



T.C.

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ

RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI

ANABİLİM DALI

**REMİSYONDAKİ OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞU
HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE BAĞLANMA
STİLLERİNİN İŞLEVSELLİK, SUİSİDALİTE, DÜRTÜSELLİK VE
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Müge TOPCUOĞLU

T.C.
AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ
TIP FAKÜLTESİ
RUH SAĞLIĞI VE HASTALIKLARI ANABİLİM DALI

**REMİSYONDAKİ OPİYAT KULLANIM BOZUKLUĞU
HASTALARINDA ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE BAĞLANMA
STİLLERİNİN İŞLEVSELLİK, SUİSİDALİTE, DÜRTÜSELLİK VE
YAŞAM KALİTESİ ÜZERİNE ETKİSİ**

UZMANLIK TEZİ

Dr. Müge TOPCUOĞLU

TEZ DANIŞMANI: Doç. Dr. Burak KULAKSIZOĞLU

“Kaynak gösterilerek tezimden yararlanılabilir”

Antalya, 2022

TEŞEKKÜR...

Uzmanlık eğitimim süresince bilgi, deneyim ve becerilerini benden esirgemeyen başta tez danışmanım Doç.Dr. Burak KULAKSIZOĞLU olmak üzere, değerli hocalarım Öğr.Gör.Dr. Ali ERDOĞAN'a, Prof.Dr. Özge BAYSAL'a, Doç.Dr. Mehmet ERYILMAZ'a, Dr.Öğr.Üyesi Buket CİNEMRE'ye, Dr.Öğr.Üyesi Özmen METİN'e, Prof.Dr. Murat KULOĞLU'na,

hayatım boyunca desteklerini hiçbir zaman esirgemedi benim için her türlü fedakârlığı yapan değerli aileme ve,

Gündüz Hastanesi, Duygudurum Polikliniği ve AMATEM kliniğinde birlikte çalıştığım ve deneyimlerinden faydalanma fırsatı bulduğum tüm asistan arkadaşlarım, psikolog ve hemşirelere,

yanımda oldukları ve destekleri için çok teşekkür ederim...

Dr. Müge TOPCUOĞLU

İÇİNDEKİLER

	Sayfa
İçindekiler.....	ii
Kısaltmalar Dizini	iv
Tablolar Dizini.....	v
1. GİRİŞ	1
2. KURAMSAL ÇERÇEVE VE GENEL BİLGİLER	
2.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu.....	3
2.2. Travma	18
2.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları	18
2.3. Bağlanma	32
2.4. Yaşam Kalitesi	42
2.5. Dürtüsellik	43
3. GEREÇ VE YÖNTEM	46
3.1. Araştırmanın Amacı	46
3.2. Araştırmanın Örneklem Grubu	46
3.3. Araştırmanın Uygulanması, Verilerin Toplanması	48
3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları	49
3.4.1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	49
3.4.2. Sosyodemografik Veri Formu	49
3.4.3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	50
3.4.4. İlişki Ölçekleri Anketi	50

3.4.5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu	51
3.4.6. Barratt Dürtüsellik Ölçeği	52
3.4.7. Madde Aşırme Ölçeği	53
3.4.8. DSM Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-5 Klinisyen Versiyonu (SCID-5-CV)	53
3.5. İstatistiksel Analiz	54
3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri	54
4. BULGULAR	55
5. TARTIŞMA	98
6. SONUÇ VE ÖNERİLER	110
7. ÖZET	111
8. ABSTRACT	113
9. KAYNAKLAR	115
10. EKLER	
Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu	150
Ek 2. Sosyodemografik Veri Formu	153
Ek 3. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği	155
Ek 4. İlişki Ölçekleri Anketi	157
Ek 5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği	159
Ek 6. Barratt Dürtüsellik Ölçeği	161
Ek 7. Madde Aşırme Ölçeği	162

KISALTMALAR DİZİNİ

OpKB	: Opiyat Kullanım Bozukluğu
ÇÇTÖ	: Çocukluk Çağı Travmalar Ölçeği
İÖA	: İlişki Ölçekleri Anketi
BDÖ	: Barratt Dürtüsellik Ölçeği
MAÖ	: Madde Aşırma Ölçeği
UNODC	: United Nations Office on Drugs and Crime (Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi)
EMCDDA	: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi)
TUBİM	: Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi
SCID-5-CV	: Structured Clinical Interview for DSM Disorders-5 Clinician Version (DSM Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-5 Klinisyen Versiyonu)
WHOQOL-BREF	: Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

ÇİZELGELER DİZİNİ

	Sayfa
Çizelge 4.1.: Gruplara ait bazı sosyodemografik ve klinik özellikler	56
Çizelge 4.2.: OpKB hastalarının opiyat kullanım ve tedavi özellikleri	57
Çizelge 4.3.: Hasta ve kontrol grubunun MAÖ, ÇÇTÖ, İÖA, BDÖ ve WHOQOL-BREF ortalama/ortanca puanları açısından karşılaştırılması	60
Çizelge 4.4.: Hasta grubunda MAÖ puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	61
Çizelge 4.5.: Grupların ÇÇTÖ-Duygusal istismar puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	63
Çizelge 4.6.: Grupların ÇÇTÖ-Duygusal ihmal puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	64
Çizelge 4.7.: Grupların ÇÇTÖ-Cinsel istismar puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	66
Çizelge 4.8.: Grupların ÇÇTÖ-Fiziksel istismar puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	67
Çizelge 4.9.: Grupların ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	68
Çizelge 4.10.: Grupların İÖA-Korkulu alt ölçeği puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	70
Çizelge 4.11.: Grupların İÖA-Kayıtsız alt ölçeği puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	71
Çizelge 4.12.: Grupların İÖA-Güvenli alt ölçeği puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	73

Çizelge 4.13.: Grupların İÖA-Saplantılı alt ölçeği puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	74
Çizelge 4.14.: Grupların BDÖ-Dikkatsel dürtüsellik puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	76
Çizelge 4.15.: Grupların BDÖ-Motor dürtüsellik puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	77
Çizelge 4.16.: Grupların BDÖ-Plan yapmama dürtüsellliği puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	79
Çizelge 4.17.: Grupların WHOQOL-BREF-Genel sağlık puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	80
Çizelge 4.18.: Grupların WHOQOL-BREF-Fiziksel sağlık puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	82
Çizelge 4.19.: Grupların WHOQOL-BREF-Ruhsal sağlık puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	83
Çizelge 4.20.: Grupların WHOQOL-BREF-Sosyal İlişkiler puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	85
Çizelge 4.21.: Grupların WHOQOL-BREF-Çevre puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması	86
Çizelge 4.22.: OpKB hastalarında MAÖ, ÇÇTÖ, İÖA, BDÖ ve WHOQOL-BREF alt ölçek puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)	90
Tablo 4.23.: Kontrol grubunda ÇÇTÖ, İÖA, BDÖ ve WHOQOL-BREF alt ölçek puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)	96

1. GİRİŞ

Bağımlılık; kişinin beden ve ruh sağlığını olumsuz yönde etkileyen, yıkıcı toplumsal ve ekonomik sonuçları olabilen kronik ve tekrarlayıcı bir hastalıktır. Ülkemizde de önemli sıklıkta görülen Opiyat kullanım bozukluğu (OpKB) etiolojisinde birçok nedenin yer aldığı biyopsikososyal bir bozukluktur (1).

OpKB'ye yol açan nedenler arasında yer alan önemli sorunlardan biri çocukluk çağı travmalarıdır. Çocukluk döneminde yaşanan travmatik olaylar bireylerin yaşamlarının hemen her alanını olumsuz yönde etkileyebilmekte, bu olumsuz etkilerinden kurtulamaya çalışan bireyler yeni psikiyatrik sorunlarla baş etmek zorunda kalmakta ve madde kullanımına yönelebilmektedir (2). Madde kullanımı da bireyin yaşamında çok çeşitli tıbbi sorunlara, sosyal ve toplumsal işlevselliğinin bozulmasına, üretken geçen yaşam yıllarının kaybına ve hatta ölüme sebebiyet verebilmektedir (3). Ek olarak çocukluk çağı travmaları ilerleyen dönemlerde tekrarlanan stres ile birleştiğinde madde kullanım miktar ve süresini arttırabilmekte, bırakma motivasyonunun azalmasına ve daha fazla nükslerin oluşmasına da neden olabilmektedir (4). Bu nedenle çocukluk çağı travmalarının opiyat kullanım bozukluğunun gelişmesinde ve nükslerin oluşmasındaki etkisinin belirlenmesinin bireyin bağımlılıkla mücadelesine katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

Bağlanma stilleri de OpKB gelişim riskini arttıran faktörler arasında yer almaktadır. Bakım verenler ile çocukluk çağında kurulan bağlanma bireyin yaşamı boyunca kurduğu bütün ilişkileri etkileyebilmektedir. Birey ilerleyen yaşamında herhangi bir fiziksel ve/veya psikolojik tehdit ile karşılaştığında güvenli bağlanma her türlü stresöre karşı kaygı önleyici ve duygu düzenleyici bir etki göstermektedir. Güvensiz bağlanan bireyler ise stresli durumlarda kaygılarını giderebilmek amacıyla olumsuz başa çıkma yöntemi olarak madde kullanabilmektedirler (5). Ek olarak OpKB hastalarında çocukluk çağı travmalarının bağlanma stilleriyle, aynı zamanda farklı bağlanma stillerinin de farklı çocukluk çağı travmaları ile ilişkili olabileceğini düşünülmektedir (6). Bu araştırmada çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ve bu yaşantılar temelinde gelişen bağlanma stillerinin günümüzde

yaygın bir problem olan opiyat kullanım bozukluğu ile ilişkileri değerlendirilmektedir.

Çocukluk çağında travmatik yaşantıya maruz kalan bireylerde yetişkinlik döneminde bağlanma sorunları ve madde kullanım bozukluğu görülebilmekte, bireyin yaşam kalitesi önemli ölçüde düşmekte ve psikososyal yaşamı olumsuz etkilenebilmektedir (7). Bu nedenlerle OpKB geliştirme riski yüksek olan bireyleri belirleyerek opiyat kötüye kullanımını engellemek, doğru tedavi ve/veya yönlendirmeyi yapabilmek için opiyat kullanımının ortaya çıkış nedenlerini araştırmak önem taşımaktadır. Bu risk faktörlerinden olan çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve bağlanma stillerinin opiyat kullanımı üzerindeki etkisinin anlaşılmasının uygulanacak tedavinin etkinliği ve devamlılığını da arttıracakı düşünülmektedir. Bu araştırmanın temel amacı OpKB tanılı hastaların çocukluk çağı travmaları ve bağlanma stilleri ile yaşam kalitesi, dürtüsellik ve nüksetme arasındaki ilişkiyi anlama ve bunları etkileyen sosyodemografik değişkenleri incelemektir. Bu çalışma ile çocukluk çağı travmaları, bağlanma stilleri ve dürtüsellüğün OpKB’de yaşam kalitesi ve nükslere etkisi ortaya konularak bağımlılıkta nüks önlemeye yönelik çözüm önerileri geliştirilmesinde yol gösterici veriler sunmak amaçlanmaktadır. Ek olarak literatürde bu farklı değişkenleri ayrı ayrı inceleyen birçok çalışma (2, 5) mevcut olsa da bu değişkenlerin hepsinin birbirleriyle ilişkisini değerlendiren çalışmaların sayısı oldukça azdır. Bu yüzden bu araştırma sonuçlarıyla elde edilen verilerin literatüre önemli bir katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

2. GENEL BİLGİLER VE KURAMSAL ÇERÇEVE

2.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu

2.1.1. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tanımı

Opioid terimi Afyon bitkisinden (haşhaş) hem doğal hem de sentetik olarak elde edilen, beyindeki opioid reseptörlerine bağlanan ve uyuşturucu özelliği taşıyan bütün maddeleri (morfin, kodein, eroin, metadon vb.) ifade etmek için kullanılmaktadır. Opiyat ise opioidlerin alt grubunu oluşturarak haşhaş bitkisinden elde edilebilen doğal maddeleri ifade etmektedir (1). Opiyat kullanım bozukluğu (OpKB) bu maddeleri uzun bir süre boyunca terapötik bir neden olmadan ya da olsa bile gereğinden daha yüksek dozlarda kullanma, madde kullanımının kişinin yaşamında ön plana çıkması, madde kullanımı üzerinde giderek artan kontrol kaybı, creaving (aşerme), tolerans ve fizyolojik geri çekilme belirtilerini içeren ciddi bir rahatsızlıktır (8).

