8)	33,09 (n=57)	,010 ,920
T FİS	45,38 (n=8)	31,26 (n=57)	6,84 0,009*
DK	32,75 (n=8)	33,04 (n=57)	,002 ,968

*p≤0,05

**p<0,001

Katılımcıların DK, T ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının birinci derece akrabada intihar girişimi durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney-U Testi yapılmıştır. Mann Whitney-U analizine göre; birinci derece akrabada intihar girişimi grupları arasında T Cİ ve T FİS puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır (p≤0,05). Birinci derece akrabada intihar girişimi olan katılımcıların sıra ortalaması 43,75 iken birinci derece akrabada intihar girişimi olmayan katılımcıların sıra

ortalaması 31,49' dur. Bu analiz sonucuna göre birinci derece akrabasında intihar girişimi olan katılımcıların cinsel istismar puanı daha yüksektir.

Mann Whitney-U analizine göre; birinci derece akrabada intihar girişimi grupları arasında ÇÇTÖ FİS puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p \leq 0,05$). Birinci derece akrabada intihar girişimi olan katılımcıların sıra ortalaması 45,38 iken birinci derece akrabada intihar girişimi olmayan katılımcıların sıra ortalaması 31,26' dır. Bu analiz sonucuna göre birinci derece akrabasında intihar girişimi olan katılımcıların fiziksel istismar puanı daha yüksektir.

Tablo 24.

Psikiyatrik hastalık durumuna göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Psikiyatrik Hastalığı Olmayan	Psikiyatrik Hastalığı Olan	t p
İÖÖ- top.	84.45±10,99 (n=40)	88.16±10,92 (n=24)	-1,31 ,978
İÖÖ- OKD	49.75±5,83 (n=40)	51.33±6,23 (n=24)	-1,02 ,870
İÖÖ- İD	18.82±3,45 (n=40)	19.62±2,90 (n=24)	-,950 ,352
İÖÖ- ÖD	15.87±4,07 (n=40)	17.20±3,76 (n=24)	-1,304 ,599
SK	46.80±9,68 (n=40)	53.50±8,07 (n=24)	-2,84 ,561
BDE	18.27±10,58 (n=40)	22.66±13,14 (n=24)	-1,46 ,349

* $p \leq 0,05$

** $p < 0,001$

Katılımcıların psikiyatrik hastalık durumuna göre; İÖÖ toplam, İÖÖ OKD, İÖÖ İD, İÖÖ ÖD, SK ve BDE puan ortalamalarının karşılaştırılması t- testi ile analiz edilmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 25.

Psikiyatrik hastalık durumuna göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Psikiyatrik Hastalığı Olmayan	Psikiyatrik Hastalığı Olan	χ^2 p
ÇÇTÖ- top	30,36 (n=40)	36,06 (n=24)	1,41 ,235
ÇÇTÖ Cİ	29,35 (n=40)	37,75 (n=24)	7,06 0,008*
ÇÇTÖ DİS	29,41 (n=40)	37,65 (n=24)	3,25 ,071
ÇÇTÖ FİH	32,18 (n=40)	33,04 (n=24)	,034 ,854
ÇÇTÖ DİH	30,14 (n=40)	36,44 (n=24)	1,72 ,189
ÇÇTÖ FİS	30,01 (n=40)	36,65 (n=24)	3,45 ,063
DK	28,16 (n=40)	39,73 (n=24)	5,79 0,016*

* $p\leq 0,05$

** $p<0,001$

Katılımcıların DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının psikiyatrik hastalık durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney-U Testi yapılmıştır. Mann Whitney-U analizine göre; psikiyatrik hastalık grupları arasında ÇÇTÖ Cİ ve DK puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p\leq 0,05$). Psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların sıra ortalaması 37,75 iken psikiyatrik hastalığı olmayan katılımcıların sıra

ortalaması 29,35'dir. Bu analiz sonucuna göre psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların cinsel istismar puanı daha yüksektir.

Mann Whitney-U analizine göre; psikiyatrik hastalık grupları arasında DK puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p \leq 0,05$). Psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların sıra ortalaması 39,73 iken psikiyatrik hastalığı olmayan katılımcıların sıra ortalaması 28,16'dır. Bu analiz sonucuna göre psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların durumluk kaygı puanı daha yüksektir.

Tablo 26.

Psikiyatrik ilaç kullanım durumuna göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Kullanan	Kullanmayan	t p
İÖÖ- top.	85,73±11,37 (n=38)	85,00±10,27 (n=22)	,250 ,670
İÖÖ- OKD	50,10±5,94 (n=38)	50,45±6,06 (n=22)	-,218 ,816
İÖÖ- İD	18,89±3,68 (n=38)	18,90±2,15 (n=22)	-,017 ,041*
İÖÖ- ÖD	16,73±3,93 (n=38)	15,63±3,89 (n=22)	1,04 ,907
SK	50,07±9,48 (n=38)	47,68±9,33 (n=22)	,949 ,864
BDE	19,34±13,37 (n=38)	20,50±9,08 (n=22)	-,360 ,038*

* $p \leq 0,05$

** $p < 0,001$

Katılımcıların psikiyatrik ilaç kullanımına göre; İÖÖ toplam, İÖÖ OKD, İÖÖ İD, İÖÖ ÖD, SK ve BDE puan ortalamaları t- testi ile analiz edilmiştir. Psikiyatrik ilaç kullanımı değişkenine göre; İÖÖ toplam, İÖÖ OKD, İÖÖ ÖD ve SK puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuyor iken

($p>0,05$); İÖÖ İD ve BDE puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p\leq 0,05$). Psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların ortalama puanı, 18,89 iken psikiyatrik ilaç kullanmayan katılımcıların ortalama puanı 18,90'dır. Bu sonuçlara göre psikiyatrik ilaç kullanmayan katılımcıların İÖÖ İD puanı anlamlı olarak daha yüksektir.

Psikiyatrik ilaç kullanan katılımcıların BDE puan ortalaması, 19,34 iken kullanmayan katılımcıların ortalama puanı 20,50'dir. Bu sonuçlara göre psikiyatrik ilaç kullanmayan katılımcıların BDE puanı anlamlı olarak daha yüksektir.

Tablo 27.

Psikiyatrik ilaç kullanım durumuna göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Kullanan	Kullanmayan	χ^2 p
ÇÇTÖ- top	29,88	31,57	,130
	(n=38)	(n=22)	,718
ÇÇTÖ Cİ	31,37	29,00	,563
	(n=38)	(n=22)	,453
ÇÇTÖ DİS	30,62	30,30	,005
	(n=38)	(n=22)	,942
ÇÇTÖ FİH	29,05	33,00	,738
	(n=38)	(n=22)	,390
ÇÇTÖ DİH	30,70	30,16	,013
	(n=38)	(n=22)	,908
ÇÇTÖ FİS	30,74	30,09	,033
	(n=38)	(n=22)	,856
DK	32,37	27,27	1,18
	(n=38)	(n=22)	,276

* $p\leq 0,05$

** $p<0,001$

Katılımcıların DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının psikiyatrik ilaç kullanımı durumuna göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney-U Testi yapılmıştır. Mann Whitney-U analizine göre; psikiyatrik ilaç kullanım grupları arasında DK puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p>0,05$).

Tablo 28.

Alkol bırakma girişimine göre İÖÖ, SK, BDE ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Alkol bırakma girişimi olan	Alkol bırakma girişimi olmayan	t p
İÖÖ- top.	86,92±11,20 (n=54)	79,80±8,17 (n=10)	1,91 ,175
İÖÖ- OKD	50,81±6,03 (n=54)	47,20±5,34 (n=10)	1,76 ,577
İÖÖ- İD	19,61±3,27 (n=54)	16,70±1,82 (n=10)	2,72 ,136
İÖÖ- ÖD	16,50±4,11 (n=54)	15,90±3,24 (n=10)	,435 ,106
SK	50,40±9,52 (n=54)	43,40±8,26 (n=10)	2,17 ,527
BDE	20,96±12,15 (n=54)	14,70±6,99 (n=10)	1,57 ,073

* $p\leq 0,05$

** $p<0,001$

Katılımcıların alkol bırakma girişimine göre; İÖÖ toplam, İÖÖ OKD, İÖÖ İD, İÖÖ ÖD, SK ve BDE puan ortalamalarının karşılaştırılması t- testi ile analiz edilmiş ve istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$).

Tablo 29.

Alkol bırakma girişimine göre DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının karşılaştırılması

	Alkol bırakma girişimi olan	Alkol bırakma girişimi olmayan	X² p
<i>ÇÇTÖ- top</i>	35,03 (n=54)	18,85 (n=10)	6,38 ,011*
<i>ÇÇTÖ Cİ</i>	32,91 (n=54)	30,30 (n=10)	,383 ,536
<i>ÇÇTÖ DİS</i>	34,35 (n=54)	22,50 (n=10)	3,78 ,052
<i>ÇÇTÖ FİH</i>	35,03 (n=54)	18,85 (n=10)	6,61 ,010*
<i>ÇÇTÖ DİH</i>	34,35 (n=54)	22,50 (n=10)	3,43 ,064
<i>ÇÇTÖ FİS</i>	33,49 (n=54)	27,15 (n=10)	1,69 ,193
<i>DK</i>	33,65 (n=54)	26,30 (n=10)	1,31 ,251

*p≤0,05

**p<0,001

Katılımcıların DK, ÇÇTÖ ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının alkol bırakma girişimi değişkenine göre farklılaşıp farklılaşmadığını belirlemek amacıyla Mann Whitney-U Testi yapılmıştır. Mann Whitney-U analizine göre; alkol bırakma girişimi grupları arasında ÇÇTÖ toplam ve ÇÇTÖ FİH puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır (p≤0,05).

Mann Whitney-U analizine göre; alkol bırakma girişimi grupları arasında ÇÇTÖ toplam puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p \leq 0,05$). Alkol bırakma girişimi olan katılımcıların sıra ortalaması 35,03 iken alkol bırakma girişimi olmayan katılımcıların sıra ortalaması 18,85'dir. Bu analiz sonucuna göre alkol bırakma girişimi olan katılımcıların çocukluk ağı travma ölçek puanı daha yüksektir.

Mann Whitney-U analizine göre; alkol bırakma girişimi grupları arasında TÖ FİH puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p \leq 0,05$). Alkol bırakma girişimi olan katılımcıların sıra ortalaması 35,03 iken alkol bırakma girişimi olmayan katılımcıların sıra ortalaması 18,85'dir. Bu analiz sonucuna göre alkol bırakma girişimi olan katılımcıların fiziksel ihmal puanı daha yüksektir.

Tablo 30.

Ölçek Puanların toplam intihar olasılığına etkisinin incelenmesi

Bağımlı Değ	Bağımsız Değ	Katsayı (B)	Bet a	t	p	R2
Toplam intihar olasılığı	Sabit	53,087		9,514	,000*	,616
	Durumluk kaygı	,267	,308	2,662	,010*	
	Sürekli kaygı	,380	,332	2,843	,006*	
	Duygusal istismar	-,169	-,059	-,357	,723	
	Fiziksel ihmal	-1,453	-,423	2,345	,023*	
	Cinsel istismar	-1,178	-,222	1,861	,068	
	Fiziksel istismar	-1,120	-,258	2,055	,044*	
	Toplam ocukluk ağı travma	,753	,892	3,025	,004*	

Model; F=13,080 $p < 0,05$; * $p < 0,05$

Ölçek toplam ve alt ölçek puanlarının İÖÖ toplam puanı üzerinde yordayıcı analizi yapılmıştır. Etkinin incelenmesi amacıyla kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlıdır ($F=13,080$ $p<0,05$). Duygusal İhmal model tarafından analiz dışı kalmıştır. Buna göre katsayılar incelendiğinde Durumluk kaygı, Fiziksel istismar ve Toplam çocukluk çağı travma; Toplam intihar olasılığını pozitif etkilemekte ($B=,267$; $B=,380$; $B=,753$; $p<0,05$) iken Fiziksel ihmal ve Fiziksel istismar negatif etkilemektedir ($B=-1,453$; $-1,120$; $p<0,05$). Katsayısı en büyük olduğu için Fiziksel ihmal en fazla etkiyi yapmakta iken Durumluk kaygı en az etkiyi yapmaktadır. Toplam intihar olasılığındaki değişimin %62'si Durumluk kaygı, Fiziksel istismar, Toplam çocukluk çağı travma, Fiziksel ihmal ve Fiziksel istismar tarafından açıklanmaktadır.

5. BÖLÜM

TARTIŞMA

Bu araştırma Alkol Bağımlılarının İntihar Olasılıkları, Depresyon, Anksiyete ve Çocukluk Travması Düzeyleri Arasındaki İlişkinin belirlenmesi amacıyla gerçekleştirilmiştir. Ayrıca bu değişkenlerin katılımcıların sosyo- demografik bilgilerine göre farklılaşıp farklılaşmaması istatistiksel açıdan analiz edilmiştir. Araştırma kapsamına alınan bireylerin çoğunluğu (%92,3'ü) erkek, %7,7' si kadındır ve en fazla oranda katılımcı 36- 47 yaş aralığındadır (%37,0). Yaş ortalaması $46,4 \pm 10,91$ (min. 25, max. 73) olarak hesaplanmıştır. Alkol bağımlısı profili cinsiyet ve yaş değişkenleri açısından alkol bağımlısı ve tedavi arayışındaki diğer popülasyonla uyumludur (Çelik ve ark 2002). Nitekim Kaplan ve Sadock (1998) da alkol bağımlılığının daha sık erkeklerde görüldüğünü ileri sürmüştür.

Türkiye'de genel nüfus üzerinde ve kadınlar arasında alkol bağımlılığının yaygınlığını araştıran kapsamlı ve yeterli ölçüde çalışma bulunmamakla birlikte yapılan sınırlı sayıdaki çalışma, alkol kullanım bozukluklarının erkekler arasında daha yaygın olduğunu ancak son yıllarda, diğer ülkelerde olduğu gibi, Türkiye'de de genç kadınlar arasında alkol kullanımının hızla arttığını düşündürmektedir (Altıntoprak ve ark., 2008). Eğitim durumuna bakıldığında en fazla oranda alkol bağımlısı katılımcının lise mezunu olduğu görülmüştür (% 40,0). Ancak Türkiye'de genel nüfus üzerinde yapılan Türkiye Ruh Sağlığı Profili (1998) oranları ve Türkçapar ve arkadaşları çalışmasının sonuçları ile farklılaşmaktadır. Bu çalışmada klinik örnekleme yeralan alkol bağımlısı grup nispeten daha eğitilidir.

%52,3'ü bir işte çalışmaktadır ve çoğunluk (%72,3) çocuk sahibidir ve bu katılımcıların %55,3'ü de iki çocukludur. Alkol bağımlılarının %63,1'i evlidir. Bu

Çalışma klinik bir örnek üzerinde gerçekleşmekle birlikte alkol bağımlılarının evlilik düzeyi, Türkiye’de genel popülasyonda yapılmış olan Türkiye Ruh Sağılığı Profili (1998) oranları ve Türkçapar ve ark. alışmasının sonuçları ile uyumludur (Erol ve ark. 1998, Türkçapar ve ark. 1997). Aslında bu bireylerin önemli çoğunluğu bağımlılık süreçlerinde yaşadığı sorunlar arasında romantik ilişkilerinin sonlanması, evliliklerinin bitmesi, yakınlarından izole bir yaşam sürmeleri yaygın olmakla birlikte bu çalışma grubunda alkol bağımlılarının çoğunluğu eş ve ailleri ile birlikte yaşamaktadır.

Bu çalışmadaki katılımcıların çoğunluğu (%84,4) yaşamının herhangi bir döneminde alkol bırakma girişiminde bulunmuştur. Pekçok bağımlılıkta olduğu gibi alkol bağımlıları da alkolü bırakma girişiminde bulunmaktadır. Ancak bireyin kişilik yapısı, içinde yaşadığı evre, alkol nedeniyle giderek sosyal bağlarının kopması, alkole eşlik eden duygudurum bozuklukları, işini kaybetme, yakınlarını kaybetme gibi olumsuz yaşam deneyimleri ve belkide çocukluk ağı travmaları nedeni ile bireyin bazı sorunlarından uzaklaşmak ya da bunları unutmak için alkole yeniden başlama sürecini yaşadığı bilinmektedir.

Alkol bağımlısı bu grubun alkolü bıraktıktan sonra %17,6’sı yoksunluk belirtisi yaşamadığını belirtirken; %82,4 yoksunluk belirtileri (titreme, terleme ve agresyon, uykusuzluk, ruhsal ve fiziksel çöküntü gibi) yaşadığını ifade etmiştir. Alkolün bırakılması klinik tedavi ve gözetim altında gerçekleşmesi gereken bir süreçtir. Aksi taktirde ani ölüm, daha ağır sağık sorunları hatta dürtüsellikle birleşen intihar vakaları bu dönemde daha çok görülebilmektedir. Bu dönemde katılımcılar profesyonel yardım altında uygun bir klinik ortamda bu süreci gerçekleştirdiklerinden yoksunluk kontrol altına alınmıştır.

Bu çalışmada psikiyatrik rahatsızlıkları olan katılımcılar ise %32 olarak bulunmuştur. Psikiyatrik rahatsızlıklar katılımcılar tarafından depresyon ve anksiyete (%42,9), obsesyon panik atak (%23,8), bipolar bozukluk (%14,3), obsesif kompulsif bozukluk (%9,5), şizofreni (%4,8) ve kumar bağımlılığı (%4,8) olarak sıralanmıştır. Alkol bağımlılığı bazı psikiyatrik rahatsızlıkları tetiklemekte ya da bazı psikiyatrik rahatsızlıkların varlığı örneğin şizofreni, bipolar bozukluk, majör depresyon ve anksiyete bozuklukları da alkol bağımlılığını beraberinde

getirebilmektedir. Nitekim alkol kullanım bozukluğu ile birlikte eş tanı oranları değerlendirildiğinde Gökbulut ve Erkmen'in (2008) araştırmalarında , bipolar bozukluğa sahip hastalar % 58.9. Başka bir çalışmada da Major Depresif Bozukluk % 14,5, Obsesif-Kompulsif Bozukluk %2.3, yaygın Anksiyete Bozukluğu % 5,3 Şizofreninin de %1,5 civarında olduğu gözlemlenmiştir (Çıray ve ark., 2018). Alkol bağımlılığına eş tanı olan duygudurum bozuklukları yaygın görülmekle birlikte yukarıda ülkemizde yapılan araştırma örneklerinden verilen rakamlar bu çalışmaların küçük çaptaki klinik bulguları ile sınırlıdır.

İntihar düşüncesi/ girişi olan katılımcılar %37,3 oranındadır. Çelik ve arkadaşlarının yaptıkları bir çalışmada yatarak tedavi olan alkol bağımlısı hastalarda intihar düşüncesi oranı %40 olup bu çalışma bulguları ile paralellik göstermektedir. Mırsal ve arkadaşlarının (2001) çalışmalarında da alkol bağımlılığında intihar girişi %62,1 gibi oldukça yüksek oranlarda bulunmuştur. Bir başka araştırma bulgusunda alkol bağımlılığı olan hastalarda kendine zarar verme oranının remisyon döneminde %29,4, relaps döneminde %63 olduğu bildirilmiştir. Literatürde intihar ve kendine zarar verme ile ilgili çalışmalar daha çok psikotik bozukluklar, affektif bozukluklar ve alkol–madde bağımlıları arasında yapılmıştır (Evren ve ark., 2013)

Ayrıca bu çalışmada intihar olasılığının alt boyutu olan öfke düşmanlık ile olumsuz kendilik değeri, beck depresyon envanteri, sürekli kaygı puanı arasında anlamlı pozitif orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır.

Birinci derece akrabalarda intihar girişi olan katılımcılar bu araştırma da %40 olarak bulunmuştur. Yakınların intihar girişimleri aynı ekoloji içindeki bireyi de gerek genetik gerekse sosyal öğrenme ve benzer baş etme stratejileri gibi faktörlerle etkilemektedir.

Katılımcıların, intihar olasılığı ölçeğinden aldıkları toplam puanlar ortalaması ve intihar düşüncesi, hostilete, olumsuz kendilik düşüncesi gibi alt boyutlar puan ortalaması Ölçeğin Türkçe uyarlamasını yapan Handan (2001) çalışma grubundaki oranlar ile uyumludur (Zehra, 2007).

Alkol bağımlılarının durumluk kaygı puanları orijinal ölçeğin Türk toplumuna uyarlama geçerlik güvenirliği üzerinden değerlendirildiğinde ortaya yakın, sürekli kaygı düzeylerinin de orta düzeyde olduğu görülmüştür (Hisli Şahin 2000). Alkol bağımlılarının depresiflik belirtileri ise orta derecede depresyona sahip olduklarını göstermektedir.

Bu çalışmada alkol bağımlısı katılımcıların çocukluk çağı travmaları ölçeğinin Türkçeye uyarlanan versiyonu ile karşılaştırıldığında fiziksel ihmal, fiziksel, cinsel ve duygusal istismar için ölçek ortalama puanların üzerinde bildirim verdikleri, duygusal ihmal için ise ölçek ortalama puanların altında bildirim verdikleri görülmektedir (Şar, Öztürk ve İkikardeş, 2012). Çocukluk çağında maruz kalınan kötü muamele ve travma öyküsü yaşam boyu psikopatoloji olasılığını arttırmaktadır (MacMillan ve ark. 2001; Taillieu ve ark., 2017). Bir grup araştırmacı çocukluk çağında maruz kalınan cinsel istismar ve duygusal ihmalin erişkinlik dönemindeki depresyonla ilişkili olduğu sonucuna varmışlardır (Bifulco ve ark. 1991, Mullen ve ark. 1993). Çocukluk çağındaki istismar aynı zamanda anksiyete bozukluklarına, özellikle de panik bozukluk ve yaygın anksiyete bozukluğuna yatkınlığı arttırmaktadır (Stein ve ark. 1996).

Bu araştırmada alkol bağımlısı bireylerin, olumsuz kendilik değeri ile intihar düşüncesi, öfke düşmanlık, beck depresyon, durumluk ve sürekli kaygı ve duygusal ihmal puanı arasında anlamlı pozitif orta düzeyde bir ilişkisi vardır. Bu bulgulara paralel olarak Çelik ve arkadaşları (2002) intihar düşüncesi ve hostilitenin (ÖD) depresyon ve anksiyete gibi diğer bir ruhsal bozukluğa işaret ettiğini belirlemişlerdir. Kalyoncu ve Mırsal (2004) ve Mulloney ve Trippet (1979), Fawcett ve arkadaşları (1984) Samancı ve arkadaşları (1995) da depresyon ve anksiyete bozukluğu olan hastalarda alkol bağımlılığının da bulunması halinde intihar riskini artırdığını ortaya koymuşlardır.

Bu araştırmada cinsiyet grupları arasında çocukluk çağı cinsel istismar puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Buna göre kadın katılımcıların çocukluk çağı cinsel istismar puanı erkeklere oranla anlamlı olarak daha yüksektir. Aynı şekilde alkol bağımlısı katılımcıların

cinsiyet grupları arasında çocukluk çağı fiziksel istismar puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p \leq 0,05$). Bu analiz sonucuna göre de kadın katılımcıların fiziksel istismar puanı erkek katılımcılara oranla daha yüksektir. Nitekim bu araştırma bulgularına paralel olarak Brems ve Namyniuk (2002)'in araştırma sonuçları, alkol ve madde kullanan 193 kadının %71.9'unun çocukluğunda fiziksel veya cinsel istismar yaşantısı olduğunu ortaya koymaktadır. Bu bulgular toplumsal cinsiyet açısından uyumludur. Her ne kadar çocukluk çağı istismarlarına ilişkin yeterli araştırma bulgusu olmasada dünyanın pekçok yerinde olduğu gibi Türkiye'de ki cinsiyete göre istismar dağılımı ile uyumludur (Akdoğan, 2015; Aktepe, 2009; Alpaslan 2014; Nowinski, 2013) Yalçın, Özkan ve Bilginer, 2018).

Katılımcıların yaş değişkeni grupları arasında durumluk kaygı puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p < 0,05$). Çocukluk çağı travma ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları bakımından anlamlı bir fark bulunmamaktadır ($p > 0,05$).