2.1.2. Opiyat Kullanım Bozukluğu Tarihçesi

Opiyatlar, binlerce yıldır çoğunlukla işlenmemiş opium (Latince’de "Papaver Somniferum Linee" olarak adlandırılan afyondan elde edilirler) türevlerinin kullanımıyla dünyanın bilinen en eski psikoaktif maddeleri arasında yer almaktadır (9, 10, 11). İnsanlığın bu maddeleri kullanması, bu maddelerin temel aldığı bitkilerin doğal çevrede var olduğunu keşfetmesiyle başlamıştır (12) ve ardından geçen zamanla birlikte bu maddelerin insan üzerindeki etkileri gözlemlendikçe yeni kullanım alanları ve kullanım şekilleri ortaya çıkmıştır (13). Yatıştırıcı etkisi nedenli mitolojideki uyku tanrıçası Morpheus’tan esinlenerek isimlendirilen Morfin ilk olarak 1806 yılında elde edilmiştir. 1874 yılında ilk yarı sentetik opium türevleri olan diasetilmorfin veya eroin üretilmiş ve bağımlılık yapmayan güçlü bir analjezik (ağrı kesici) ajan olduğu düşünülerek 1898’de tıbbi alanlarda kullanılmaya başlanmıştır. Morfin benzeri opioidlerin ilk saf sentetik ilaç türevleri olan meperidin ve metadonun tıbbi uygulamalara girmesi ise 1940’lı yıllarda olmuştur. Son birkaç dekatta bu maddelerin kullanımının oldukça

yaygınlaşması ve bu maddelerle ilişkili çeşitli psikolojik problemlerin ortaya çıkmasıyla birlikte birçok ülkede bu maddelerin kullanılması kısıtlanmış hatta yasaklanmıştır (14).

Günümüze kadar tıbbi ve eğlence amaçlı olarak doğal (yani bitki bazlı), yarı sentetik ve sentetik çok çeşitli opioidler kullanılmış ve hala kullanılmaktadır. Opioidler akut ağrı, kanser ağrısı, palyatif bakım ve opioid bağımlılığının tedavisi için Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından listelenen temel ilaçların bir bölümünü oluşturmaktadırlar (9). Ancak bununla birlikte yasadışı opioidlerin kullanımı veya tıbbi sebepler dışında opioidlerin kötüye kullanımı dünya çapında her geçen gün artmaktadır (15).

2.1.3. Opiyat Kullanım Bozukluğu Epidemiyolojisi

Opiyat kullanımının küresel yaygınlığı her geçen gün yeni eklenen verilerin varlığıyla birlikte değişmektedir. Birleşmiş Milletler Uyuşturucu ve Suç Ofisi'nin (UNODC) yayınladığı 2021 Dünya Uyuşturucu Raporu'na göre 2019'da dünya çapında yaklaşık 275 milyon kişinin (15-64 yaş arası dünya nüfusunun %5,5'inin) madde kullandığı, 62 milyon (15-64 yaş arası dünya nüfusunun %1,2'si) opioid kullanıcısı olduğu ve bunların da yaklaşık 31 milyonunun (15-64 yaşındaki nüfusun yüzde 0,6'sı) eroin kullandığı tahmin edilmektedir. Son yıllarda opiyat kullanım bozukluğu olan çoğu kişinin yasadışı olarak ekilmiş veya üretilmiş eroin kullandığı ve önceki yıllara göre reçeteli opioid kullananların oranının da giderek arttığı görülmektedir. Yine aynı rapora göre opioidler, son on yılda madde kullanım bozukluklarından kaynaklanan ölümlerin %70'inden fazlasını oluşturması ve bu ölümlerin %30'dan fazlasının da aşırı doz kaynaklı olması nedeniyle önemini korumaktadır. 2019'da Avrupa'da opiyat kullanımının geçmiş yıl yaygınlığının 15-64 yaş arasındaki nüfusun yüzde 0,7'si veya yaklaşık 3,6 milyon kişi olduğu tahmin edilmektedir ve eroin bu bölgede en yaygın kullanılan opiyat olmaya devam etmektedir (15).

Avrupa Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi'nin (EMCDDA) 2021 rapor değerlendirmesine göre 2019 yılında madde kullanımına

bağlı doz aşımı nedeniyle ölüm oranının Avrupa’da ortalama milyonda 14,8 olduğu görülmüştür. Aynı rapora göre Türkiye’deki eroin kullanımının ise yaklaşık 1,3 milyon kişi olduğu düşünülmektedir (16). 2021 yılında yayınlanan Türkiye Uyuşturucu Raporu’na göre Birleşmiş Milletler verileri dikkate alındığında 2019 yılında 20.165 kg eroin yakalanmasıyla Türkiye küresel düzeyde en fazla miktarda eroin ele geçiren ülke gibi görünmektedir. Yine aynı rapora göre 2020 yılında 314 madde kullanımına bağlı ölüm gerçekleşen ülkemizde ölümlerin 116’sında (%36,9) eroin, 98’inde (%31,2) metamfetamine ve 93’ünde (%29,6) ise ecstasye rastlanmıştır. 2020 yılında tedavi gören hastaların tedavi gördükleri madde türlerine göre dağılımları incelendiğinde bunların %55,1’inin eroinden, %5’inin diğer opiyatlardan ve geri kalanının ise diğer maddelerden kaynaklandığı görülmüştür (17).

Küresel Hastalık Yüku araştırmasına göre 2017 yılında opiyat bağımlılığının ulusal, bölgesel ve küresel prevalansı araştırılmıştır ve bu araştırmaya göre en yüksek bağımlılık prevelansı Amerika’da görülürken Orta Doğu ve Doğu Asya’da da yüksek OpKB oranları saptanmıştır (18). Türkiye Uyuşturucu ve Uyuşturucu Bağımlılığı İzleme Merkezi (TUBİM)’nin 2019 yılında yayınladığı rapora göre 2018 yılında 26 ilde yapılan toplamda 42.754 kişinin katılımıyla gerçekleşen bir çalışmanın sonucunda Türkiye’de yaşam boyu uyuşturucu madde kullanım sıklığı %5,8 olarak bulunmuştur (19).

2.1.4. Opiyat Kullanım Bozukluğu Etiyolojisi

Opiyat kullanım bozukluğu çok sayıda ve karmaşık birçok etyolojik faktörün (farmakolojik, sosyal, çevresel, kişilik, genetik ve ailevi) neden olabileceği biyopsikososyal bir bozukluktur. Bu faktörler diğer maddelerin kötüye kullanımının ve diğer bozuklukların değerlendirilmesinde de göz önünde bulundurulması gereken faktörlerdir (11). OpKB'lerin etiyolojisini anlamak, bu tür bozuklukların önlenmesi ve tedavisi için çok önemlidir.

A. Biyolojik ve Genetik Faktörler

Yapılan genetik epidemiyoloji çalışmaları, genetik geçişin OpKB da dahil olmak üzere madde kullanım bozukluğu gelişmesine katkıda bulunduğunu göstermektedir (20). Yine de artmış OpKB riski için spesifik genetik varyantları belirlemek zordur ki bu da diğer psikiyatrik bozukluklar gibi OpKB'nin de poligenik bir hastalık olduğu gerçeğini kısmen yansıtmaktadır. İlaç yanıtı da dahil olmak üzere çevreye verilen tepkiye aracılık eden beyin devreleri ve nörotransmitter sistemlerinin işlevlerini etkileyen genler beyin gelişimini düzenlemektedirler. Ayrıca genler, madde kullanım eğilimi (kişilik özelliklerini modüle eden genler), madde kullanımından OpKB'ye geçiş riski (koşullandırma ve nöroplastisite ile ilgili genler), yoksunluk semptomlarının şiddeti, potansiyel tetikleyicilere ve nüksetmeye karşı savunmasızlık da dahil olmak üzere OpKB gelişiminin farklı aşamalarına da müdahale edebilirler (21). İkizlerle yapılan gen çalışmalarında monozigot ikizlerde dizigot ikizlere göre opiyat kullanım bozukluğu riskinin daha fazla olduğu görülmüştür (22). Ayrıca genlerin etkileri, çevresel etkiler tarafından da yönetilebilmektedir (21).

Bu kadar çeşitli etkene rağmen, son yıllarda yapılan çalışmalar OpKB riskine katkıda bulunan genleri tanımlayabilmiştir (23, 24, 25). Yapılan çalışmalarda μ (mü) opioid reseptörünü kodlayan gen olan OPRM1 OpKB'ye karşı artan hassasiyetle (24), δ (delta) ve κ (kappa) opioid reseptörlerinin OPRD1 ve OPRK1 genlerindeki genetik çeşitlilik ise OpKB tedavisindeki etkinlik değişiklikleriyle (20) ilişkilendirilirken; nörodavranışsal bozukluklarla bağlantılı olduğu görülen BDNF-Val(66)-Met genotipinin OpKB'li bireylerde madde arama davranışına neden olabileceği düşünülmektedir (25). Benzer şekilde genom ilişkilendirme, beyin görüntüleme ve kemirgen çalışmaları Cornichon gen ailesinden AMPA reseptör aktivitelerini düzenleyen bir gen olan CNH3'ün de OpKB'de bir rolü olabileceğini desteklemektedir (26). Diğer genlerin doğrudan OpKB gelişimi ile bağlantısı kanıtlanamasa da kişilik özelliklerini ya da bağımlılık devresinde yer alan beyin bölgelerini etkileyerek OpKB geliştirebildiği düşünülmektedir. Yapılan çalışmalarda monoamin-oksidad-A (MAOA) genindeki polimorfizmlerin çevresel maruziyetlere tepkiyi düzenleyerek (27) katekolamin-O-

metiltransferaz (COMT) gen varyantı V(108/158)M'nin ise dopamin disregülasyonu üzerinden ödül beklentisi veya alınması sırasında kortikal ve striatal aktivasyonun bozulmuş modülasyonu ile bozukluklara yatkınlık oluşturduğu düşünülmektedir (28). Ayrıca sinaptik plastisiteyi etkileyen genlerden Homer proteinleri (29) (glutamat reseptörlerinin seviyesini ve aktivitesini düzenlerler) ve matris metalloproteinaz 9 (MMP-9) da OpKB riskine katkıda bulunmakta gibi gözükmemektedir (30).