Alkol bağımlılarının medeni durumları depresyon ve durumluk kaygı puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur. Bu sonuçlara göre evli olmayan katılımcıların beck depresyon envanteri ve durumluk kaygı puanı daha yüksektir

Bağımlıların herhangi bir psikiyatrik hastalığa sahip olma durumuna göre; intihar olasılığı ölçeği toplam ve alt ölçekleri olumsuz kendilik, intihar düşüncesi, öfke düşmanlık, sürekli kaygı ve beck depresyon envanteri puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p > 0,05$). Psikiyatrik hastalıklara sahip olma durumu grupları arasında çocukluk çağı cinsel istismar travması ve durumluk kaygı puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p \leq 0,05$). Bu analiz sonucuna göre psikiyatrik hastalığı olan katılımcıların cinsel istismar puanı ve durumluk kaygı puanı daha yüksektir. Bu araştırma bulgularına paralel olarak Huang ve arkadaşları (2012), çocukluk çağı travmasına maruz kalmanın, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar için risk artışı ve tedaviye başvuran alkolik yatan hastalarda intihar girişimi ile ilişkili olduğunu bildirilmiştir.

Psikiyatrik ilaç kullanma durumlarına göre intihar olasılığı intihar düşüncesi ve beck depresyon envanter puan ortalaması üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark yaratmıştır ($p \leq 0,05$). Psikiyatrik ilaç kullanmayan katılımcıların intihar olasılığı intihar düşüncesi puanı anlamlı olarak daha yüksektir. Psikiyatrik ilaç kullanmayan katılımcıların beck depresyon puanı anlamlı olarak daha yüksektir.

Alkol bağımlılarının İntihar girişimine göre intihar olasılığı olumsuz kendilik puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p \leq 0,05$). Bu sonuçlara göre intihar girişimi olan katılımcıların intihar olasılığı olumsuz kendilik değeri puanı daha yüksektir. İntihar girişimi grupları arasında durumluk kaygı, çocukluk çağı duygusal istismar, çocukluk çağı duygusal ihmal ve çocukluk çağı cinsel istismar puanı bakımından da istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p \leq 0,05$). Bu analiz sonucuna göre intihar girişimi olan alkol bağımlılarının durumluk kaygı puanı, duygusal istismar, duygusal ihmal puanı ve cinsel istismar puanı daha yüksektir. Alkol bağımlısı olan ve intihar girişiminde bulunan bazı vakalarda psikiyatrik bozuklukların önemli oranda olduğu belirlenmiştir (Suominen ve ark. 1997). Kadınlar üzerinde yapılan bir araştırmada, çocukluğunda cinsel veya fiziksel istismara uğramış olanlarda daha fazla depresyon ve anksiyete belirtileri ve daha fazla intihar girişimi olduğunu saptamıştır (McCauley ve ark. 1997).

Alkol bağımlılarının birinci derece akrabalarının intihar girişiminde bulunma grupları arasında çocukluk çağı cinsel istismar ve çocukluk çağı fiziksel ihmal puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p \leq 0,05$). Bu analiz sonucuna göre birinci derece akrabasında intihar girişimi olan katılımcıların cinsel istismar ve fiziksel istismar puanı daha yüksektir.

Katılımcıların alkol bırakma girişimi grupları arasında çocukluk çağı travma toplam ve çocukluk çağı fiziksel ihmal puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p \leq 0,05$). Bu analiz sonucuna göre alkol bırakma girişimi olan katılımcıların çocukluk çağı travma ölçek toplam puanı ve fiziksel ihmal puanı daha yüksektir.

Bu çalışmanın bir bulgusu da toplam intihar olasılığındaki değişimin %61.6,'si Durumluk kaygı, Fiziksel istismar, toplam çocukluk çağı travma, Fiziksel ihmal ve Fiziksel istismar tarafından açıklanmasıdır. Bu araştırmada alkol bağımlılarının ek tanılarının depresyon ve anksiyete bozukluğu olarak saptanması sonuçları anlaşılır kılmaktadır Katsayısı en büyük olduğu için Fiziksel ihmal en fazla etkiyi yapmakta iken Durumluk kaygı en az etkiyi yapmaktadır. Çelik ve arkadaşları da çalışmalarında (2002) durumluk kaygı ile depresyonun ek tanılı ruhsal bozuklukları yordamada anlamlı olduğunu ortaya koymuşlardır.

6. BÖLÜM

SONUÇ VE ÖNERİLER

6.1 Sonuç

Bu araştırmada Alkol Bağımlılarının İntihar Olasılıkları, Depresyon, Anksiyete ve Çocukluk Travması Düzeyleri Arasındaki İlişkinin belirlenmesi amacıyla. Katılımcıların sosyo- demografik bilgilerine yönelik bulgular kapsamında öncelikle katılımcının kendisine yönelik demografik bilgileri Cinsiyet, yaş, çocuk sahibi olma, ikamet ettikleri yer, sosyal güvence durumları) daha sonra sosyal özellikleri bakımından din ile ilgili görüşleri ve ibadet etme durumları sorulmuş yine katılımcı yakınlarından ebeveyn ve eşin sosyo demografik özellikleri araştırılmıştır.

Alkol bağımlılarının sosyo- demografik bilgilerine yönelik sonuçlar

Araştırma kapsamına alınan bireylerin çoğunluğu erkektir. (%92,3'ü erkek) %7,7'si kadındır. Çoğunluğu 36- 47 yaş aralığındadır. (%37'.0),ve yaş ortalaması $46,4 \pm 10,91$ (min. 25, max. 73) olarak hesaplanmıştır. Çoğunluk katılımcının lise mezunu olduğu görülmüştür.(% 40,0) %52,3'ü bir işte çalışmakta ve çoğunluğu (%72,3) çocuk sahibidir ve bu katılımcıların %55,3'ü iki çocukludur. Önemli çoğunluk katılımcı (%88,5) Ankara'da ikamet etmektedir. Sosyal güvenceye sahip olanlar %70,7 oranındadır.

Alkol bağımlılarının ebeveynlerine ve eşine ilişkin sosyo- demografik sonuçlar

Katılımcıların ebeveynlerine ve eşlerine ilişkin sosyo- demografik bilgileri incelendiğinde çoğunluğunun annesinin (%61,5) ve yarısından fazlasının babasının (%53,8) hayatta olduğu görülmektedir. Ebeveynlerinin en fazla

oranda ilköğretim mezunu (anne %36,5; baba %33,3) oldukları saptanmıştır. Alkol bağımlılarının %32,8'nin annesi ve babası birlikte yaşamaktadır ve %23,4'ünün anne ve babası hayatta değildir. %63,1'i evlidir ve %35,7'sinin eşi lise mezunu ve %64,6'nın eşi de üniversite mezunudur.

Alkol bağımlılarının alkol kullanımına ilişkin sonuçları

Alkol bağımlılarının çoğunluğu (%84,4) yaşamının herhangi bir döneminde alkol bırakma girişiminde bulunmuştur. %17,6'sı yoksunluk belirtisi yaşamıyor iken; %82,4 yoksunluk belirtileri (titreme, terleme ve agresyon, uykusuzluk, ruhsal ve fiziksel çöküntü gibi) yaşamaktadır. Psikiyatrik rahatsızlıkları olan alkol bağımlılarının ise %32 olarak bulunmuştur. Psikiyatrik rahatsızlıklar depresyon ve anksiyete (%42,9), obsesyon panik atak (%23,8), bipolar bozukluk (%14,3), obsesif kompulsif bozukluk (%9,5), şizofreni (%4,8) ve kumar bağımlılığı (%4,8) olarak sıralanmıştır. %58,5 oranında katılımcı psikiyatrik bir ilaç kullanmış/ kullanmaktadır. İntihar düşüncesi olan alkol bağımlısı %37,3 oranındadır. Birinci derece akrabalarda intihar girişimi olanlar %40 olarak bulunmuştur.

Alkol bağımlılarının ölçek ve alt ölçek ilişkilerine yönelik sonuçları

İntihar olasılıkları ölçek alt boyutları Spielberg durumluk sürekli kaygı envanteri, beck depresyon envanteri, çocukluk çağı travması alt boyutları puanlarının korelasyon analizi sonuçlarına göre, olumsuz kendilik değeri ile intihar düşüncesi ($p=,000$), öfke düşmanlık ($p=,000$), beck depresyon ($p=,000$), durumluk ve sürekli kaygı ($p=,000$) ve duygusal ihmal ($p=,000$) puanı arasında anlamlı pozitif orta; duygusal istismar ($p=0,10$), fiziksel ihmal ve fiziksel istismar arasında pozitif zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

İntihar olasılıkları intihar düşüncesi değeri ile olumsuz kendilik ($p=,000$) ve beck depresyon envanteri ($p=,000$) puanı arasında anlamlı pozitif orta düzeyde; öfke düşmanlık ($p=,000$), durumluk ($p=,000$) ve sürekli kaygı ($p=,001$), duygusal istismar ($p=,026$), fiziksel ihmal ($p=,003$), duygusal ihmal ($p=,000$) ve fiziksel ihmal ($p=,003$) puanı arasında anlamlı pozitif zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($p<0,05$).

Öfke düşmanlık ile olumsuz kendilik değeri ($p=,000$), beck depresyon envanteri ($p=,000$), sürekli kaygı puanı ($p=,000$) arasında anlamlı pozitif orta düzeyde bir ilişki bulunmaktadır.

Alkol bağımlılarının bazı sosyodemografik değişkenlerinin ölçek puan ve alt ölçek puanlarına göre sonuçları

Bu araştırmada cinsiyet değişkeni *intihar olasılığı ölçek ve alt ölçekler sürekli kaygı, beck depresyon ölçek puan ortalamaları üzerinde bir farklılık göstermemiş*, ($p>0,05$). Cinsiyet grupları arasında çocukluk çağı toplam puanı, çocukluk çağı duygusal istismar, çocukluk çağı fiziksel ihmal, çocukluk çağı duygusal ihmal ve durumluk kaygı bakımından da istatistiksel anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Cinsiyet grupları arasında çocukluk çağı cinsel istismar puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,001$). Buna göre kadın katılımcıların çocukluk çağı cinsel istismar travma puanı erkeklere oranla anlamlı olarak daha yüksektir. Aynı şekilde alkol bağımlısı katılımcıların cinsiyet grupları arasında çocukluk çağı fiziksel istismar travması puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmuştur ($p\leq 0,05$). Bu analiz sonucuna göre de kadın katılımcıların fiziksel istismar puanı erkek katılımcılara oranla daha yüksektir.

Alkol bağımlılarının yaş grupları arasında intihar olasılığı olumsuz kendilik, intihar düşüncesi ve öfke düşmanlık alt ölçekleri, sürekli kaygı ve beck depresyon ölçeklerinin puan ortalamaları ve çocukluk çağı travma ölçek ve alt ölçekleri ile durumluk kaygı puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturamamıştır ($p>0,05$).

Alkol bağımlılarının eğitim düzeyi değişkeni intihar olasılığı ölçeği toplam, bu ölçeğin olumsuz kendilik, intihar düşüncesi, öfke düşmanlık ve sürekli kaygı ve depresyon puan ortalamaları ve çocukluk çağı travma ölçek ve alt ölçekleri ile durumluk ve sürekli kaygı puan ortalamaları istatistiksel açıdan anlamlı bir fark oluşturamamıştır ($p>0,05$).

Alkol bağımlılarının medeni durumları; intihar olasılığı ölçeği toplam, bu ölçeğin olumsuz kendilik, intihar düşüncesi, öfke düşmanlık ve sürekli kaygı

puan ortalamaları açısından farklılaşmamakla ($p>0,05$) birlikte depresyon puan ortalaması istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p\leq 0,05$). Bu sonuçlara göre evli olmayan katılımcıların depresyon puanı daha yüksektir. Evli olma durumu grupları arasında durumluk kaygı puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p<0,05$). Bu analiz sonucuna göre evli olmayan katılımcıların durumluk kaygı puanı daha yüksektir. Bu değişken çocukluk çağı travma ölçek ve alt ölçek puan ortalamaları açısından anlamlı bir farklılık oluşturmamaktadır ($p>0,05$).

Anneleri hayatta olma durumuna göre alkol bağımlılarının; intihar olasılığı ölçeği toplam, bunun alt ölçekleri olumsuz kendilik, intihar düşüncesi, öfke düşmanlık, sürekli kaygı ve beck depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Bu bağımlıların, çocukluk çağı travma ölçek ve alt ölçek puan ortalamalarının annenin hayatta olma değişkenine göre istatistiksel açıdan anlamlı bir farklılık göstermemesi ile birlikte, bu değişkenin durumluk kaygı puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark yarattığı saptanmıştır ($p\leq 0,05$). Buna göre annesi hayatta olan alkol bağımlılarının durumluk kaygı puanı daha yüksektir.

Bağımlıların herhangi bir psikiyatrik hastalığa sahip olma durumuna göre; intihar olasılığı ölçeği toplam, bu ölçeğin alt ölçekleri olumsuz kendilik, öfke düşmanlık, sürekli kaygı ve beck depresyon puan ortalamaları arasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0,05$). Psikiyatrik hastalıklara sahip olma durumu grupları arasında çocukluk çağı cinsel istismar travması ve durumluk kaygı puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p\leq 0,05$). Bu analiz sonucuna göre psikiyatrik hastalığı olan bağımlıların cinsel istismar puanı ve durumluk kaygı puanı daha yüksektir.

Psikiyatrik ilaç kullanma durumlarına göre ise intihar olasılığı ölçeği toplam, bu ölçeğin alt ölçekleri olan olumsuz kendilik, öfke düşmanlık puan ortalaması ve sürekli kaygı puan ortalaması arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmuyor iken ($p>0,05$); Bu değişken intihar olasılığı ölçeği intihar düşüncesi ve beck depresyon puan ortalaması üzerinde istatistiksel açıdan anlamlı bir fark vardır ($p\leq 0,05$). Psikiyatrik ilaç kullanmayan alkol bağımlılarının intihar

olasılığı ölçeği intihar düşüncesi puanı anlamlı olarak daha yüksektir. Psikiyatrik ilaç kullanmayan bağımlıların beck depresyon envanter puanı da anlamlı olarak daha yüksektir.

Alkol bağımlılarının İntihar girişimine göre intihar olasılığı ölçeği olumsuz kendilik puan ortalamalarının karşılaştırılmasında istatistiksel açıdan anlamlı bir fark bulunmuştur ($p \leq 0,05$). Bu sonuçlara göre intihar girişimi olan alkol bağımlılarının intihar olasılığı ölçeği olumsuz kendilik değeri puanı daha yüksektir. İntihar girişimi grupları arasında durumluk kaygı, çocukluk çağı travma ölçeği duygusal istismar, çocukluk çağı travma ölçeği duygusal ihmal ve buölçeğin cinsel istismar puanı bakımından da istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p \leq 0,05$). Bu analiz sonucuna göre intihar girişimi olan alkol bağımlılarının durumluk kaygı puanı, duygusal istismar, duygusal ihmal puanı ve cinsel istismar puanı daha yüksektir.

Alkol bağımlılarının birinci derece akrabalarının intihar girişiminde bulunma grupları arasında çocukluk çağı travmaları cinsel istismar ve fiziksel istismar puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p \leq 0,05$). Bu analiz sonucuna göre birinci derece akrabasında intihar girişimi olan alkol bağımlıların cinsel istismar ve fiziksel istismar puanı daha yüksektir.

Katılımcıların alkol bırakma girişimi grupları arasında çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam ve bu ölçeğin fiziksel ihmal puanı bakımından istatistiksel anlamlı bir fark bulunmaktadır ($p \leq 0,05$). Bu analiz sonucuna göre alkol bırakma girişimi olan katılımcıların çocukluk çağı travma ölçek toplam puanı ve fiziksel ihmal puanı daha yüksektir.

Ölçek toplam puanları ve alt ölçek puanlarının yordayıcı analiz sonuçları

Ölçek toplam ve alt ölçek puanlarının intihar olasılıkları ölçeği toplam puanı üzerinde yordayıcı analizi yapılmıştır. Etkinin incelenmesi amacıyla kurulan regresyon modeli istatistiksel olarak anlamlı bulunmuştur ($F=13,080$ $p < 0,05$). Buna göre katsayılar incelendiğinde durumluk kaygı, fiziksel istismar ve toplam çocukluk çağı travma; toplam intihar olasılığını pozitif etkilemekte ($B=,267$;

B=,380; B=,753; $p<0,05$) iken fiziksel ihmal ve fiziksel istismar negatif etkilemektedir (B=-1,453; -1,120; $p<0,05$). Toplam intihar olasılığındaki değişimin %61.6'si durumluk kaygı, fiziksel istismar, toplam çocukluk çağı travma, fiziksel ihmal ve Fiziksel istismar tarafından açıklanmaktadır.

6.2 Öneriler

Bu araştırmada öneriler araştırmacılara, klinisyenlere yönelik öneriler ve daha makro kapsamda alkol bağımlılığını önleme için eğitim programı ve sosyal politika oluşturmaya ilişkin öneriler olmak üzere aktarılmıştır.

Araştırmacılara öneriler;

Gelecekteki intiharları önlemeye yardımcı olmak için alkol bağımlılığı ve intihar arasındaki bağlantı ile ilgili farkındalık ve eğitim çalışmaları katlanarak arttırılmalı ve bu konuda daha iyi kanıt oluşturmak için kontrollü araştırma bulguları ile daha doğru değerlendirmeler yapılmalıdır. Örneğin yapılan araştırmaların hem deney hem kontrol grubunu barındıran iki deneysel grup ile gerçekleşmesi, herne kadar alkol bağımlısı grupta erkek popülasyonun daha fazla olduğuna ilişkin araştırma bulguları ve gözlemler olsa da kadın popülasyonun araştırma bulgularına dahil edilmesi ve boylamsal araştırmaların kurgulanması önerilebilir.

Klinisyenlere öneriler;

Alkolizm veya depresyondan muzdarip birçok kişi, alkolün toksik ve bağımlılık yapıcı etkisi hakkında tam veya doğru bir şekilde bilgilendirilemeyebilir. Ayrıca kendilerine bağımlılıklarının tedavi edilmesi konusunda sunulacak desteklerden haberdar olmayabilirler. Bu konuda klinisyenlere, sosyal hizmet uzmanlarına, danışmanlara ve diğer profesyonellere daha iyi bilgi yaymak gerekmektedir.

Bu sayede özellikle bu profesyoneller risk altındaki kişileri tedavi süreçlerinde çok daha etkin olabilirler. Diğer birçok intihar önleme alanında olduğu gibi, burada da erken teşhisin büyük bir kısmı sağlık klinisyenlerinin ve doktorlarının omuzlarına düşer. Klinisyen ya da doktorlar alkol kötüye kullanımından çok depresyon nedeni ile yardım arayan insanlarla karşılaşma ihtimallerinden dolayı, depresif belirtiler

gösteren kişiler intihar riski açısından taranmalı ve özellikle olası alkol kullanımı hakkında soruşturulmalıdır. Alkol ile ilişkili bozuklukların belirlenememesi, mevcut olan tedavilerin başlatılmasını geciktirebilir ve hastaların morbidite ve mortalitesini arttırabilir.

Alkol bağımlılarına ilaç destekli tedavinin yanısıra, psikoterapötik müdahalelerde önerilmektedir. Özellikle insanların olumsuz düşünceleri pozitif ve canlandırıcı duygularla nasıl değiştireceklerini öğrenmelerine yardımcı olan bilişsel davranışçı terapi ya da tedavi sırasında, benzer eşlik eden bozuklukların üstesinden gelmek için akranlar arasındaki tartışmayı kolaylaştırmak için bir yol olarak kullanılan grup terapisi önerilebilir

Psikolojik değerlendirme ve danışmanlık için yönlendirme yapma da depresif belirtileri olan kişiler için önerilen ve uygulanabilir bir seçenektir. Klinisyenler intihar için tarama yaptığında, bu bireylerin alkole bağımlı olup olmadığını da ölçmeye çalışmalıdırlar. Çoğunlukla bireylere bağlı olmakla birlikte, alkolizme sıklıkla eşlik eden damgalama ve utanç nedeniyle bu kimseler gerçek alkol tüketimini açıklama konusunda isteksiz olabilirler.

Alkolün hastanın depresif durumunda etkili bir faktör olabileceğine dair herhangi bir şüphe varsa, hastanın alkol kullanımı konusunda dürüst bir biçimde cevap verebilmesinin önemi kavratılmalı ve bu doğrultuda bilgi alabilmek için sorgulanmaya teşvik edilmelidir. Belirtilmesi gerekli ve olası tehlikeli bir durum da, uzun süredir bağımlı olan bir alkoliğin, uygun destek sistemlerini aramadan ya da benimsemeden içmeyi bırakmaya karar vermesinde ortaya çıkar.

Unutulmamalıdır ki pekçok bağımlılık gibi alkol bağımlılığında bireyin içinde yaşadığı çevre ile ilişkilidir Alkol bağımlısı rehabilitasyon merkezinden ayrıldıktan sonra, ayık bir yaşama geçişlerinin sonraki aşamalarında kendisine rehberlik edebilecek güçlü bir destek sistemine de ihtiyaç duymaktadır.

Bu sistem içinde, destek grupları ya da kendi kendine yardım grupları (Adsız Alkolikler gibi) iyileşen ya da bağımlılıktan kurtulan alkolik için çok değerli bir kaynaktır.

Alkol bağımlılığını Önleme için eğitim programı ve sosyal politika oluşturmaya ilişkin öneriler:

Alkol kullanımı, bireyin kendisi, çevresindekiler ve bir bütün olarak toplum için bedeli ağır maliyetlerle ilişkilidir. Bu maliyetler, alkol tüketimiyle ilişkili artan sağlık risklerinden (hem fiziksel hem de zihinsel) ve alkolün neden olduğu sosyal zararlardan kaynaklanmaktadır.

Alkol kullanımının kültürel ve biyolojik temelleri bu çabada öne çıkan bir yere sahip olabilir. Özellikle alkol önleme programları, halkın ruh sağlığını olumlu yönde etkileyebilir ve dolaylı olarak intihar riskini azaltmaya yardımcı olabilir.

Alkolün hastalık yükünün yanı sıra diğer sosyal, yasal ve parasal maliyetler üzerindeki etkisini azaltmak için, özellikle ergenlik/ gençlik çağındaki olanlar arasında içki içmeyi önleyebilecek veya geciktirebilecek etkili müdahalelerin geliştirilmesi ve sınırlandırılması zorunludur.

Alkolle ilgili önleme politikalarıyla birlikte, etkinliği kanıtlanmış spesifik müdahalelerin uygulanması, aşırı alkol kullanımından kaynaklanan ağrı ve acıyı ve ilişkili maliyetleri azaltmaya yardımcı olabilir.

KAYNAKÇA

- Akdoğan, H. (2005). Çocuğun Cinsel İstismarı Ve Türkiye’de Çocuk Cinsel İstismarını Önlemeye Yönelik Çalışmalar. *Polis Bilimleri Dergisi* Cilt7, Sayı 1.
- Aksaray, G., Erol, S., Yelken, S., Kaptanoğlu, C., Bal, C. (2002). Alkol Bağımlısı Olan Erkek Hastalarda Alkolizm Alt Tipleri. *Düşünen Adam*, 5(1), 30-33.
- Aktepe, E. (2009). Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar-Current Approaches In Psychiatry*; 1:95-119.
- Alparslan, H. A. (2014). Çocukluk Döneminde Cinsel İstismar. *Kocatepe Tıp Dergisi*, 15(2):194-201.
- Altıntoprak, E., Annette Akgür, S., Yüncü, Z., Sertöz, Ö. Ö., & Çoşkunol, H. (2008). Kadınlarda Alkol Kullanımı ve Buna Bağlı Sorunlar. *Türk Psikiyatri Dergisi*, 19(2).
- Amerikan Psikiyatri Birliği, Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı. 2014. Beşinci Baskı (DSM- 5). Çev. Köroğlu, E., Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, Ankara,
- Anda, R., F., Whitfield, C., L., Felitti, V., J., Chapman, D., Edwards, V., J., Dube, S., R., Williamson, D., F. (2002). Adverse Childhood Experiences, Alcoholic Parents, and Later Risk of Alcoholism and Depression. *Psychiatric Services*, 53(8), 1002-1009.
- Andréasson, S., Danielsson, A. K., & Hallgren, M. (2013). Severity of alcohol dependence in the Swedish adult population: association with consumption and social factors. *Alcohol*, 47(1), 21-25.
- Arsel, C. O. (2010). İntihar Olasılığı ve Cinsiyet: İletişim Becerileri, Cinsiyet Roller, Sosyal Destek ve Umutsuzluk Açısından Bir Değerlendirme. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Yüksek Lisans Tezi, Ankara*.