B. Farmakolojik Faktörler

Opiyat kullanım bozukluğuna neden olan maddelerin büyük bir kısmı temel olarak μ -mü opioid reseptörlerine bağlanarak etki gösterirler. Buna ek olarak afiniteleri, farmakokinetikleri ve biyoyararlanımları her opiyata göre değişse de kappa-opioid ve delta-opioid reseptörlerine de bağlanabilirler (31). Mü-opioid reseptörleri, Santral Sinir Sistemi'nde (SSS) serebral korteks, talamus, hipotalamus, periaquaduktal gri cevher, interpedünlüler ve raphe nükleusta bulunurken perifer dokularda ise myenterik plexus ve bazı düz kaslarda yer almaktadır (32). Opiyat maddelerin bu reseptörler üzerinden analjezi, miyozis, bulantı, bradikardi, solunum depresyonu, duygudurum değişiklikleri, sedasyon ve bağımlılığa neden olduğu düşünülmektedir (33). Buna ek olarak opiyatlar dopaminerjik ve noradrenerjik sistemleri de belirgin olarak etkilerler. Serebral korteks ve limbik sisteme uzanan ventral tegmental alandaki dopaminerjik nöronları aktive ederek opiyatlar, ödüllendirici ve bağımlılık yapıcı etki göstermektedir (34).

Özellikle eroin ve fentanil gibi SSS'ye hızlı geçen ve mü-opioid reseptörlerine tam agonist etkileri olan opioidler buprenorfin gibi kısmi agonistlere göre özellikle ödüllendirici bir etkiye sahiptir (31). Ek olarak opiyatların SSS'den eliminasyon hızı, bu maddelerin etki sürelerini ve yoksunluk semptomlarının şiddetini belirler. Bu nedenle eroin beyni daha yavaş terk eden buprenorfin gibi bir ilaçtan çok daha şiddetli bir yoksunlukla ilişkilidir. Yoksunluk semptomlarının şiddeti, maddeye maruz kalmanın kronikliğine ek olarak daha uzun süre etkili opiyatlara göre daha yüksek potensli ve kısa etkili opiyatlar için daha yüksektir. Opiyatlara fiziksel bağımlılığın da hızlı gelişmesi ve opiyatların aniden

kesilmesiyle ortaya çıkan yoksunluk semptomları olumsuz pekiştirme mekanizmasıyla opiyat kullanımının sürdürülmesine katkıda bulunur. OpKB tedavisinde daha uzun yarılanma ömrüne, daha yavaş klirens oranlarına ve daha yavaş SSS'ne geçişe sahip ilaçlar tercih edilerek aşerme azaltılmalta ve yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması önlenebilmektedir. (35)

Opiyatların pozitif (ödülü arttırma) ve negatif (rahatsızlık verici etkenlerden kaçınma) güçlendirici etkileri, maddenin kullanılmasıyla bu deneyimler arasında koşullu öğrenme ile sonuçlanmaktadır. Bununla birlikte opiyatların tekrar tekrar kullanılması, tolerans ve fiziksel bağımlılık ile sonuçlanan fizyolojik adaptasyon mekanizmalarını başlatır. Opiyatların çeşitli farmakolojik etkileri için tolerans gelişiminin aynı oranda gerçekleşmemesi (Örneğin; analjezik ve hedonik etkilere tolerans solunum depresyonundan daha hızlı gelişirken kabızlığa tolerans asla gelişmeyebilir) ödülü sürdürmek için kullanılan doz artışlarının nedenini belirgin şekilde açıklamaktadır (36). Tekrarlayan kullanımlarla genellikle mü-opioid reseptörlerinin duyarsızlaştığı, hücre içi sinyal mekanizmalarının bozulduğu, mü-opioid reseptörlerine duyarlı nöronları etkileyen glial ve nöropeptid sistemlerinde nöroadaptasyonların geliştiği ve tüm bunların da fiziksel bağımlılığa neden olduğu düşünülmektedir (37, 38).

C. Sosyal ve Çevresel Faktörler

Epigenetik, sosyal stresörler veya bağımlılığa karşı savunmasızlığı artıran çevresel faktörlere maruz kalmayla ilişkili olarak kalıcı nöroplastik değişikliklerde neden olabilmektedir (39). İçinde bulunulan çevrenin duygu devrelerini şekillendirme özelliği nedeniyle özellikle doğum öncesi kritik dönemde, doğum sonrasında ve ergenlik döneminde epigenetik mekanizmalara bağlı beyin gelişimi büyük ölçüde etkilenmektedir (40). Bebeklik ve erken çocukluk döneminde sosyal yoksunluğun etkilerini değerlendiren araştırmalar, bu çocuklarda artan dürtüsellüğün altında yatan beyin bağlantısında bozulma ile sonuçlanan gecikmiş olgunlaşma bildirmiştir (41). Olumsuz bir yetiştirme ortamına (terk edilme, kayıplar, parçalanmış aile ortamı) önemli düzeyde maruz kalma (42), ihmal edilme, aile desteğinin az olması (43), ebeveynlerde madde kötüye kullanımının bulunması (44,

45), okul başarısızlığı (46) ve olumsuz davranışları bulunan akranlarla erken etkileşim (47) gibi durumları içeren bu risk faktörleri bireyleri gelişimsel bağlamda etkilemekte ve madde kullanım bozukluğuna geçiş riskini arttırmaktadırlar.

Önemli sayıda ve değerlilikte birçok araştırma çocukluk döneminde şiddete maruz kalma (örneğin; fiziksel, cinsel veya psikolojik) ve evde potansiyel olarak travmatik deneyimlere (örneğin; ebeveynlerinde eş şiddeti, psikiyatrik rahatsızlıkların veya madde kötüye kullanımının bulunması) tanık olma gibi olumsuz çocukluk deneyimlerinin gelişimsel olarak bireyin sağlığını ve sosyal hayatını olumsuz yönde etkilediğini göstermektedir (48, 49). Yakın tarihte yapılan bir çalışma, birkaç spesifik çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının (duygusal istismar, cinsel istismar ve duygusal ihmal) olumsuz duyguların bir ön belirtici olduğunu ve OpKB ile önemli ölçüde ilişkili olduğunu göstermiştir (50).

Bağımlılık yapıcı maddelerin neden kullanıldığına yönelik yapılan bir araştırmada madde kullananların büyük çoğunluğunun arkadaş çevresinden dolayı madde kullandığı ve bunun hemen ardından da ailevi sorunların geldiği belirlenmiştir. Yine büyük çoğunluğun yaşadığı sorunlarla baş edebilmek için madde kullandığı ve ayrıca zayıf iradeli olmanın ve toplum tarafından dışlanmanın da madde kullanımını arttırdığı tespit edilmiştir (51). Ayrıca ebeveynlerinde alkol ve madde kötüye kullanımının bulunmasının çocuklarda sosyal öğrenme ile madde kullanımına bir yatkınlık oluşturduğu, ihmal ve istismara yol açabileceği bilinmektedir (52).

Madde kullanım davranışlarıyla ilişkili çevresel faktörler arasında düşük sosyoekonomik durum (53, 54), barınma sorunları, evsizlik (55, 56), işsizlik (57) ve maddeye kolay ulaşılabilirlik (58) gibi etkenler de bulunmaktadır. Düşük sosyoekonomik duruma sahip kişilerde opiyat bağımlılığı insidansı daha yüksek olmakla birlikte opiyat bağımlılığı riski sadece düşük sosyoekonomik durumla da sınırlı kalmamaktadır (57). Neredeyse her zaman umutsuz durumlarla ve aşırı zorluklarla karşı karşıya kalan bireyler evsizlik durumunu deneyimlemektedirler (59). Çocukluk döneminde erişkinliğe göre yer değiştirme ve öngörülemezliğe karşı tolerans ile sıkıntıyla başa çıkabilme becerisinin ruhsal sağlığı daha ciddi etkilemesi nedeniyle evsizlik ciddi bir risk faktörüdür. Çok az sayıda araştırma

evsizliğin uzun vadeli gelişimsel etkisini incelemiş olsa da yapılan çalışmalar, çocuklukta evsizliği geriye dönük olarak bildiren yetişkinlerin bildirmeyenlere göre daha yüksek sayıda ve türde olumsuz çocukluk travmalarına daha fazla maruz kaldıklarını göstermiştir (60). Çalışmalar ayrıca sosyal stresörlerin insan beyninin gelişimi üzerindeki etkilerini değerlendirmeye başlamıştır ve bu çalışmalar, sosyal stresörlerin hastalık riskini neden artırdığını anlamak için önemlidir (41). Yapılan ön çalışmalar, sosyal destek sağlayan müdahalelerin bunlardan bazılarını tersine çevirmeye yardımcı olabileceğini düşündürmektedir.

Bununla birlikte herhangi bir yaşta yaşanan stresli olaylar, opiyat kullanımına ve OpKB'ye karşı hassasiyeti artırabilir (61). Gelişmekte olan beyin olumsuz sosyal ortamlara en duyarlı olan beyin olsa da bu faktörler yetişkin beynini de madde kullanımı ve bağımlılığına karşı savunmasızlığı artıracak şekilde olumsuz etkileyebilir (62). Kişi içinde bulunduğu ortama uyum sağlayamadığında olumsuz kaçınma davranışları geliştirerek öfke, üzüntü, karamsarlık, yetersizlik gibi duygulardan kaçınmak ve bunlar ile baş edebilmek için maddeye başvurabilir (32). Olumsuz sosyal ortamların yetişkin beyin işlevi üzerindeki etkilerine ilişkin araştırma sayısı azdır (62, 63). Aynı zamanda başa çıkma stratejilerinde yetersizlik ve stres toleransında azalma yaşayan kişilerde madde alımı ile kendini iyi hissetme ve bu iyilik halinin zihindeki farkındalığıyla maddeye duyarlılık gelişmekte, bu kişiler madde yaşantısı sonucunda akranlarıyla olan sosyal ve kişilerarası ilişkilerde de önemli sorunlar yaşayabilmektedirler (32).

D. Psikodinamik Faktörler

Literatüre bakıldığında psikanalitik görüşe göre bağımlılık, psikoseksüel gelişmenin erken dönemlerine gerileme ile giden "libidinal fiksasyon" ile açıklanmaya çalışılmıştır. Haz ilkesi – dürtü kuramına bakıldığında kokain ile ilgili yayını (64) olmasına rağmen Freud'un bağımlılığın gelişimi üzerine kapsamlı bir teori geliştirmemiş olmasının nedenleri arasında Freud'un ciddi bir nikotin bağımlılığı olması ve yakın arkadaşının bağımlılığının tedavisinde kokaini kullanmasının rolünün büyük olduğu düşünülmektedir (65). Bağımlılıkla ilgili ilk sözlerinde Freud, kronik madde kullanımının cinsel dürtülerin yerini alabileceğini

iddia ederken (66) daha sonrasında cinsellik teorisi üzerine yaptığı yayınlarında bağımlılığın psikoseksüel gelişim dönemlerinden biri olan oral döneme ait sorunlar nedeniyle oluştuğunu ve oral fiksasyonun önemini vurgulamıştır (67). Freud ve sonrasındaki birçok analist madde bağımlılığı bulunan hastalarda çözülmemiş travmatik çocukluk deneyimleri ve yapısal faktörlerin etkileşimi nedeniyle ortaya çıkan çatışmalara yanıt olarak, gerileyen sözlü savunma mekanizmalarının baskın olduğunu dile getirmektedirler. Bağımlılığı bulunan hastaların egolarının yeterince gelişmemiş olarak görüldüğü ve bu nedenle kaygıya dayanamadıkları düşünüldüğü için hasta ile psikoaktif madde arasındaki ilişki, ilkel ve ikircikli istek ve düşlemlerin yerine getirilmesinin bir temsili olarak yorumlanmaktadır (68). Diğer analistlerin görüşlerinden de etkilenen Freud ilerleyen dönemlerde bağımlılık gelişimine ilişkin vurguyu haz ilkesinin doğrudan tatmininden çok hazzızlıktan kaçınmaya kaydirmiştir. Ki bu durumda kullanılan madde, yapay bir savunma mekanizması işlevi görerek bireyin dış ve iç streslerle başa çıkmasına yardımcı olmakta ve çocuksu narsisizm evresini geçici olarak eski haline getiren bir durum oluşturmaktadır (69). “Sindirim orgazmı” terimiyle ilişkilendirdiği oral fiksasyonun önemine odaklanan Macar analist Rado yayınladığı makalelerinde bağımlılığın gelişiminde kullanılan maddenin 2 tür etkisi olduğunu vurgulamıştır (70). Bunlar ilk olarak maddenin sakinleştirici ve analjezik etkisi (isteksizlik ve ağrıyı azaltır), ikinci olarak da haz yaratan, öfori uyandıran ve uyarıcı etkisidir. İkinci özellik, özellikle cinsel tatmin için sınırlı olanaklar olması durumunda cinsel istekle kademeli olarak rekabet etmeye meyilli olduğundan bağımlılık gelişimi açısından daha sorunlu olarak görülmektedir (71). Bunlara ek olarak Rado, bağımlı hastaların hem azalan acı toleransının hem de olağanüstü acı veren gerilimlerin birlikte ortaya çıkmasının sonucunda depresyona belirgin bir biçimde yatkın olduklarını iddia etmektedir (70).

Lacan'ın kendisi bağımlılık üzerine pek bir şey yazmamış olsa da son yıllarda Lacan'cı analistler bu konuya katkıda bulunmuşlardır. Bu analistlerden biri olan Loose, maddenin kendisinin farmakolojik etkilerine karşıt olarak OpKB gelişiminde özne içindeki kırılmanın önemini vurgulamaktadır. Burada spesifik psikoaktif maddelerin bağımlılık yapıcı özelliklerini inkâr etmeden OpKB hastasının maddeden bağımsız olarak özneye özgü bir etki aldığını iddia

edilmektedir (72). Bu bağlamda OpKB'nin Lacan'cı etiyolojisinde jouissance kavramına merkezi bir yer verilir (73). Lacan yargısal haklardan, mülkiyetten ve cinsel orgazmdan yararlanma olarak tercüme edilen jouissance terimini kullanarak haz ilkesinin haz öznelerinin bir kısıtlaması olarak hareket ettiğini savunmaktadır (74). Buna göre özne, haz ilkesinin ötesine geçmeyi amaçlayarak sınırlamayı aşmaya çalışır ve bu durumda haz ilkesinin ihlali acı ve ölüme yol açmaktadır (75).

Dürtü kuramının aksine ego(benlik) psikolojisinde, psikopatolojilerin etiyolojisiyle ilgili olarak ego ve işlevlerine öncelik verilmektedir. Anna Freud'un (76) savunma mekanizmalarını sistematik olarak sınıflandırmasıyla başladığı düşünülen ve yıllar içinde birçok psikanalist (77, 78, 79) tarafından detaylandırılan ego kuramında genel olarak psikopatolojik semptomların (madde kullanımı ve çeşitli ruhsal bozukluklar) ciddi benlik patolojileri nedeniyle ortaya çıkan kişilik yapısındaki kusurların bir sonucu olarak ortaya çıktığı düşünülmektedir (80). Başkalarıyla ilişkilerin ve iç dengenin sürdürülmesini sağlayan bir dizi ego işlevi olan kişilik yapısı insanların duygu durumlarını anlamasına yardımcı olmakta ve çeşitli duygu durumlarında verdikleri tepkileri düzenlemektedir (81). Bu kurama göre bağımlılığı bulunan kişiler bunaltıcı, haz vermeyen ve çoğu zaman farklılaşmamış duygularını düzenleyememekte ve dayanılmaz duygu durumlarını kendi kendine tedavi etmek için madde kullanmaktadırlar (82, 83).

Erken dönem bakım veren-çocuk ilişkilerinin ve erken çocukluk ortamının önemini vurgulayan nesne ilişkileri kuramında, Melanie Klein Freud'un dürtü/yapı modeli üzerinden saldırganlığın ve ölüm dürtüsünün bağımlılıktaki rolünü vurgularken; Roland Fairbairn, Guntrip ve Winnicott gibi takipçileri ise psikanalitik görüşlerini ilişki/yapı modeline kaydırarak cinsel doyum arzusundan ziyade kişilerarası ilişkiler için öznelerin ihtiyaçlarını ön planda tutmuşlardır (84). Ego psikolojisi, OpKB'nin kendi kendine tedavi yönlerini vurgularken; nesne ilişkileri teorisi ise etiyolojisinde merkezi itici güç olarak kendine zarar veren dürtüleri vurgulamaktadır. Klein'cı yaklaşımdan etkilenen Glover'e (85) göre bağımlılık, vücut parçaları (Örn; penis, göğüs... vb.) ve onların sembolik eşdeğerleri (Örn; zulmedici, yatıştırıcı... vb.) olarak tanımlanan parça-nesne kavramıyla açıklanırken; Rosenfeld (86) bağımlılığın idealleştirme, ideal nesnelerle

özdeşleşme, korku ve kaygıyı reddetme gibi durumları içeren savunmacı bir manik oluşum etrafında geliştiğini iddia etmektedir. Ayrıca burada madde kullanımı, yoğun duyguları kontrol edebilmek için nesnelerin ve kendiliğin iyi temsillerine zulmeden yıkıcı nesnelerle özdeşleşme olarak yorumlanmaktadır. Madde kullanımını Winnicott'un (87) bebeklerde özerkliğin gelişiminde ve olgun nesne ilişkilerinin içselleştirilmesinde önemli rolü olduğunu söylediği geçiş nesnesi kavramıyla ilişkilendiren Krystal ve Raskin (83) ile Luerksen (88)'e göre kararlı iç nesne temsilleri oluşturmamayan bağımlı bir birey maddeyi yatıştırıcı ve idealize edilmiş bir nesne olarak kullanmaktadır. Ancak burada psikoaktif madde, dış ve iç dünya arasındaki sınırda gidip gelmekte ve bu durumda bağımlı birey, şiddetli yokluk korkusunun üstesinden gelmek için nesneyi içine dahil etmeye çalışmaktadır. Ancak bu içe atma maddenin bağımlı bireyin vücudunda sıkıntı verici bir nesneye dönüşmesi nedeniyle zorunlu olarak başarısız olmaktadır.

Kişilik organizasyon modelini geliştiren Otto Kernberg, OpKB etiyojisini sınır kişilik bozukluğunun temel savunma mekanizması olan bölme ile bağlantılı olarak tanımlamaktadır (89). Kernberg'e (90) göre içselleştirmelerin karşıt (libidinal ya da saldırgan) duygulanımsal niteliklere ayrılmasını ifade eden bölme mekanizması, içe atma ve karşıt özelliklere sahip özdeşleşmelerin bütünleşmesini engellemekte ve ego gelişimi için önemli bir enerji sağladığı savunulan agresyonun nötralizasyonunun ana kaynağı olarak hizmet etmektedir (91). Bölme mekanizması daha olgun savunma biçimlerine göre daha az enerji gerektirdiğinden kırılabilir bir ego bölmeyi kullanmaya yatkınlıdır. Bu süreçte duyguların düzenlenmesindeki önemli eksikliklerle bağlantılı olarak bağımlılığa yatkınlaştırıcı davranışlar veya kendine zarar verme davranışı gibi düşük dürtü kontrolüyle ilişkili semptomlar egosintonik olarak deneyimlenmektedir. Buna ek olarak, sınırda bir kişilik organizasyonundan kaynaklanan acı verici ve kaotik duygulara karşı bir baş etme stratejisi olarak da görülebilen psikoaktif maddelerin kullanımı ego işlevlerinin gerilemesini ve altta yatan nesne ilişkilerinin parçalanmasını daha da teşvik ederek bir kısır döngü yaratmaktadır (90). Son zamanlarda yapılan ve OpKB ile kişilik organizasyonu arasındaki ilişkiyi araştıran çalışmalar sınırda kişilik organizasyonu ile bu olası ilişkiyi desteklemektedir (92, 93).

E. Kişisel Faktörler

Çocukluk ve ergenlik döneminde heyecan arayışı ve dürtüselliğin yüksek olması bireyin riskli ve tehlikeli davranışlarda bulunma olasılığını arttırmaktadır. Kişilik yapısı olgunlaşmamış, duygularını düzenlemede zorluk yaşayan bireyler olumsuz duygular karşısında dürtüsel davranışlarını kontrol etmede başarısız olabilirler. Amaca yönelik davranış ve duygu düzenleme stratejilerini uygulamada zorluk yaşamaları bu bireylerde madde kullanım bozukluğu da dahil olmak üzere birçok psikiyatrik rahatsızlığa neden olabilmektedir (94, 95). Ayrıca bu bireyleri madde kullanımına yönelten diğer kişisel risk faktörleri arasında; kişiler arası ilişkilerde zorluk çekme, düşük benlik saygısına sahip olma, engellenme eşiğinin düşük olması, umursamaz, isyankâr olma ve kaygı seviyesinin çok yüksek olması gibi birçok kişilik özellikleri bulunabilmektedir (96, 97). Ayrıca madde kullanım bozukluğu olan bireylerde antisosyal, borderline ve pasif agresif kişilik bozukluklarına daha sık rastlanmaktadır (98).

2.1.6. Opiyat Kullanım Bozukluğu ve Nüks

Madde kullanım bozukluğu genellikle ömür boyu nüks ve remisyon dönemleriyle seyreden kronik bir beyin hastalığı olduğu için nüks, bağımlılığın tedavisinde ele alınması gereken önemli ve baş edilmesi zor bir durum olmaktadır (99). Nüks, tedaviyle birlikte madde kullanım bozukluğu belirtilerinin ortadan kalkması sonrasında bireyde tekrar eski bağımlılık belirtilerinin ortaya çıkması ile karakterize oldukça karmaşık bir süreç olarak tanımlanmaktadır (100). Tek bir etkenden çok fizyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin kombinasyonundan kaynaklandığı düşünülen nüksün tetikleyicilerinin belirlenmesi nüksü kontrol altına almada önemli bir faktördür (101). Nüks riski bireysel, durumsal ve fizyolojik faktörlerin karşılıklı etkileşimi ile belirlenmektedir. Nüksün oluşmasında önemli yaşam olayları, devam eden yaşam güçlüğü, günlük hayatta karşılaşılan stresli yaşam olayları, sosyal destek, stresle başetme becerileri, kendine aşırı derece güvenme, maddenin etkileriyle ilgili beklentileri ve genel motivasyon durumu

nüksün oluşmasına neden olan arka plan faktörleri olarak belirtilmektedir (4). Nüksetmeyi yönetmeye yönelik uzun vadeli çözümler, nüksü mümkün olduğunca önlemektedir.