- Bensley, L. S., Van Eenwyk, J., Spieker, S. J., & Schoder, J. (1999). Self-reported abuse history and adolescent problem behaviors. I. Antisocial and suicidal behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 24(3), 163-172.
- Bifulco A, Brown GW, Adler Z (1991) Early sexual abuse and clinical depression in adult life. *Br J Psychiatry*, 159:115-122.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M., & Horwood, L. J. (2007). Anxiety disorders and suicidal behaviours in adolescence and young adulthood: Findings from a longitudinal study. *Psychological Medicine*, 37(3), 431- 440.
- Borges, G., Walters, E. E. and Kessler, R. C. (2000) Associations of substance use, abuse, and dependence with subsequent suicidal behaviour. *American Journal of Epidemiology* 151, 781–789.
- Brady, K. T., & Lydiard, R. B. (1993). The association of alcoholism and anxiety. *Psychiatric Quarterly*, 64(2), 135-149.
- Bremner JD (2003) Long-term effects of childhood abuse on brain and neurobiology. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 12:271–292.
- Brems, C., & Namyniuk, L. (2002). The relationship of childhood abuse history and substance use in an Alaska sample. *Substance use & misuse*, 37(4), 473-494.
- Brown, S. A., & Schuckit, M. A. (1988). Changes in depression among abstinent alcoholics. *Journal of studies on alcohol*, 49(5), 412-417.
- Bulloch, A., Lavorato, D., Williams, J., & Patten, S. (2012). Alcohol consumption and major depression in the general population: the critical importance of dependence. *Depression and anxiety*, 29(12), 1058-1064.
- Büyüköztürk, Ş., Akgün, Ö. E., Demirel, F., Karadeniz, Ş., & Çakmak, E. K. (2015). *Bilimsel araştırma yöntemleri*. Pegem Yayıncılık, Ankara.
- Charlet, K., & Heinz, A. (2017). Harm reduction-a system review on effects of alcohol reduction on physical and mental symptoms [ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27353220](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27353220)
- Chignon, J. M., Cortes, M. J., Martin, P. et al. (1998) Attempted suicide and alcohol dependence: results of an epidemiologic survey. *Encephale* 24, 347–354.

- Conner, K. R., & Duberstein, P. R. (2004). Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics: empirical review and conceptual integration. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28, 6S-17S.
- Copeland LA, Zeber JE, Salloum IM. (2008) Treatment Adherence and Illness Insight in Veterans With Bipolar Disorder. *J Nerv Ment Dis*, 196: 16–21.
- Cornelius, J. R., Salloum, I. M., Mezzich, J. et al. (1995) Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. *American Journal of Psychiatry* 152, 358–364
- Çelik, F. H., & Hocaoglu, Ç. (2016). Major depresif bozukluk'tanımı, etyolojisi ve epidemiyolojisi: bir gözden geçirme. *Çağdaş Tıp Dergisi*, 6(1), 51-66.
- Çelik, S. Demirbaş, H., İlhan, İ.Ö, Doğan, Y.B. (2002). Alkol Bağımlılarında intihar olasılığı ile depresyon, anksiyete ve kişilik bozukluğu ek tanıları arasındaki ilişki. *Bağımlılık Dergisi*, 3(1): 17-20
- Çıray, R. O., Kurt, Ü. S., & Kılıçaslan, E. E., (2018). Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu Olan Yatan Hastalarda Ek Tanı, Kullanılan Madde ve Kişilik Bozukluklarının Yatış Sürelerine Etkisi. *Bağımlılık Dergisi*, 19(4), 107-114.
- Dackis, C. A., Gold, M. S., Pottash, A. L. C., & Sweeney, D. R. (1986). Evaluating depression in alcoholics. *Psychiatry research*, 17(2), 105-109.
- Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis. *PloS one*, 10(5):126870.
- Davidson, K. M., & Ritson, E. B. (1993). The relationship between alcohol dependence and depression. *Alcohol and Alcoholism*, 28(2), 147-155.
- Dilbaz, N., & Aytekin, Y. (2003). Suicide ideation, behavior and suicide intent of alcohodependent patients. *Bagimlilik Dergisi*, 4(1), 1-9.

- Driessen, M., Veltrup, C., Wetterling, T., John, U., & Dilling, H. (1998). Axis I and Axis II comorbidity in alcohol dependence and the two types of alcoholism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 22(1), 77-86.
- Ekici, G., Savaş, H. A., & Çıtak, S. (2001). Tamamlanmış intiharlarda alkol madde kullanım öyküsünün rolü. *Bağımlılık Dergisi*, 2, 113-116.
- Enoch, M. A. (2011). The role of early life stress as a predictor for alcohol and drug dependence. *Psychopharmacology*, 214(1), 17-31.
- Erol, N., Kılıç, C., Ulusoy, M., Keçeci, U. D. M., & SHU, Z. (1998). Türkiye Ruh Sağlığı Profili Raporu.
- Evren, C. E., Üstünsoy, S., Can, S., Baloğlu, C., Çakmak, D., (2003). Alkol ve Madde Bağımlılıklarında Özkıyım Grişimi Öyküsünün Klinik Belirtilerle İlişkisi. *Klinik Psikiyatri*, 6:86-94.
- Evren C, Yigiter S, Bozkurt M, Cagil D, Ozcetinkaya S, Can Y, Mutlu E., (2013). Personality dimensions and defense styles that are related with relapse during 12 month follow-up in male alcohol dependents. *Düşünen Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*. 26:248–257.
- Fawcett J., Clark DC., Gibbons RD., Aagesen CA., Pisani VD., Tilkin JM., Sellers D., Stutzman D. (1984). Evaluation of Lithium Therapy for Alcoholism, *J Clin Psychiatry*; 45(12): 494-499.
- Gamble, S. A., Talbot, N. L., Duberstein, P. R., Conner, K. R., Franus, N., Beckman, A. M., & Conwell, Y. (2006). Childhood sexual abuse and depressive symptom severity: the role of neuroticism. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(5), 382-385.
- Generalized anxiety disorder. Available at: <http://www.dynamed.com/topics/dmp~AN~T114697/Generalized-anxiety-disorder> (Updated December 22, 2017). Erişim tarihi: January 31, 2018.
- Gekker, M., Coutinho, E. S. F., Berger, W., da Luz, M. P., de Araújo, A. X. G., da Costa Pagotto, L. F. A., ... & Mendlowicz, M. V. (2018). Early scars

are forever: childhood abuse in patients with adult-onset PTSD is associated with increased prevalence and severity of psychiatric comorbidity. *Psychiatry research*, 267, 1-6.

Gilmore, C. S., & Fein, G. (2013). Induced theta activity as a biomarker for a morbid effect of alcoholism on the brain in long-term abstinent alcoholics. *Journal of Psychophysiology*.

Gökbulut, O., & Erkmen, H. (2008). Bipolar Hastalıkta Alkol-Madde Kullanımı Ve Anksiyete Bozukluğu Arasındaki İlişkinin Saptanması. Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı Ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi.

Harmelen, A. L., de Jong, P. J., Glashouwer, K. A., Spinhoven, P., Penninx, B. W., & Elzinga, B. M. (2010). Child abuse and negative explicit and automatic self-associations: The cognitive scars of emotional maltreatment. *Behaviour Research and Therapy*, 48(6), 486-494.

Hasin, Deborah S., et al. (2007). Prevalence, Correlates, Disability, and Comorbidity of DSM-IV Alcohol Abuse and Dependence in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 64(7), 830-842.

Hawton, K. (1994) Adolescent suicide and attempted suicide: the importance of substance abuse. *Crisis* 15, 13–14.

Heim, C., & Nemeroff, C. B. (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: preclinical and clinical studies. *Biological psychiatry*, 49(12), 1023-1039.

Herman JL. (2011). Travma ve iyileşme. Tosun T, ç.editör. 1. Baskı.: Literatür Yayıncılık, İstanbul.

Hufford, M. R. (2001) Alcohol and suicidal behaviour. *Clinical Psychology Review* 21, 797–811.

Hyman, S. M., Paliwal, P., Chaplin, T. M., Mazure, C. M., Rounsaville, B. J., & Sinha, R. (2008). Severity of childhood trauma is predictive of cocaine relapse outcomes in women but not men. *Drug and alcohol dependence*, 92(1-3), 208-216.

İnce, A., Doğruer, Z., Türkçapar, M., H. (2002). Erken ve Geç Başlangıçlı Erkek Alkol Bağımlılarında Sosyodemografik, Klinik ve Psikopatolojik Özelliklerin Karşılaştırılması. *Klinik Psikiyatri*, 5, 82-91.

Judge, T. A., Thoresen, C. J., Bono, J. E., & Patton, G. K. (2001). The job satisfaction–job performance relationship: A qualitative and quantitative review. *Psychological bulletin*, 127(3), 376.

Kalyoncu A., Mırsal, H. (2000). Alkol Kullanım Bozuklukları, *Psikiyatri Dünyası*. 4(1). 22-29.

Karakuş, G., Evlice, Y. E., & Tamam, L. (2012). Psikiyatri kliniğinde yatan hastalarda alkol ve madde kullanım bozukluğu sıklığı. *Cukurova Medical Journal*, 37(1).

Kendall, R. (1983) Alcohol and suicide. *Substance and Alcohol Actions/Misuse* 4, 121–127.

Konstenius, M., Leifman, A., Emmerik, V., Oortmerssen, K., Glind, G., Franck, J., Moggi, F. vd. (2017). Childhood Trauma Exposure İn Substance Use Disorder Patients With And Without ADHD. *Addict Behav*, 65, 118–24.

Kushner, M. G., Krueger, R., Frye, B., & Peterson, J. (2008). Epidemiological perspectives on co-occurring anxiety disorder and substance use disorder. In *Anxiety and substance use disorders* (pp. 3-17). Springer, Boston, MA.

Lane, J. B. (2012). Addiction medicine: closing the gap between science and practice. National center on addiction and substance abuse (CASA). (Anxiety disorders. National Institute of Mental Health website. Available at: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/anxiety-disorders/index.shtml> (Updated March 2016). Erişim tarihi: January 31, 2018.

- Langeland, W., Draijer, N., Brink, W., (2004). Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Alcoholics: The Role of Childhood Trauma and Perceived Parental Dysfunction 28, (3): 441–447.
- Lester, D. (1992). Alcohol consumption and rates of personal violence in Australia. *Drug and alcohol dependence*, 31(1), 15-17.
- Lotzin, A., Haupt, L., Schönfels, J., Wingenfeld, K., Schäfer, I. (2016). Profiles Of Childhood Trauma In Patients With Alcohol Dependence And Their Associations With Addiction-Related Problems. *Alcohol Clin. Exp*, 40, 543-52.
- MacMillan HL, Fleming JE, Streiner DL ve ark. (2001). Childhood abuse and lifetime psychopathology in a community sample. *Am J Psychiatry*, 58:1878-1883.
- Magnusson, Å., Lundholm, C., Göransson, M., Copeland, W., Heilig, M., & Pedersen, N. L. (2012). Familial influence and childhood trauma in female alcoholism. *Psychological medicine*, 42(2), 381-389.
- Makela, P. (1996) Alcohol consumption and suicide mortality by age among Finnish men, 1950-1991. *Addiction* 91, 101–112.
- McCauley J, Kern D, Kolodner K ve ark. (1997) Clinical characteristics of women with a history of childhood abuse. *JAMA*, 277:1362-1368.
- McFarlane, J., Malecha, A., Gist, J., Watson, K., Batten, E., Hall, I., & Smith, S. (2005). Intimate partner sexual assault against women and associated victim substance use, suicidality, and risk factors for femicide. *Issues in Mental Health Nursing*, 26(9), 953-967.
- Mears, A., Clancy, C., Banerjee, S., Crome, I., & Agbo-Quaye, S. (2001). Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis. Final Report to the Department of Health. London: Royal College of Psychiatrists' Research Unit.
- Meyer RE: Anxiolytics and the alcoholic patient. *J Stud Alcohol* 47:269-273, 1986. alınmıştır Brady, K. T., & Lydiard, R. B. (1993). The association of alcoholism and anxiety. *Psychiatric Quarterly*, 64(2), 135-149.