2.1.7 Opiyat Kullanım Bozukluklarında Tedavi

Opiyat kullanan bireylerde diğer madde kullanım bozukluklarında olduğu gibi bağımlılığı tedavi edecek kesin bir tedavi yöntemi bulunmamaktadır (102). Çoğu zaman bireylerin bağımlılıklarını ve tedaviyi kabul etmemeleri nedeniyle tedavi iyice karmaşılaşmaktadır. Madde kullanım bozukluklarının tedavisinde amaç remisyon dönemini mümkün olduğunca uzatmaktır. Bu nedenle tedavi yöntemlerinde sadece ilaçlarla bireyin madde alımını durdurmak değil, aynı zamanda arkadaş ortamı, yaşam stili ve alışkanlıkların değiştirilmesi gibi farklı psikososyal müdahaleler de yer almaktadır (103).

a. Farmakolojik Tedavi

Bağımlılığı bulunan kişilerde madde kullanım bozukluğuyla komorbid görülebilen diğer ruhsal ve fiziksel rahatsızlıkların belirtilerini azaltmak, güvenli bir yoksunluk dönemi geçirmesini sağlamak ve nüksleri önlemek amacıyla farmakolojik tedavi uygulanmaktadır (104, 105). Mevcut durumda opiyat kullanım bozukluğu tedavisinde kullanılan metadon, buprenorfin ve naltrekson olmak üzere FDA onaylı üç ilaç bulunmaktadır. Belirli bir ilacın seçiminde hastanın varsa önceki tedavilerine yanıt düzeyi, opiyatlara toleransı ve hastanın medikasyon tercihleri göz önünde bulundurularak karar verilmektedir (106).

Tam mü-opioid reseptör agonisti olan metadon en uzun süredir mevcut olan ve en büyük etkinlik kanıtına sahip ilaç olarak dikkat çekmektedir (107). Yapılan bir araştırmada günlük 100 mg'a kadar metadon kullanımının tedavide daha uzun süre kalım, tedavi sırasında daha az eroin kullanımı ve daha hafif yoksunluk semptomları ile ilişkili olduğu görülmüştür (108). Metadona göre belirli avantajları olan buprenorfinin kullanımı günümüzde giderek artmaktadır. Bu avantajlar arasında buprenorfinin mü-opioid reseptörünün kısmi agonisti olması, ki bu nedenle diğer SSS deprese edici ilaçlarla kombine edildiğinde daha az ölümcül

olması, kappa-opioid reseptör antagonisti ve nosiseptin reseptör agonisti olması yer almaktadır (109, 110). Kappa-opioid reseptörleri üzerine antagonist etkisiyle buprenorfin OpKB’de yaygın olarak görülebilen depresif semptomları iyileştirmeye yardımcı olabilecek antidepresan etkilere sahip olmaktadır (111). Günümüzde buprenorfin yaygın olarak dilaltı olarak uygulandığında biyoyararlanımı zayıf olan ancak enjekte edildiğinde buprenorfinin etkilerini bloke eden kısa etkili bir opioid antagonisti olan naloksonu içeren bir formülasyonda reçete edilmektedir (112). Hasta uyumunu iyileştirmek için buprenorfinin uzatılmış salımlı (XR) formları (6 aylık buprenorfin implantları ve 1 aylık XR buprenorfin enjeksiyonu) geliştirilmiştir ancak ülkemizde henüz kullanılmamaktadır (113). FDA onaylı üçüncü ilaç ise mü-opioid reseptörünün tam antagonisti olan naltreksondur. Uzun salımlı formlarının da bulunması tedaviye uyumu arttırmaktadır (114).

Günümüzde opiyat kullanım bozukluğu tedavisinde kullanılan farmakolojik ajanların karşılaştırmalı etkinliğine veya hangi hastaların hangi ilaca daha iyi yanıt verebileceğine ilişkin veriler sınırlıdır (115). Yapılan bir araştırmada metadonun esnek dozlarda kullanımının buprenorfine göre daha fazla retansiyona yol açtığı görülürken uzun etkili buprenorfin formlarının kullanımındaki sonuçlar bilinmemektedir (106). Bir diğer araştırmada ise uzun etkili naltrekson kullanan hastaların dilaltı buprenorfin ile tedavi edilenlere benzer sonuçlara sahip olduğunu öne sürülmüştür (116).

b. Psikososyal Müdahaleler

Motivasyonel Görüşme: Günümüzde obezite, kronik ağrı, diyabet ve madde bağımlılığı gibi birçok sağlık probleminin tedavisinde kullanılan bu görüşme tekniği ilk olarak 1983 yılında klinik olarak kullanılmaya başlanmıştır (117, 118). Madde bağımlılığında genellikle tedaviye başlama aşamasında kullanılan bu teknikte kişilerin zıt duyguları belirlendikten sonra davranış değişiklikleri oluşturmak için içsel motivasyonları ortaya çıkarmak hedeflenmektedir. Bu süreçte kişi ikna edilmeye çalışılmaz (119).

Kısa Müdahaleler: 5A tekniği olarak da bilinen ve 5 aşamadan (Ask- Sor, Advise- Tavsiye, Assess- Değerlendir, Assist- Yardım et ve Arrange- Düzenle) oluşan bu müdahale madde kullanım bozukluğu olan bireyleri belirlemede yardımcı olmaktadır. 5-30 dakika arasında süren ve yardımcı motivasyonel görüşme tekniklerinin kullanıldığı müdahale kişileri değişime yönlendirmede etkili olabilmektedir (104).

Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT): Öğrenme kuramları ve bilişsel psikoloji ilkelerine göre geliştirilen; bilişsel, davranışsal ve problem çözme becerilerine yönelik yaklaşımları kapsayan Bilişsel Davranışçı Terapi (BDT) madde kullanım bozukluğu olan bireylere uygulandığında emosyonel stresörlerle başetme becerilerindeki eksikliği kavrama, madde kullanımıyla sıkıntıların azaldığı yada haz için madde kullanımı gibi yanlış inançlarla maddeye güvenme konusunda daha geniş ve gerçekçi bir bakış açısı kazandırarak maddeye karşı koyma ve kendi iç kontrollerini sağlama konusunda bireylere yardımcı olmaktadır (120).

Aile Terapileri: Aile içerisinde madde kullanan bireyin varlığı aileyi bütün yönleriyle (sosyal, ekonomik) olumsuz etkilemektedir. Yaşanabilecek muhtemel olumsuzluklar kronik hastalıkların bıraktığı etkiden çok daha şiddetli ve derin olabilmektedir (121). Bu nedenle madde kullanım bozukluğunun tedavisinde ailenin de tedaviye katılması büyük önem taşımaktadır. Çünkü kişiyi bağımlılığa itebilen patolojik aile ortamı, madde kullanımı sürecinde ailenin bağımlıya yaklaşımı, bağımlı bireye yardım edilip edilmemesi ve bu durumun aile içi ilişkileri etkilemesi, ailenin diğer üyelerinin de bundan etkilenmesi bağımlılığın tedavisini etkileyebilmektedir (122).

Yardım Grupları: Ülkemizde de Adsız Alkolikler ve Adsız Narkotikler isimleriyle faaliyet gösteren topluluklarda madde kullanım bozukluğu olan bireyler bir araya gelerek sorunlarını dile getirmektedirler (104).

2.2. Travma

Bireyin baş etmekte yetersiz kaldığı, üstesinden gelemediği, duygusal anlamda bireye acı veren çoğu kez beklenmedik ve olağandışı olumsuz yaşam olayları olarak tanımlanan travma (123) ruhsal ve bedensel bütünlükte hasara sebep olarak hem kişiyi hem de içinde bulunduğu toplumu olumsuz etkileyebilmektedir. İnsan hayatında sıkıntı ve üzüntü yaratan pek çok olay olmasına rağmen bunların çoğu ruhsal travma ortaya çıkarmamaktadır. DSM-5'e göre yaşanan bir olayın "ruhsal travma" olarak adlandırılabilmesi için kişinin gerçek bir ölüm ya da ölüm tehdidi, ağır bir yaralanma, kendisi veya başkasının fizik bütünlüğüne karşı bir tehdit olayını yaşamış, böyle bir olaya tanık olmuş ya da olayın hoş olmayan detaylarıyla tekrar eden nitelikte ve yoğun düzeyde karşı karşıya gelmiş olması ve bu olay karşısında aşırı korku, dehşete düşme ve çaresizlik gibi tepkiler vermiş olması gerekmektedir (124). Yani kişi bu tarz olaylarla karşılaşmış ve bu esnada da aşırı derecede korku, çaresizlik ve dehşet hissetmişse, bu durum kişi için travmatik bir yaşantı olarak tanımlanabilmektedir (125). Bu oldukça geniş tanım, içeriğinde hem tek seferlik olaylar (kazalar, doğal afetler, suçlar, ameliyatlar, ölümler vb.) hem de tekrarlayan ve süre giden olaylar (çocuk istismarları, çocuk ihmalleri, savaşlar, şiddet içeren ilişkiler vb.) bulundurmaktadır. Dikkat edilmesi gereken nokta, bir olayın travma olup olmadığı kararının olaya maruz kalanlara ait olmasıdır. Bu durumda her travmatik olayın etkisi her bir birey için aynı olmamaktadır. Travmaya yüklenen anlam, kişinin geçmiş yaşantıları, stresle başa çıkma kapasitesi, sosyal desteği ve genetik yapısı gibi faktörler travma üzerine belirleyici etki yapabilmektedirler (126). Ayrıca travma sadece o anki olayda yaşanıp travmanın etkileri yalnızca o anla sınırlı kalmayabilir (127). Yani travma, o anki olayın ardından devam eden sürede canlılığını koruyabilmekte ve zaman içinde kişi farklı deneyimlere dönüşebilmektedir (128).

2.2.1. Çocukluk Çağı Travmaları

Her yaş grubundan insanı olumsuz etkileyerek psikiyatrik sorunlara neden olabilen travmatik durumlar özellikle travma ile mücadele potansiyelinin daha düşük olduğu çocukluk çağında daha fazla risk oluşturmaktadır (129). Yaşanılan

travmaların hem yetişkinliğe kadar uzanan süreçte hem de yetişkinlikte bir takım ruhsal bozukluklara yol açabilmesi nedeniyle çocukluk çağı travmalarının en ağır şiddet türü olduğu düşünülmektedir (130). Travmalarla mücadele etmenin ve bunları kabullenebilmenin zor olduğu çocukluk döneminde çocuklar, yaşadıklarından yaş ve gelişimsel dönem özellikleri bakımından farklı etkilenip farklı tepkiler verebilmektedirler (131, 132). Doğumdan önceki dokuz ayın tamamı ile ergenlik döneminde kişinin on sekiz yaşına gelene kadarki yılların tümünü kapsayan çocukluk çağında yaşanan travmaların ilerleyen dönemlerde oluşturabileceği olumsuz sonuçlarının engellenebilmesi için travmatik deneyimin mekanizmasının anlaşılması büyük önem taşımaktadır (133).