- Mırsal, H., Özkan Pektaş, D., Kalyoncu, A., Mırsal, N., & Beyazyürek, M. (2001). Alkol Bağımlılığında İntihar Davranışının Araştırılması. *Bağımlılık Dergisi*. 2(1).
- Mırsal, H., Kalyoncu, A., Pektaş, Ö., Tan, D. ve Beyazyürek, M. (2004). Childhood Trauma In Alcoholics. *Alcohol & Alcoholism*, 39 (2),126–129.
- Mullen PE, Martin JL, Anderson JC ve ark. (1993) Childhood sexual abuse and mental health in adult life. *Br J Psychiatry*, 163:721-732.
- Mulloney JA., Trippet CJ. (1979). Alcohol Dependence and Phobias, *Br J Psychi*, 135:565-573.
- National Institutes of Health. (2015). Alcohol Use Disorder: A Comparison Between DSM—V.
- Nowinski, J. (2013). Childhood Trauma and Alcohol Abuse: The Connection, Abuse And Neglect Predict Alcohol Abuse. *Psychology Today*. Erişim tarihi: 9 Şubat 2019.
- Ögel, K. (2010). Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme. İstanbul: Yeniden Yayınları.
- National Strategy for Suicide Prevention. (2001). Substance use disorders and suicide. Rockville, MD.: U.S. Department of Health and Human Services.
- McFarlane, J., Parker, B., Soeken, K., Bullock, L. (1992). Assessing for abuse during pregnancy. Severity and frequency of injuries and associated entry into prenatal care. *Journal of the American Medical Association* 267(23):3176–3178

- Nolen-Hoeksema, S. (2004). Gender differences in risk factors and consequences for alcohol use and problems. *Clinical psychology review*, 24(8), 981-1010.
- Osgood, N. (1992). *Suicide in later life: Recognizing the warning signs*. New York: Lexington Books.
- Olson, R. (2013). IE: infoEXCHANGE Social Connectedness and Suicide Prevention. The Plight of Men. <https://www.suicideinfo.ca/wp-content/uploads/2016/08/IE16-Connectedness.pdf>. Erişim Tarihi: 15.05.2019
- Oyefeso A, Ghodse H, Clancy C ve ark. (1999) Suicide among drug addicts in the U.K. *Br J Psychiatry*, 175:277-282.
- Ögel K, Tamar D, Evren C ve ark. (1999) Madde Kullanıcılarının Özellikleri, Türkiye'de Çok Merkezli Bir Araştırma (2. Aşama) 3P Dergisi, 7:Ek sayı;4.
- Pirkola, S. P., Isometsa, E. T., Heikkinen, M. E. et al. (2000) Suicides of alcohol misusers and non-misusers in a nationwide population. *Alcohol and Alcoholism* 35, 70–75.
- Pols, H. (2011). Emil Kraepelin on cultural and ethnic factors in mental illness. *Psychiatric Times*, 28(8), 5-5.
- Pompili, M., Serafini, G., , Innamorati, , M., Dominici, G., Ferracuti, S., , Kotzalidis, G.D., , Serra, G., , Girardi, P., Janiri, L., , Tatarelli, R., Sher, L., Lester, D., (2010) Suicidal Behavior and Alcohol Abuse *International Journal of Environmental Research Public Health*.7:1392-1431.
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40, 879–891. doi:10.3758/BRM.40.3.879

- Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L. et al. (2003) Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcoholdependent men and women. *American Journal of Psychiatry* 160, 56–63
- Ramstedt, M. (2001) Alcohol and suicide in 14 European countries. *Addiction* 96 (Suppl. 1), S59–S75.
- Rehm J, Mathers C, Popova S ve ark. (2009) Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. *The Lancet* 373 (9682):2223–33.
- Regier, D. A., Farmer, M. E., Rao, D. S. et al. (1990) Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug use. *Journal of the American Medical Association* 264, 2511–2518.
- Roberts, A. J., & Koob, G. F. (1997). The neurobiology of addiction. *Alcohol Health Res World*, 21(2), 101-106.
- Rothman, E. F., Edwards, E. M., Heeren, T., & Hingson, R. W. (2008). Adverse childhood experiences predict earlier age of drinking onset: results from a representative US sample of current or former drinkers. *Pediatrics*, 122(2):298-304.
- Samancı AY., Sefa A., Solmaz M., Erkmen H., Uçar N. (1995) Alkol ve Anksiyete Bozuklukları İlişkisi. *Düşünen Adam* 8(3):44-49
- Samaritans (2005) Suicide statistics. http://www.samaritans.org/know/suicide_stats.shtm. Erişim tarihi: 05 Mayıs 2019.
- Schwandt, M. L., Heilig, M., Hommer, D. W., George, D. T., & Ramchandani, V. A. (2013). Childhood trauma exposure and alcohol dependence severity in adulthood: mediation by emotional abuse severity and neuroticism. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 37(6), 984-992.

- Sher, L. (2006). Alcohol consumption and suicide. *Quarterly Journal of Medicine*, 99(1), 57-61.
- Sinha, R., Robinson, J., & O'Malley, S. (1998). Stress response dampening: effects of gender and family history of alcoholism and anxiety disorders. *Psychopharmacology*, 137(4), 311-320.
- Smith, J. P., & Randall, C. L. (2012). Anxiety and alcohol use disorders: comorbidity and treatment considerations. *Alcohol research: current reviews*.
- Stack, S. (2000) Suicide: a 15-year review of the sociological literature. Part II: modernization and social integration perspectives. *Suicide and Life-Threatening Behaviour* 30, 163–176
- Swahn, M., H., Bossarte, R., M. (2007). Gender, early alcohol use, and suicide ideation and attempts: findings from the 2005 youth risk behavior survey. *J. Adolesc. Health*. 41(2), 175–181
- Suokas, J., & Lönnqvist, J. (1995). Suicide attempts in which alcohol is involved: a special group in general hospital emergency rooms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 91(1), 36-40.
- Suominen K, Isometsa E, Henriksson M ve ark. (1997) Hopelessness, impulsiveness and intent among suicide attempters with major depression, alcohol dependence or both. *Acta Psychiatr Scand*, 96:142-149.
- Şar, V., Öztürk,E., İki kardeş, E., (2012). Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeğinin Türkçe Uyarlamasının Geçerlilik ve Güvenilirliği Türkiye Klinikleri. *J Med Sci* 32(4):1054-63.
- Şimşek, H., & Yıldırım, A. (2011). Sosyal bilimlerde nitel araştırma yöntemleri. Ankara: Seçkin Yayıncılık.

- Taillieu, T., L., Brownridge, D., A., Sareen, J., Afifi, T., O. (2017). Childhood Emotional Maltreatment And Mental Disorders: Results From A Nationally Representative Adult Sample From The United States. *Child Abuse Negl.*, 59, 1–12.
- Tarhan, N. (2017). NP İstanbul Beyin Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Psikoeğitim. *Üsküdar Üniversitesi Yayınları*.
- Türkçapar M.,H, Akdemir A., Elverici,O. (1997) Yatarak tedavi gören bir grup alkol bağımlısında ek psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları, depresyon ve kaygı düzeyleri. *3P Dergisi*, 5(1):29-34.
- Weinstock LM, Whisman MA (2006) Neuroticism as a common feature of the depressive and anxiety disorders: a test of the revised integrative hierarchical model in a national sample. *J Abnorm Psychol* 115:68–74.
- Widom CS, White HR, Czaja SJ, Marmorstein NR (2007) Long-term effects of child abuse and neglect on alcohol use and excessive drinking in middle adulthood. *J Stud Alcohol Drugs* 68:317–326.
- Wikipedia (Erişim Tarihi:03.04.2019).
- World Health Organization (2004) http://www.who.int/mental_health/media/en/374.pdf
- World Health Organization (2005a) Background of SUPRE. Prevention of Suicidal Behaviours: A Task For All. Geneva, World Health Organization.
- World Health Organization (2005b) Public Health Problems Caused By Harmful Use Of Alcohol: Report by the Secretariat. Geneva, World Health Organization
- World Health Organization. (2019). *Global status report on alcohol and health 2018*. World Health Organization.

Yalçın, S.B.,Özkan, Y., Bilginer, S.Ç, Cinsel İstismar Travması., (2018). Özel Eğitim ve Rehberlik Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Editör: Mustafa BALOĞLU, Ertan GÖV, Basım sayısı:1, Sayfa Sayısı 87, ISBN:978-975-11-4816-2, (Yayın No: 4417613)

Yapıcı, A. (2006). Alkol Bağımlılığında Depresyon ve Anksiyetenin Yetiştirimi ve Yaşam Kalitesine Etkisi. T.C.Sağlık Bakanlığı .Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim Ve Araştırma Hastanesi 11. *Psikiyatri Kliniği*, Basılmamış Tıpta Uzmanlık Tezi.

Young-Wolff KC, Kendler KS, Ericson ML, Prescott CA (2011) Accounting the association between childhood maltreatment and alcohol-use disorders in males: a twin study. *Psychol Med* 41:59–70.

Zehra, A., (2007). İntihar Olasılığı Ölçeğinin Klinik Örneklemdeki Geçerlik ve Güvenirlik Çalışması. Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı, Basılmamış Yüksek Lisans Tezi

EKLER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Gönüllü Katılım Formu

Sayın Katılımcı,

Bu çalışma, Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim dalında, Prof. Dr. Ebru Çakıcı danışmanlığında Yasemin ÖZKAN tarafından yürütülen yüksek lisans tez çalışmasıdır. Çalışmanın amacı, katılımcıların intihar olasılıkları, çocukluk travması, anksiyete ve depresyon düzeyleri ile ilgili bilgi toplamaktır.

Çalışmaya katılım tamamıyla gönüllülük esasına bağlıdır. Ankette, sizden kimlik belirleyici hiçbir bilgi istenmemektedir. Cevaplarınız tamamıyla gizli tutulacak ve sadece araştırmacılar tarafından değerlendirilecektir; elde edilecek bilgiler bilimsel yayımlarda kullanılacaktır.

Anketler ve ölçekler, genel olarak kişisel rahatsızlık verecek soruları içermemektedir. Bu uygulama yaklaşık 40-45 dakika zamanınızı alacaktır ve anket formu bizzat araştırmacı ile yüz yüze görüşülerek doldurulacaktır. Ancak, katılım sırasında sorulardan ya da herhangi başka bir nedenden ötürü kendinizi rahatsız hissederseniz cevaplama işini yarıda bırakıp çıkmakta serbestsiniz. Böyle bir durumda anketi uygulayan kişiye, anketi tamamlamadığınızı söylemek yeterli olacaktır. Anket sonunda, bu çalışmayla ilgili sorularınız cevaplanacaktır. Bu çalışmaya katıldığınız için şimdiden teşekkür ederiz.

Çalışma hakkında daha fazla bilgi almak için Yakın Doğu Üniversitesi Psikoloji Bölümü Öğretim üyesi Prof. Dr. Ebru Çakıcı ve Hacettepe Üniversitesi Öğretim üyesi Prof. Dr. Yasemin Özkan ile iletişime geçebilirsiniz.