Çocuğun her türlü sömürsü ve ihmali biçiminde gerçekleşebilen çocukluk çağı travmaları 2 alt kategoriye (Tip I Travma ve Tip II Travma) ayrılmaktadır. Öngörülemeyen, aniden oluşan durumlar, insan kaynaklı olmayan felaketler ve istem dışı olarak can güvenliğinde tehdit oluşturabilen durumlar Tip I Travma olarak değerlendirilirken; çocuğa yönelik kasıtlı niteliğe sahip, tekrarı muhtemel olan ve yaşanan durumla birlikte kaygı, depresyon gibi ek psikolojik sorunları da beraberinde getiren durumlar Tip II Travma olarak adlandırılmaktadır (134). Yapılan araştırmalarda toplumun her kesiminde değişken oran ve sıklıklarla görülebilen çocukluk çağı travmalarının tekrarlanması travma kaynağına bağlı olarak değişebilmektedir (135, 136). Tekrarlayan travmatik yaşantılar, savunma düzenekleri ve bas etme biçimleri ile üstesinden gelinemeyecek denli ağır ve sarsıcı olduğunda kişinin ruhsal yapısı üzerine özgül etkiler bırakabilmektedir. Bu çocukların yetişkinlik dönemlerinde duygularını tanımada zorluk çektikleri (137) ve sağlıklı yaşam süren bireylere göre daha fazla madde ve alkol kullanımlarının olduğu (138) yapılan araştırmalarda kanıtlanmıştır.

Tüm bu travmalarla birlikte olumsuz sosyokültürel, ekonomik, iletişimsel ve psikolojik koşulların varlığına bağlı olarak çocuklar fiziksel, cinsel, duygusal niteliklerde çeşitli istismar ve ihmal biçimlerine maruz kalmaktadırlar (139). Çocukların ebeveynleri, bakım verenleri ya da başka kimseler tarafından fizyolojik, duygusal, zihinsel ve sosyal gerilemeye sebep olacak şekilde her türlü eylem veya eylemsizliklere maruz kalmaları çocukluk çağı istismar ve ihmali olarak

değerlendirilmektedir (140). İhmal ve istismar kavramları birbirinden farklı tanımlar olup ayrımı istismarın kasıtlı ve aktif, ihmalin ise dolaylı ve pasif bir süreçten oluşmasıyla yapılabilmektedir (141). Çocukluk çağında istismar fiziksel, duygusal ve cinsel istismar olmak üzere 3 alt gruba; ihmal ise duygusal ve fiziksel ihmal olarak 2 alt gruba ayrılarak incelenebilmektedir (142, 143).

Kültürel farklılık gözetmeksizin tüm çocukları kapsadığı bilinen İhmal ve istismarın risk faktörleri ve kişide oluşturduğu etkiler hakkında günümüze kadar retrospektif ve prospektif birçok araştırma yapılmıştır. Örsel ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada çocukluk çağı travmasına maruz kalmış ve psikiyatrik rahatsızlığı bulunan hastaların ebeveyn özellikleri incelenmiş olup ebeveynlerin eğitim düzeyleriyle çocuğa yönelik bedensel ve ruhsal ihmal arasında bir ilişki olduğu saptanmıştır (144). İstismar risk faktörlerinin değerlendirildiği araştırmaların birinde fiziksel veya zihinsel engeli bulunan çocukların bulunmayanlara göre 3-4 kat daha fazla istismar riski taşıdığı görülürken (145) bir diğer araştırmada ise istismarcının yaşça büyük olması ve fiziksel olarak daha kuvvetli olması vb. özelliklerin istismar riskini arttırdığı saptanmıştır (146).

2.2.2. Çocukluk Çağı Travma Türleri

a. Fiziksel İstismar

En sık görülen ve en kolay belirlenen istismar türü olan Fiziksel İstismar; çocukluk çağındaki bir bireyin kendisinden en az 5 yaş büyük birisi veya kendisinden 2 yaş büyük bir aile üyesi tarafından otorite kurma, öfke boşaltma veya ceza verme gibi amaçlarla kasten (istemli olarak) bedensel hasara maruz bırakılması olarak tanımlanmaktadır (147, 148). Çocuğun vücudunda çeşitli çürükler, morarmalar, yanıklar, kesikler, ısırıklar gibi iz bırakabilecek doku hasarlarının oluşmasına neden olan çocuğun bedenine yönelik aşırı düzeyde cezalandırma veya kapalı bir yerde kilit altında tutma gibi çocuğun sağlığına zarar veren eylemleri içeren fiziksel istismar önemli bir mortalite nedeni sayılmaktadır (148, 149). Yapılan çalışmalar sonucunda sıklığı değişkenlik gösterse de genel nüfusta %0,45-%64 arası oranlarda görülebilen (150) fiziksel istismar, kötü

muamele sonucu gerçekleşen çocuk ölümlerinin yaklaşık yarısına sebep olmaktadır (151). Görülme sıklığını etkileyen en önemli faktörlerden biri bu olguların tamamının tespit edilememesidir ve bunun nedeninin de fiziksel hasarın kaza veya istem dışı olaylar nedeniyle gerçekleştiğinin düşünülmesi ya da bu şekilde aktarılması ve çocuğun korkutularak olayı anlatmasının engellenmesi olduğu düşünülmektedir.

Fiziksel travmanın ‘‘istismar’’ olarak değerlendirilmesi gerçekleştiği topluluğun kültürel ve geleneksel yapısına göre değişebilse de genel olarak belirli kriterler belirlenmiştir. Fiziksel travmanın kasten gerçekleşmesi, tekrarlama olasılığının olması ve çocukta bedensel ve ruhsal açıdan zarara sebep olması bu kriterler arasında sayılabilir (152). Fiziksel istismar risk faktörlerinin araştırıldığı araştırmalarda fiziksel istismarın ortaya çıkmasında bakım verenin sorun çözme ve iletişim becerilerinin yetersizliği (özellikle bakım verenin bedensel cezalandırmayı bir disiplin yöntemi olarak algılaması) (153), bakım verenin kendi çocukluğunda istismara uğramış olması (154), sosyal eşitsizlikler, küçük yaşta yapılan evlilikler (155), ailedeki psikiyatrik rahatsızlıklar, alkol ve madde kullanımı, ebeveynlerden birinin hayatta olmaması, ekonomik problemler, ailede çok sayıda çocuk olması, stres ve etnik problemler gibi çevreden kaynaklı dış faktörler ile çocuğun kendisine ait nedenler (156) gibi birçok risk faktörlerinin yer aldığı görülmüştür.

Fiziksel istismarın en çok henüz kendilerini ifade edebilme becerilerinin gelişmediği bebek ve okul öncesi dönem çocuklarda görüldüğü yapılan çalışmalarda gösterilmiştir (157). Çocukluk çağında fiziksel istismara maruz kalmış yetişkinleri kapsayan araştırmalar incelendiğinde, yapılan araştırmaların birçoğunda fiziksel istismarın kısa ve uzun vadede bedensel ve ruhsal rahatsızlıklara yol açtığı görülmüştür (158). Ayrıca fiziksel istismara uğramış çocukların yetişkinlerle her türlü temastan kaçınma davranışı gösterebildikleri, yakın ilişki kurmakta sorun yaşadıkları, sosyal becerilerinin düşük olduğu, benlik saygılarının ve öfke kontrollerinin azaldığı, bazen daha agresif, kızgın tutumlar gösterdikleri bazen de aksine pasif davranma veya içe kapanma gibi tepkileri olduğu kanıtlanmıştır (159). Aynı zamanda bu bireylerde kişilik özellikleri, dikkat

eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, intihar düşünceleri, kaygı bozuklukları ve alkol-madde kullanım bozukluklarına daha sık rastlanmaktadır (160, 161).

b. Duygusal İstismar

Çocuğun çevresindeki yetişkinler veya bakım veren kişi tarafından kendisini etkileyen eylem ya da eylemsizliklere maruz bırakılarak ihtiyaç duyduğu sevgi, ilgi ve bakımdan mahrum bırakılması ve psikolojik hasara uğratılması olarak tanımlanan Duygusal İstismar (162); çocuğa gerekli gereksiz bağırma, aşağılama, küfretme, duygusal veya fiziksel olarak yalnız bırakma, korkutma, yıldırıcı davranışta bulunma, tehdit etme, duygusal ihtiyaçlarını karşılamama, yaşına uygun olmayan sorumluluk yükleme, kardeşler arasında ayırım yapma, değer göstermeme, önemsememe, toplum içinde küçük düşürme, alay etme, çocuğa lâkap takma, aşırı baskılama veya otorite kurma, başka bir bireye bağımlı kılma ve aşırı koruma gibi durumları içermektedir (163, 164).

Toplumda çocuğun cinsel ve fiziksel istismara uğratılması kadar riskli görülmeyebilen duygusal istismar doğurabileceği dolaylı ve uzun vadeli sonuçlar bakımından en az cinsel ve fiziksel istismar kadar üzerinde durulması gereken hassas bir konudur (165). Diğer istismar türlerine kıyasla daha fazla karşılaşılan bir durum olmasına rağmen bu istismar türünün somut bulguları olmaması nedeniyle fark edilmesi, tanımlanması ve ispatlanması zorlaşmaktadır (160). Bu istismar türünün riskli ve oldukça yaygın olmasının sebeplerinden bir diğeri de bakım veren kişilerin çocuğa zarar verdiklerinin veya zarar verebilecek davranışlar gösterdiklerinin farkında olmaması sayılabilir (166). Turhan ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmaya göre duygusal istismar, %78 oranıyla Türkiye’de en sık karşılaşılan istismar türü olarak saptanmıştır (167).

Duygusal istismar tek başına olabileceği gibi cinsel ve fiziksel istismarla beraber ya da cinsel veya fiziksel istismarın bir uzantısı olarak da görülebilmektedir (162). Bununla birlikte fiziksel veya cinsel istismarla beraber görülen duygusal istismar olgularında bedensel iyileşme süreci tamamlandıktan sonra bile duygusal istismarın devam ettiği ve kişinin geri kalan yaşamını etkilediği görülmektedir

(168). Duygusal istismara yol açan davranışlar çocukta utanç duygusu yaratmakla birlikte kronik bir korku ve çaresizlik hissine sebep olabilmektedir (163). Bu yaşantıların sürekli tekrar etmesi durumunda ise bu çocuklarda parmak emme, beslenme problemleri, saldırganlık, suça yönelim, uyku bozuklukları, oyun oynamaktan çekinme, gerçek olmayan korkular, obsesyonlar ve kompülsiyonlar, fobiler, düşük benlik algısı, gerginlik ve kaygı, bağımlı kişilik özellikleri, değersizlik algısı ve aileye karşı pasif agresif tutum gibi davranışlar sık görülmektedir (162, 169, 170). Siyez ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada, duygusal istismara uğramış ve uğramamış ergenlerin benlik algıları, depresyon ve kaygı düzeyleri karşılaştırılmış ve duygusal istismar algılama oranı arttıkça benlik algısına yönelik puanların ters orantıyla azaldığı, depresyon ve kaygı puanlarının ise arttığı görülmüştür (171). Son yıllarda ise duygusal istismarın cinsiyet fark etmeksizin beden algısını bozduğu ve intihar düşünceleri, duygu durum bozuklukları, davranış değişiklikleri ve yeme bozukluklarına neden olabileceği yapılan çalışmalarla kanıtlanmıştır (172, 173, 174).