Prof. Dr. Ebru Çakıcı

Yakın Doğu Üniversitesi Edebiyat Fakültesi Psikoloji Bölümü

E posta: ebru.cakici@neu.edu.tr

Prof. Dr. Yasemin Özkan

Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü

E posta: yaseminozkan@hacettepe.edu.tr

Lütfen Aşağıdaki Kutucuğu İşaretleyiniz ()

Bu çalışmaya tamamen gönüllü olarak katılıyorum ve istediğim zaman yarıda kesip çıkabileceğimi biliyorum. Verdiğim bilgilerin bilimsel amaçlı yayımlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

Ad Soyad
İmza

I.Kişisel Bilgi Formu

1. Cinsiyetiniz: Kadın () Erkek ()
- 2.Yaşınız: _____
3. Eğitim Durumunuz: Okuryazar () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite mezunu ()
- 4.Herhangi bir işte çalışıyor musunuz? Evet () Hayır ()
5. Evetse mesleğiniz? _____
6. Toplam aylık geliriniz: _____ bin _____ TL 1
7. Eşinizin eğitim durumu:
Okuryazar () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu ()
Üniversite mezunu ()
8. Eşinizin mesleği: _____
9. Eşinizle kaç yıldır evlisiniz? _____ yıl _____ ay
10. Anneniz hayatta mı? Evet () Hayır ()
- 11.Annenizin eğitim durumu: Okuryazar değil () Okuryazar ()
İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite mezunu ve üzeri ()
12. Babanız hayatta mı? Evet () Hayır ()
13. Babanızın eğitim durumu:
Okuryazar değil () Okuryazar () İlkokul mezunu () Ortaokul mezunu () Lise mezunu () Üniversite mezunu ve üzeri ()
14. Anne ve babanız:
Birlikte () Boşanmış () Annem hayatta değil () Babam hayatta değil () İkisi de hayatta değiller ()
15. Anne ve babanız ayrı ise ne zaman ayrıldılar (siz kaç yaşındaydınız).....
16. Kaç kardeşiniz? _____

17. Sosyal Güvence Durumunuz nedir?

- Yok ()
Emekli sandığı ()
/bağ kur/sigorta ()
Yeşil kart ()
Kaymakamlık/belediye /vakıf desteği ()
ASDEP ()
Diğer (belirtiniz)

18. Çocuğunuz var mı? Evet () Hayır ()

Varsa sayısı _____

19. Şu an yaşadığınız şehir? (tedavi oldunuz yer dışında) _____

II.Alkol kullanımı ile ilgili özellikler

20. Alkol Bırakma Girişiminiz var mı?

Var (kaç defa belirtiniz).

Yok ()

21. Yoksunluk belirtileriniz nelerdir?.....

22. Birinci derece akrabada alkol, madde kullanımı var mı?

Yok ()

Alkol var ()

Madde var ()

23. Alkol kullanımı dışında eşlik eden fiziksel hastalığınız var mı?

Yok ()

Var (belirtiniz).....

24. Alkol kullanımı dışında, herhangi bir psikiyatrik rahatsızlığınız var mı?

Varsa belirtiniz

25. Hayatınızda hiç psikiyatrik tedavi (psikiyatrik ilaç ya da psikoterapi) gördünüz mü?

() Tedavi görmedim. () Geçmişte tedavi gördüm. () Şu an tedavi görüyorum.

() Hem geçmişte tedavi gördüm hem de şu an tedavi görüyorum.

26. Herhangi bir psikiyatrik ilaç kullanıyor musunuz? () Evet () Hayır

27. İlaç kullanıyorsanız hangi psikiyatrik ilaçları kullanıyorsunuz?

.....

.....

28. Daha önce hiç intihar düşünceniz ya da girişiminiz oldu mu? Evet ()

Hayır ()

29. Birinci derece akrabalarda intihar girişimi var mı?

Var ()

Yok ()

III. Dini Eğilim Düzeyleri

30. Dini inancınızı nasıl değerlendiriyorsunuz

Yok () zayıf () Orta düzeyde () çok güçlü ()

31. Dini ibadetlerde bulunur musunuz

Her zaman () zaman zaman () hiç bir zaman ()

IV. ÖLÇEKLER

İÖÖ

Aşağıda kişilerin çeşitli duyu ve davranışlarını anlatmak için kullanabilecekleri bazı cümleler verilmiştir. Lütfen sırayla her bir cümleyi okuyun ve okuduğunuz cümlenin sizin için hangi sıklıkla doğru olduğunu belirtiniz. Sizden istenen, her cümlenin sağ tarafındaki size uygun olan seçeneklerden size uygun olanı seçiniz.

İÖÖ	Hiçbir Zaman	Bazen	Çoğu Zaman	Her Zaman
1. Öfkeli olduğum zaman elime geçen her şeyi fırlatırım.				
2. Birçok insanın benimle içtenlikle ilgilendiklerini hissedirim.				

3. Ani ve kontrolsüz(dürtüsel) davrandığımı hissedirim.				
4.Başkalarıyla paylaşamayacağım kadar kötü şeyler düşünürüm.				
5. Çok fazla sorumluluk yüklendiğimi düşünürüm.				

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ENVANTERİ

İsim:..... Cinsiyet:.....

Yaş:..... Meslek:..... Tarih:...../...../.....

YÖNERGE:Aşağıda kişilerin kendilerine ait duygularını anlatmada kullandıkları bir takım ifadeler verilmiştir. Her ifadeyi okuyun, sonra da o anda nasıl hissettiğinizi ifadelerin sağ tarafındaki parantezlerden uygun olanını işaretlemek suretiyle belirtin. Doğru ya da yanlış cevap yoktur. Herhangi bir ifadenin üzerinde fazla zaman sarf etmeksizin anında nasıl hissettiğinizi gösteren cevabı işaretleyin.

1.HİÇ 2.BİRAZ 3.ÇOK 4.TAMAMIYLA

1. Şu anda sakinim (1) (2) (3) (4)

2. Kendimi emniyette hissediyorum (1) (2) (3) (4)

3 Su anda sinirlerim gergin (1) (2) (3) (4)

4 Pişmanlık duygusu içindeyim (1) (2) (3) (4)

5. Şu anda huzur içindeyim (1) (2) (3) (4)

DURUMLUK VE SÜREKLİ KAYGI ÖLÇEĞİ

(1) Devamlı hemen hemen (2)Hiçbir zaman (3) Bazen (4)Çoğu zaman hemen her zaman

21. Genellikle keyfim yerindedir (1) (2) (3) (4)

22 Genellikle çabuk yorulurum (1) (2) (3) (4)

23 Genellikle kolay ağlarım (1) (2) (3) (4)

24 Başkaları kadar mutlu olmak isterim (1) (2) (3) (4)

25 Çabuk karar veremediğim için fırsatları kaçıırırım (1) (2) (3) (4)

BECK DEPRESYON ENVANTERİ

AÇIKLAMA:

Sayın cevaplayıcı aşağıda gruplar halinde cümleler verilmektedir. Öncelikle her gruptaki cümleleri dikkatle okuyarak, BUGÜN DÂHİL GEÇEN HAFTA içinde kendinizi nasıl hissettiğini en iyi anlatan cümleyi seçiniz.

Eğer bir grupta durumunuzu, duygularınızı tarif eden birden fazla cümle varsa her birini daire içine alarak işaretleyiniz. Soruları vereceğiniz samimi ve dürüst cevaplar araştırmanın bilimsel niteliği açısından son derece önemlidir.

Bilimsel katkı ve yardımlarınız için sonsuz teşekkürler.

1- 0. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissetmiyorum.

1. Kendimi üzüntülü ve sıkıntılı hissediyorum.
2. Hep üzüntülü ve sıkıntılıyım. Bundan kurtulamıyorum.
3. O kadar üzüntülü ve sıkıntılıyım ki artık dayanamıyorum.

2- 0. Gelecek hakkında mutsuz ve karamsar değilim.

1. Gelecek hakkında karamsarım.
2. Gelecekte beklediğim hiçbir şey yok.
3. Geleceğim hakkında umutsuzum ve sanki hiçbir şey düzelmeyecekmiş gibi geliyor.

3- 0. Kendimi başarısız bir insan olarak görmüyorum.

1. Çevremdeki birçok kişiden daha çok başarısızlıklarım olmuş gibi hissediyorum.
2. Geçmişe baktığımda başarısızlıklarla dolu olduğunu görüyorum.
3. Kendimi tümüyle başarısız biri olarak görüyorum.

4- 0. Birçok şeyden eskisi kadar zevk alıyorum.

1. Eskiden olduğu gibi her şeyden hoşlanmıyorum.
2. Artık hiçbir şey bana tam anlamıyla zevk vermiyor.
3. Her şeyden sıkılıyorum.

5- 0. Kendimi herhangi bir şekilde suçlu hissetmiyorum.

1. Kendimi zaman zaman suçlu hissediyorum.
2. Çoğu zaman kendimi suçlu hissediyorum.
3. Kendimi her zaman suçlu hissediyorum.

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI 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 içerisine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz.

Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

1. Hiç Bir Zaman 2. Nadiren 3. Kimi zaman 4. Sık olarak 5. Çok sık

Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...

1. Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.

(1) (2) (3) (4) (5)

2. Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.

(1) (2) (3) (4) (5)

3. Ailemdekiler bana “salak”, “beceriksiz” ya da “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi .

(1) (2) (3) (4) (5)

4. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.

(1) (2) (3) (4) (5)

5. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.

(1) (2) (3) (4)(5)

Ek 2. Ölçek İzinleri

20.11.2018

Yahoo Mail - Fwd: Ölçek izin istemi-İntihar Olasılığı Ölçeği

Fwd: Ölçek izin istemi-İntihar Olasılığı Ölçeği

From: Yasemin Özkan (ymozkan@gmail.com)

To: epurutcu@yahoo.com

Date: Tuesday, November 20, 2018, 8:57 PM GMT+3

----- Forwarded message -----

From: **handan tuğcu** <handatugcu@yahoo.com>

Date: 5 Kas 2018 Pzt, 14:51

Subject: Re: Ölçek izin istemi-İntihar Olasılığı Ölçeği

To: Yasemin Özkan <ymozkan@gmail.com>

On Mon, 11/5/18, Yasemin Özkan <ymozkan@gmail.com> wrote:

Subject: Ölçek izin istemi-İntihar Olasılığı Ölçeği

To: handatugcu@yahoo.com

Date: Monday, November 5, 2018, 2:32 PM

Sayın Handan Tuğcu
Aydoğan,Alkol
bağımlılarının İntihar olasılıkları, depresyon ve
kaygı ve çocukluk travma düzeyleri arasındaki
ilişkiyi konu alan yüksek lisans çalışmamda kullanmak
üzere Türkçe'ye uyarlamasını yapmış olduğunuz
İntihar Olasılığı Ölçeğinin kullanım iznini talep
etmekteyim.Bu
talebe olumlu yanıtınıza memnun olacağım.Teşekkür eder,
saygılarımla iyi çalışmalar dilerim.Yasemin
Özkan

--

Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN

Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Yasemin Ozkan
Hacettepe University
Faculty of Economics & Administrative Science
Department of Social Work

Sayın Yasemin Özkan, Türkçeye uyarladığım İntihar Olasılığı Ölçeğimi, çalışmanızda kullanmanıza izin
veriyorum,başarılar dilerim.Saygılarımla Phd.Klinik Psikolog Handan Tuğcu Aydoğan

--

Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN
Hacettepe Üniversitesi
İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Yasemin Ozkan
Hacettepe University
Faculty of Economics & Administrative Science
Department of Social Work

20.11.2018

Yahoo Mail - Fwd: ölçek izin istemi- Spielberg durumluk sürekli kaygı envanteri

Fwd: ölçek izin istemi- Spielberg durumluk sürekli kaygı envanteri

From: Yasemin Özkan (ymozkan@gmail.com)
 To: epurutcu@yahoo.com
 Date: Tuesday, November 20, 2018, 8:59 PM GMT+3

----- Forwarded message -----

From: <yoret@yoret.org.tr>
 Date: 10 Kas 2018 Cmt, 16:20
 Subject: Re: ölçek izin istemi- Spielberg durumluk sürekli kaygı envanteri
 To: Yasemin Özkan <ymozkan@gmail.com>

Merhaba Yasemin Hanım,

İzin dilekçeniz Necla Öner tarafından imzalanmıştır.

İyi çalışmalar dilerim.

08.11.2018, 23:54, "Yasemin Özkan" <ymozkan@gmail.com>:

Umay Hanım, yeniden merhaba. ekte size ölçek izin istem dilekçemin güncel halini göndermiştim. 12 Kasım 2018 ptz günü etik komisyon toplanıyor ve oraya başvurmak istiyorum. Acaba izin yazısını mümkünse hızlandırabilir misiniz?

Teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim

Yasemin Özkan <ymozkan@gmail.com>, 6 Kas 2018 Sal, 19:38 tarihinde şunu yazdı:

İlginiz için teşekkür ederim. Ekte örneğe göre uyarladığım ölçek izin yazısı mevcut.

Necla Hocanın böyle bir çalışması literatürde görünüyör örneğin bir kaynak künyesi aşağıda.

Öner, Necla; Ayhan Le Compte, Durumluk-Sürekli Kaygı Envanteri El Kitabı. Boğaziçi Üniversitesi Yayınları, İstanbul, 1985.

Tekrar teşekkür eder, iyi çalışmalar dilerim.