Duygusal istismara uğrayan çocuklarda bu olumsuz sonuçların oluşmasında çocuğun içinde bulunduğu durumun ve kendisine yapılan davranış algılama biçiminin etkili olduğu; bu algılama biçiminde de toplumsal kabul ve kültürel faktörlerin önemli etkisinin bulunduğu düşünülmektedir (168). Ekonomik problemlerin ve işsizliğin bulunduğu, uygunsuz fiziki koşullarda, toplumdan kopuk ve uzak yaşayan, çocuğun bakımının kontrole dayandırıldığı, düşmanca tavırlar sergilenen ve şefkatin gösterilmediği aile yapılarında duygusal istismar daha sık görülmektedir (175).

c. Cinsel İstismar

Dünya Sağlık Örgütü tarafından bir çocuğun henüz idrak edemediği, gelişimsel olarak hazır olmadığı bir dönemde ve toplumsal normlara aykırı olarak cinsel eylemlere dahil edilmesi olarak tanımlanan Cinsel İstismar; çocuğun yetişkin bir kişi (kendisinden en az 5 yaş büyük bir kişi veya en az 2 yaş büyük bir aile bireyi) tarafından cinsel arzu ve gereksinimlerine yönelik doyum sağlamak amacıyla zorla, kandırılarak veya tehdit edilerek cinsel kullanıma maruz kalmasıdır

(176, 177). İstismar eden kişi istismara maruz kalan çocuk veya ergen ile akraba olan birisi veya ona bakım veren bir kişi ise bu durum “ensest” olarak adlandırılmaktadır (178). Cinsel istismarın önemli bir alt grubunu oluşturan ensestin belirlenmesi aile içi saklama eğilimi, kronisitesi ve maruz kalan çocuğun durumunu içselleştirmesi nedeniyle daha güç olmaktadır (179). Saptanması en zor, en travmatik ve acı verici istismar türü olan cinsel istismar, toplumda yüksek oranda gizlenmekte ve çoğunlukla fiziksel istismar kadar gözle görülüp tespit edilebilecek nitelikte olmamaktadır. İstismara maruz kalan çocuğun korkusu, kendisine inanılmayacağı düşüncesi, istismarı gerçekleştirene zarar vermek istememesi, erkek çocuğu için homoseksüel olarak değerlendirilebileceği kaygısı ve olay karşısında hissedilen utanç da buna katkı sağlamaktadır (180).

Bu istismar türünde istismar davranışında bulunan kişi ile maruz kalan kişi karşı cinsten olabildiği gibi aynı cinsten de olabilmektedir. Hem bir çocuk ve yetişkin arasında hem de diğer çocuğun yaşının anlamlı derecede büyük olması ve zor kullanması koşuluyla iki çocuk arasında gerçekleşebilen istismarda çocuğun rızasının olup olmaması önemli değildir (178, 181). Cinsel içerikli konuşmalar ve yorumlar, teşhircilik, röntgencilik, cinsel dokunma, sürtünme, okşama, oral seks, anal veya genital penetrasyon, cinsel organın bacaklar arasına yerleştirilmesi, pornografiye maruz bırakma veya pornografik unsur olarak kullanma ve para karşılığı cinsel ilişkiye girmeye zorlama gibi davranışlar çocuğun rıza gösterip göstermemesine bakılmaksızın cinsel istismar spektrumu içinde yer almaktadır. Ayrıca istismara müsaade etmek, müsamaha göstermek, zemin hazırlamak, bu konudan kendine fayda sağlamaya çalışmak da istismar kapsamına girmektedir (135, 179, 182).

Tüm yaş gruplarında görülebilen cinsel istismar en yaygın şekilde küçük yaşlardaki çocuklara uygulanmakta ve cinsiyet kavramı dikkate alınarak değerlendirildiğinde kız çocuklarında erkeklere göre 3 kat daha fazla görülmektedir (183). Yetişkinlere yönelik cinsel istismar olgularında ağırlıklı olarak fiziksel şiddet mevcut olup istismara maruz kalan kişi olayın farkındayken; çocuklara yönelik cinsel istismar olgularında istismarı uygulayan kişi genellikle kandırma yoluyla kademeli olarak istismar etmekte ve istismar durumu çok uzun zaman sonra gün

yüzüne çıkmaktadır (179). Sıklığın değerlendirildiği araştırmalarda cinsel istismarın evrensel sıklığının %11,8 olduğu görülürken (184) Türkiye’de Özçelik ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada psikiyatrik rahatsızlığı bulunan 125 kadın hastanın geçmiş cinsel istismar maruziyeti %18,5 olarak saptanmıştır (185). Baker ve Duncan’ın yaptığı araştırmaya göre temas olmadan gerçekleşen cinsel istismar olgularının (%51) penetrasyon içeren istismar olgularına (%5) göre daha yaygın olduğu görülmüştür (186).

Birçok nedenden dolayı bastırılmaya ve unutulmaya çalışılan çocukluk çağı cinsel istismar yaşantılarının çocuğun tüm hayatına etki ederek fiziksel, sosyal ve psikolojik yaşamını olumsuz etkilediği kanıtlanmıştır (187). Cinsel istismarın uzun dönem etkilerini inceleyen araştırmalarda, cinsel kötüye kullanımın düşük özgüven, çaresizlik ve değersizlik hissi, kendine acıma ve nefret duygusu, kişiler arası ilişkilerde zorluk, dikkat bozuklukları, dürtüsel davranışlar, anksiyete ve kaygı bozuklukları, yeme bozuklukları, intihar düşünceleriyle birlikte duygu durum bozuklukları, çoklu kişilik bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları ve alkol-madde kullanım bozuklukları gibi duygusal ve davranışsal birçok psikiyatrik rahatsızlığa neden olabileceği saptanmıştır (144, 188, 189).

d. Fiziksel İhmal

Çocuğun ebeveynleri veya bakım veren kişiler tarafından beslenme, güvenlik, eğitim ve tıbbi tedavi gibi fiziksel bakımının yapılmaması; sevgi, destek, ilgi, duygusallık ve bağlanma gibi duygusal ihtiyaçlarının karşılanmaması veya göz ardı edilmesi olarak tanımlanan İhmal, Fiziksel ve Duygusal İhmal olmak üzere iki kategoride incelenebilmektedir (190). Çocuğun beslenme, sağlık, bakım ve emniyet açısından ihmal edilmesi sonucunda ortaya çıkan Fiziksel İhmal içerisinde çocuğun yeterli beslenememesi veya aşırı beslenmesi temizlik ve giyiminin yeteri kadar sağlanmaması, sağlığı için gereksinimlerinin karşılanmaması veya aksatılması, fiziksel hastalık ve yaralanmalarının önemsenmemesi, aşıların yaptırılmaması, yalnız bırakılması, dışlanması, güvenliğinin ihmal edilmesi, eğitim ve okulunun önemsenmemesi veya takip edilmemesi ve zarar verici ya da toksik maddelerden korunması için yeterli önlem alınmaması gibi durumlar yer almaktadır (164, 178,

191). Gilbert ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada çocuğun evde yalnız bırakılmasının %75,8 oranıyla en yaygın görülen ihmal türü olduğu görülmüştür (191).

Yapılan araştırmalarda bir kere olan ihmalin hayati risk oluşturabilen sonuçları olabildiği gibi sürekli maruz kalınan ihmalin de zarar verici olmayabileceği görülmüş olup zarar ve ihmal kavramları ayrı ayrı incelenmelidir (166, 192). İçinde bulunulan toplum, şartlar ve önemli olduğu düşünülen temeller de değerlendirildiği zaman ihmal çoğunlukla göz ardı edilmekte, çoğu zaman ihmal ve istismar yaşantıları bir arada görülmekte ve elde edilen veriler gerçeği yansıtmamaktadır (193). Bu nedenle yapılan araştırmalarda ihmal görülme sıklığının %1,4 ile %80 arasında geniş bir oranda görüldüğü düşünülmektedir (166, 194). Gözden kaçırılmaması açısından büyüme ve gelişim problemi olan ve psiko-sosyal uyum güçlüğü yaşayan çocuklarda ihmal göz önünde bulundurulmalıdır (159, 195).

Ruhsal ve fiziksel rahatsızlığın bulunduğu, sosyal ve ekonomik düzeyin düşük olduğu, suç oranı yüksek, aile içi şiddet ve alkol-madde bağımlılığının bulunduğu ailelerde ihmal daha fazla görülmektedir (175). İhmale maruz kalan çocuklarda görülen semptomlar çocuğun yaşı ve gelişim dönemi özelliklerine göre değişmekle birlikte ortaya çıkan sorunlar arasında kısıtlanmaya karşı tahammülsüzlük, benlik saygısında azalma, esneklikte zorlanma, eğitime ilgisizlik, saldırgan tutumlar, dikkat ve öğrenme problemleri, depresif semptomlar, çoğunlukla alkol ve madde kullanımı ile kendine ve çevresine zarar verme davranışları yer almaktadır (144, 196).

e. Duygusal İhmal

Doğduğu andan itibaren çocukla yeterli düzeyde ilgilenmemek, sevgi ve ilgi göstermemek, şefkat vermemek, başarılarını yok saymak, psikolojik açıdan ihtiyaçlarını gidermemek, sosyal gelişimini desteklememek, toplumsal kuralları öğretmemek, ebeveynlerden birinin çocuğu suiistimal ederken diğersinin bu duruma göz yumması ve çocuğun her türden zararlı madde kullanmasına müsamaha

göstermek gibi davranışlar Duygusal İhmal içinde yer almaktadır (175, 197). Genelde fiziksel ihmal duygusal ihmali de beraberinde getirirken duygusal ihmal bu şekilde olmayıp ayrı bir şekilde görülebilir (198). Psikiyatri hastalarında yapılan bir araştırmada çocukluk çağında maruz kalınan duygusal ihmal sıklığı %81,6 olarak bulunmuştur (144). Literatüre bakıldığında duygusal ve fiziksel ihmale maruz kalan çocuklarda kalmayanlara göre daha çok psikiyatrik rahatsızlıkların görüldüğü ve bu çocukların ileriki dönemde daha çok madde kullanımı ve suça yöneldikleri görülmektedir (199).

2.2.3. Çocukluk Çağı Travmaları Yaygınlığı

Çocukluk çağı travmaları dünya genelinde oldukça yaygın görülmekle birlikte her geçen gün de görülme oranının artmasına rağmen tüm dünyada yapılan araştırmalarda; farklı tanımlamalar ve yöntemlerin kullanılması, adli makamlara bildirimlerin yeterince yapılmaması, özellikle bazı istismar tiplerini tanımlamadaki zorluklar, farklı örnek grupları kullanılması, bölgesel ve kültürel farklılıklar, sosyal stigmatizasyon, olayların inkar edilmesi ve gizli kalması gibi sebeplerden dolayı çok az bir kısmı bilinmektedir ve bu alandaki her çalışma farklı sonuçlar ortaya koymaktadır (149, 151, 200). Bu nedenlerle dünyada çocuk istismar ve ihmalinin yaygınlık oranının %10 ile %74 arasında değişkenlik gösterdiği tahmin edilmektedir (201, 202, 203).