Yasemin ÖZKAN

YÖRET VAKFI <yoret@yoret.org.tr>, 6 Kas 2018 Sal, 16:54 tarihinde şunu yazdı:

Merhabalar,

Ekte örnek izin yazısını göreceksiniz. Gerekli düzeltmeleri yapıp geri gönderdiğiniz taktirde imza sonrası tarafınıza iletilecektir. Ancak bir soru sormak isterim, Necla Hanım a ait bir çok envanter için izin yazıları ile ilgileniyorum fakat Spielberg ismi ile ilk kez karşılaşıyorum. Ben mesleki olarak konu dışında kalıyorum lütfen bu konuda bir güncelleme gerekiyorsa yazınızı güncel haliyle gönderin. Bu haliyle doğru ise dönüşünüzü bekliyorum.

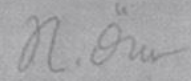
İyi günler dilerim

Umay

05.11.2018

Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Anabilim Dalı'nda yüksek lisans tez çalışması yapan Yasemin ÖZKAN'ın (Prof. Dr.) Alkol bağımlılarının intihar olasılıkları, depresyon ve kaygı ve çocukluk travma düzeyleri arasındaki ilişki konulu yüksek lisans tezinde "Sürekli Durumluk / Sürekli Kaygı Envanteri" ni kullanmasına izin veriyorum.

Prof. Dr. Necia Öner



20.11.2018

Yahoo Mail - Fwd: ölçek izin istemi-Beck Depresyon Envanteri

Fwd: ölçek izin istemi-Beck Depresyon Envanteri

From: Yasemin Özkan (ymozkan@gmail.com)
 To: epurutcu@yahoo.com
 Date: Tuesday, November 20, 2018, 8:57 PM GMT+3

beck depresyon envanteri ölçek izni

----- Forwarded message -----
 From: **Handan Deniz Ayalp** <hdenizayalp@gmail.com>
 Date: 9 Kas 2018 Cum, 00:29
 Subject: Re: ölçek izin istemi-Beck Depresyon Envanteri
 To: <ymozkan@gmail.com>

Aşağıda bulunan izin yazısı ile söz konusu ölçeğe ilişkin materyaller, Prof. Dr. Nesrin Hisli Şahin tarafından gönderilmektedir.

Sayın Özkan,

Beck Depresyon Envanteri'ni araştırma amaçlı olarak kullanmanızda benim açımdan bir sakınca bulunmamaktadır. Ancak sizden önemli ricam, Ölçeğin başka kopyalarını değil; size gönderdiğim kopyasını ve ölçek formunun son sayfasındaki kaynakları da kullanmanızdır. Kaynakları ekte dijital ortamda gönderiyorum. Ayrıca, Envanterin orijinalinin Aaron Beck tarafından geliştirilmiş olduğu bilgisiyle gerekli referanslarının da çalışmanızda verilmesi gerekecektir. Çalışmanızda başarılar dilerim.

Nesrin Hisli Sahin <nesrinhislisahin@gmail.com>, 8 Kas 2018 Per, 21:40 tarihinde şunu yazdı:

----- Forwarded message -----
 From: **Yasemin Özkan** <ymozkan@gmail.com>
 Date: 4 Kas 2018 Paz, 15:47
 Subject: ölçek izin istemi-Beck Depresyon Envanteri
 To: <nesrinhislisahin@gmail.com>

Sayın Nesrin Hocam,
 Alkol bağımlılarının İntihar olasılıkları, depresyon ve kaygı ve çocukluk travma düzeyleri arasındaki ilişkiyi konu alan yüksek lisans çalışmamda kullanmak üzere Türkçe'ye uyarlamasını yapmış olduğunuz Beck Depresyon Envanterinin kullanım iznini talep etmekteyim.
 Bu talebe olumlu yanıtınıza memnun olacağım.
 Teşekkür eder, saygılarımla iyi çalışmalar dilerim.
 Yasemin Özkan

—
Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN
 Hacettepe Üniversitesi
 İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
 Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Yasemin Ozkan

20.11.2018

Yahoo Mail - Fwd: Re: Ölçek İzin İstemi-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Fwd: Re: Ölçek İzin İstemi-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

From: Yasemin OZKAN (yaseminozkan@hacettepe.edu.tr)

To: epurutcu@yahoo.com

Date: Tuesday, November 20, 2018, 11:20 PM GMT+3

----- Original Message -----

From: **Vedat Şar** <vsar@ku.edu.tr>

Date: Nov 9, 2018 9:22:59 AM

Subject: Re: Ölçek İzin İstemi-Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

To: yaseminozkan@hacettepe.edu.tr

Kullanabilirsiniz. Çalışmalarınızda başarılar dilerim.

On Fri, Nov 9, 2018 at 12:02 AM Yasemin OZKAN <yaseminozkan@hacettepe.edu.tr> wrote:

Sayın Vedat Hocam,

Alkol bağımlılarının İntihar olasılıkları, depresyon ve kaygı ve çocukluk travma düzeyleri arasındaki ilişkiyi konu alan yüksek lisans çalışmamda kullanmak üzere Türkçe'ye uyarlamasını yapmış olduğunuz Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin kullanım iznini talep etmekteyim.

Bu talebe olumlu yanıtınıza memnun olacağım.

Teşekkür eder, saygılarımla iyi çalışmalar dilerim.

Yasemin Özkan

Prof. Dr. Yasemin ÖZKAN

Hacettepe Üniversitesi

İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi

Sosyal Hizmet Bölümü

Prof. Dr. Yasemin Ozkan

Hacettepe University

Faculty of Economics & Administrative Science

Department of Social Work

--

Vedat Şar, MD

Professor of Psychiatry

Koç University School of Medicine, Istanbul

www.ku.edu.trwww.vedatsar.com

CTQ-Turkcmakale.pdf

312.5kB



CTQ-28-Turkce-2.0.pdf

195.2kB

ÖZGEÇMİŞ

İzmir –Ödemiş’te doğdu. İlk, orta ve lise öğrenimini İzmir’de tamamladı. 1990 yılında Ankara Üniversitesi Ziraat Fakültesi Ev Ekonomisini bitirdi. 1993 yılında Ankara Üniversitesi Fen Bilimleri Enstitüsünde yüksek lisans, 2000 yılında ise aynı enstitüden Dr. ünvanını alarak mezun oldu. 1991 yılında Ankara Üniversitesinde araştırma görevlisi olarak göreve başladı. 2006 yılında YÖK’ten sosyal hizmet doçent ünvanını aldı. 2008 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Bölüm Başkanı ve 2008-2010 yılları arasında Sağlık Bilimleri Fakültesi dekan yardımcılığını yaptı. 2011 yılında TÜBİTAK post-doc ile Amerika Birleşik Devletleri Tennessee üniversitesi Sosyal Hizmet okulunda (University of Tennessee School Of Social Work) okul sosyal hizmeti alanında çalışma yaparak öğretim üyesi olarak bulundu. 2011 yılında Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalında profesörlük kadrosuna atandı. 2013 yılında Ankara Üniversitesi Okul Sosyal Hizmeti Birimini kurdu ve yöneticiliğine atandı. 2015 yılında Hacettepe Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi Sosyal Hizmet Anabilim Dalında profesörlük kadrosuna naklen atandı. Aynı yıl Hacettepe Üniversitesi Okul Sosyal Hizmeti Uygulama ve Araştırma Merkezi’ni kurdu ve müdürlüğüne atandı. Prof. Dr. Yasemin Özkan halen Hacettepe Üniversitesi İİBF Sosyal Hizmet Bölümü öğreti üyesi ve Okul Sosyal Hizmeti Uygulama ve Araştırma Merkez Müdürü olarak görev yapmaktadır. Hacettepe Üniversitesi Eğitim Komisyonu üyesidir.

Özkan’ın sosyal hizmet alanında mezun ettiği ve devam eden yüksek lisans ve doktora öğrencileri vardır. Alanla ilgili makale, kitap bölümü, kitap ve tebliğler ile ilgili akademik yayınları vardır. Aynı alanda ulusal ve uluslararası projeleri ve toplumu aydınlatmak amacı ile yazılı, işitsel ve görsel basında faaliyetleri vardır.

Temel çalışma alanları sosyal hizmet alanında çeşitli dezavantajlı gruplarla çalışmanın (çocuk, kadın, yaşlı.) yanı sıra özellikle klinik sosyal hizmet alanında açtığı lisansüstü dersler, yönettiği, tez ve araştırmalarla alana değer katmaktadır. Bu doğrultuda çeşitli psikoterapi ve aile danışmanlığı eğitimleri (Bütüncül Psikoterapi, Duygu Odaklı Psikoterapi) almış ve çalıştaylara

katılmıştır. Aynı zamanda çeşitli proje, eğitim ve sertifika programlarında eğitici eğitiminde yer almaktadır.

2020 yılı Ocak ayında Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Üniversitesi Klinik Psikoloji Anabilim Dalında tez savunmasını gerçekleştirmiştir.

Evli ve iki erkek çocuk annesidir.

İNTİHAL RAPORU

ALKOL BAĞIMLILARININ İNTİHAR OLASILIKLARI, DEPRESYON, ANKSİYETE ve ÇOCUKLUK TRAVMASI DÜZEYLERİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

ORIJINALLIK RAPORU

% 12	% 11	% 6	%
BENZERLİK ENDEKSİ	İNTERNET KAYNAKLARI	YAYINLAR	ÖĞRENCİ ÖDEVLERİ

BİRİNCİL KAYNAKLAR

1	www.openaccess.hacettepe.edu.tr:8080 İnternet Kaynağı	% 1
2	www.researchgate.net İnternet Kaynağı	% 1
3	burkonturizm.com İnternet Kaynağı	% 1
4	dergipark.gov.tr İnternet Kaynağı	% 1
5	bmij.org İnternet Kaynağı	% 1
6	techwarn.com İnternet Kaynağı	<% 1
7	www.dualpsikoloji.com İnternet Kaynağı	<% 1
8	docs.neu.edu.tr İnternet Kaynağı	<% 1

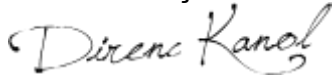
ETİK KURUL ONAYI**BİLİMSEL ARAŞTIRMALAR****ETİK KURULU**

10.12.2018

Sayın Yasemin Özkan

Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu'na yapmış olduğunuz YDÜ/SB/2018/307 proje numaralı ve **“Alkol Bağımlılarının İntihar Olasılıkları, Depresyon, Anksiyete Ve Çocukluk Travmaları Düzeyleri Arasındaki İlişki”** başlıklı proje önerisi kurulumuzca değerlendirilmiş olup, etik olarak uygun bulunmuştur. Bu yazı ile birlikte, başvuru formunuzda belirttiğiniz bilgilerin dışına çıkmamak suretiyle araştırmaya başlayabilirsiniz.

Doçent Doktor Direnç Kanol
Bilimsel Araştırmalar Etik Kurulu Raportörü



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.



ANKARA ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI
DAHİLİ TIP BİLİMLERİ BÖLÜM BAŞKANLIĞI

Sayı:
Konu:

Ankara
2018

12.12.2018 TARİHİNDE TOPLANAN RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI
ANABİLİM DALI AKADEMİK KURUL KARARLARI

- Prof.Dr.Yasemin ÖZKAN'ın 07.12.2018 tarihli Anabilim Dalı Başkanlığı'na hitaben yazılan dilekçesinde belirtilen Yakın Doğu Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programında yürüttüğü "Alkol Bağımlılarının İntihar Olasılıkları, Depresyon, Anksiyete ve Çocukluk Travmaları Düzeyleri Arasındaki İlişki" konulu yüksek lisans çalışmasını Anabilim Dalımızda Prof.Dr.İnci İLHAN danışmanlığında yürütme isteği uygun görüldü.

Prof. Dr. Abdülkadir ÇEVİK

Prof. Dr. Ali Kemal GÖĞÜŞ

Prof. Dr. Hüseyin Hamdi ÖZSAN

Prof. Dr. Halise DEVRİMCI ÖZGÜVEN

Prof. Dr. Meram ÇAN SAKA

Prof. Dr. Erguvan Tuğba ÖZEL KIZIL

Doç.Dr.Makbule Çiğdem AYDEMİR

Prof. Dr. Bedriye ÖNCÜ CETINKAYA

Prof. Dr. Hakan KUMBASAR

Prof. Dr. Oğuz Erkan BERKSUN

Prof. Dr. İnci ÖZGÜR İLHAN

Prof. Dr. Vesile ŞENTÜRK CANKORUR

Doç. Dr. Bora BASKAK