Dünya genelinde beş ülkede istismar yaygınlık oranlarının araştırıldığı bir çalışmada fiziksel istismar oranlarının ABD ve Şili’de %4-85, Filipinler’de %21-82, Mısır’da %26-72 ve Hindistan’da ise %36-70 arasında değiştiği belirtilmektedir (204). 2020 yılında ABD’de yapılan çocukluk çağı travmaları ulusal yaygınlık araştırmasına göre travmaya maruz kalan çocukların %28,6’sının iki yaşından küçük olduğu, %76,1’inin İhmal, %16,5’inin Fiziksel istismar, %9,4’ünün Cinsel istismar yaşadığı ve %6’sının ise diğer travma türleri (tedavi görmüş istismar/ihmal olguları, alkol/madde kullanım bozukluğu... vb.) grubuna dahil oldukları saptanmıştır. Yine aynı araştırmada travmaya maruz kalanların cinsiyet oranları benzer (%48,1 erkek ve %51,6 kız) bulunurken alkol-madde kullanımı, maddi sıkıntılar ve yetersiz barınmanın bakım veren için risk faktörleri arasında yer aldığı

görülmüştür (205). İngiltere’de (206) yapılan bir araştırmada çocukların yaklaşık %7’sinin bakım veren kişiler tarafından fiziksel istismara uğradığı ve gençlerin %6’sının da evde fiziksel ihmale maruz kaldığı görülürken; Kolombiya, Hindistan, Rusya ve İzlanda’da toplam 459 çocukla yapılan uluslararası bir araştırmada bir yılda çocukların %66’sının duygusal istismara, %55’inin fiziksel istismara, %37’sinin ihmale ve %18’inin ise cinsel istismara maruz kaldığı saptanmıştır (207). Dünya Sağlık Örgütü’nün (208) yaptığı uluslararası araştırmalar sonucunda, her 5 kadın ve 13 erkekten 1’inin çocukken cinsel istismara uğradığını saptanırken; yirmi bir farklı ülkede çocukluk çağı cinsel istismarın yaygınlığını inceleyen araştırmalarda istismarın kadınlar için %0-50 arasında, erkekler için ise %0-60 arasında değiştiğini görülmüştür (209).

Çocuk istismarının yaygın olduğu görüşüne rağmen ülkemizde çocuk fiziksel ve cinsel istismarı ile ilgili bilgiler oldukça yetersizdir (210) ve yapılan araştırmalarda farklı sonuçlara rastlanmaktadır. Yani kesinleşen veya resmiyet kazanan istismar olgularının sıklığı ve dağılımı ile ilgili net bir veri bulunmamaktadır. Ülkemiz verilerine baktığımızda, birçok çalışmanın gözden geçirildiği bir araştırmada fiziksel istismarın %15-75 arasında, cinsel istismarın ise yaklaşık %20 oranında görüldüğü belirtilmiştir (211). Her il için ayrı yapılan yaygınlık araştırmalarında fiziksel istismarın Ankara’da %46,44 ve Adana’da %61,5 (212), Mersin’de %31,2 (213) oranında; aile içi cinsel istismarın ise Edirne’de %1,4 (214) ve İstanbul’da ise %1,8 (215) oranında görüldüğü saptanmıştır. Zoroğlu ve arkadaşlarının 2001 yılında İstanbul’da yaptığı bir araştırmaya göre lisede okuyan 839 öğrenciden oluşan örneklemin %16,5’inde ihmal, %15,8’inde duygusal istismar, %13,5’inde fiziksel istismar ve %10,7’sinde ise ensest dahil olmak üzere cinsel istismar tespit edilmiştir ve cinsel istismara maruz kalmış kızlarda erkeklere göre daha fazla duygusal istismar olduğu görülmüştür (216). Yine ülkemizde yapılmış başka bir araştırmada en sık görülen travma türü %24,7 oranıyla duygusal ihmal olmakla birlikte duygusal istismar %18,7, fiziksel ihmalin %17,3, fiziksel istismarın %15,3 ve cinsel istismarın ise %11,3 (ensest %13,3) oranında görüldüğü saptanmıştır (217). Literatürde çocukluk çağı travmalarının yaygınlığı ile ilgili araştırmalar göz önünde bulundurulduğunda duygusal istismar ve ihmal, üzerinde en az durulan ve çalışılan konular olmasına

rağmen bunların travma tipleri içinde en yaygın görülenleri olabileceği düşünülmektedir (218). Nitekim Türkiye’de de %78 gibi yüksek bir oranla duygusal istismar en fazla görülen istismar tipi olarak ilk sırada yer almaktadır. Bunu %24 ile fiziksel ve %9 ile cinsel istismar takip etmektedir (219).

2.2.4. Çocukluk Çağı Travmaları Risk Faktörleri

Dünya Sağlık Örgütü tarafından çocukluk çağı travmalarının oluşumunda çocuk, aile, ebeveyn ve toplumsal sebepler gibi birçok farklı risk faktörünün yer aldığı ifade edilmiştir (220). Çocuk istismarı ve ihmalinin oluşmasına etki eden faktörler ele alındığında çocuğun bireysel özellikleri arasında yaşının küçük olması, cinsiyeti, kişilik özellikleri, fizyolojik ve zihinsel kapasitesinde bozukluk veya yetersizliklerin bulunması ve çocuğun kişiliğine etki edecek kişisel hayat etmenleri gibi maddeler yer almaktadır (221, 222). Yaş, cinsiyet, etnik grup, din, dil, ırk, sosyal ve ekonomik düzey gözetmeksizin her çocuk istismara maruz kalabildiği görülürken; ailelerin ve çocukların bazı yapısal özellikleri bu riski arttırmaktadır (223). Yapılan araştırmalarda çocukların en fazla istismara ve ihmale 0-3 yaş aralığında maruz kaldığı ve çocukların yaşları arttıkça istismara maruz kalma oranlarının azaldığı saptanmıştır (205). Irksal özelliklere bakıldığında ise çocuk istismar ve ihmalinin en az Asya ırkında görüldüğü; siyahi, Amerikan-Kızılderili ve Alaskalı yerli çocuklarda ise diğer ırklara göre daha fazla olduğu saptanmıştır (224).

Geniş aile yapısının olması, ebeveynlerden birinin yokluğu (ölüm, boşanma, ayrı şehirlerde çalışma gibi nedenlerle parçalanmış aile tipleri), ailede tek kişiye fazla sorumluluk düşmesi, sosyal izolasyon, sosyo-ekonomik düzeyin düşüklüğü, aile üyeleri arasındaki bağların zayıf olması, aile üyeleri arasında çatışmaların yaşanması, sorun çözmede ebeveynlerin başa çıkma becerilerinin yetersiz oluşu, üvey anne-babaya sahip olmak ve aile geçmişinde psikiyatrik rahatsızlıklar, alkol-madde kullanımı veya bağımlılığının bulunması çocukluk çağı travmatik yaşantılarının gelişiminde aile ve ebeveyn faktörleri içinde yer almaktadır (144, 196, 225). Çocuğun kendisi ve aile-ebeveyn özellikleri kadar arkadaşları ya da aile üyeleriyle kurduğu ilişki düzeyi ve toplum veya çevrenin travmayı algılama biçimi

de yaşanan travmatik olayın çocukta yarattığı etkilerin kalıcı hale gelmesinde önem taşımaktadır. Sosyal, ekonomik, kültürel ve çevresel risk faktörleri aile içinde stres oluşturarak çocuğun ihmal ve istismarına neden olabilmektedir. Sosyal risk faktörleri içinde sosyal çevre seviyesi, katı fiziksel cezaları hoş gören veya ön plana çıkaran sosyal yapılar ve sosyal sağlık güvencesinin yetersizliği sayılırken; işsizlik ve yoksulluk gibi ekonomik risk faktörleri ile göç, kültürel özellikler, gelenek ve görenekler, iş yeri, okul ve komşuluk ilişkileri gibi toplumsal ve çevresel risk faktörleri de çocukluk çağı travmatik yaşantılarına yatkınlık oluşturmaktadır (221, 226).

2.2.5. Çocukluk Çağı Travmaları ve Opiyat Kullanım Bozukluğu İlişkisi

Literatür göz önünde bulundurulduğunda çocukluk çağında maruz kalınan travmatik yaşantıların; çocuğun duygu, düşünce ve biyolojik sistemini etkilediği, bilgileri değerlendirme ve işleme süreçlerini yeniden organize ettiği ve bu durumun da ilerleyen dönemlerde birçok psikopatolojinin gelişmesine yol açtığı kanıtlanmıştır (227, 228). Çocukluk döneminde travmatik olaya maruz kalan çocuklar yaşamlarının ilerleyen dönemlerinde şizofreni, duygu durum bozuklukları (depresyon, bipolar bozukluk), travma sonrası stres bozukluğu, kişilik bozuklukları, madde kullanım bozukluğu gibi birçok psikiyatrik rahatsızlıklara daha duyarlı hale gelmekte ve özellikle bu çocukların genel popülasyona göre alkol ve psikoaktif madde kullanım risklerinin çok daha fazla olduğu belirtilmektedir (199, 229). Olumsuz çevre koşullarına maruz kalan çocuk, yetişkinlik döneminde yaşadığı zor durumlarla başa çıkabilmek için gerekli mekanizmaları geliştirmekte zorlanmakta veya geliştirmiş olduğu mekanizmalar baş etmekte yetersiz kalabilmektedir (230). Böyle bir durumda kişide anksiyete yanıtı ortaya çıkmakta ve kişi bu ankiyeteyle başa çıkmak için alkol ve madde kullanabilmektedir (231). Burada madde kullanımıyla asıl hedeflenen durum karşılaşılan problemlerin oluşturduğu olumsuz duyguları (düşük benlik saygısı, depresif ve anksiyöz belirtiler) azaltmak veya olumlu duyguları (öforik hal) artırmaktır (232).

Farklı araştırmalarda farklı oranlar bildirilmesine rağmen birçok çalışmada madde kullanım bozukluğu hastalarında çocukluk çağı istismar ve ihmal oranlarının

kontrol gruplarına göre anlamlı düzeyde daha yüksek olduğu görülmüştür (2, 3). Madde kullanım bozukluğu hastalarında çocukluk çağı travma oranlarının araştırıldığı çalışmalardan Cohen ve arkadaşlarının (233) erişkin hastalarda yaptığı çalışmada oranın %84, Danielson ve arkadaşlarının (186) ergen hastalarda yaptığı çalışmada ise oranın %60 olduğu bildirilmiştir. Türkiye’de ise Evren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada bu oran %56 olarak saptanmıştır (234). Cinsiyetler arası farklılığın incelendiği araştırmalara değerlendirildiğinde çocukluk çağı travmaları ile madde kullanım bozuklukları arasında cinsiyet değişkenine yönelik anlamlı bir farkın olduğu görülmektedir. Genel olarak araştırmalarda madde kullanım bozukluğu bulunan kadınların erkeklere göre daha fazla çocukluk çağı travmasına maruz kaldıkları bildirilmektedir (235, 236). Çocukluk çağı travma türlerine bakıldığında kadınlarda cinsel istismar, erkeklerde fiziksel istismar daha yüksek oranda görülürken (236, 237); madde kullanım özellikleri değerlendirildiğinde erkeklerin kadınlara göre daha erken yasta madde kullanımına başladıkları, kadınların ise daha hızlı bağımlılık geliştirerek bağımlılığın fiziksel semptomları daha şiddetli deneyimledikleri görülmektedir (238, 239). Kanada’da Kerr ve arkadaşları tarafından yapılan bir çalışmada fiziksel istismar ile damar yoluyla madde kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğu bildirilmiştir (238).

Erken yaşta (15-24 yaş arası) madde kullanımına başlamanın yetişkinlikte bağımlılık gelişimi için bir risk faktörü olduğu bilinen bir gerçektir. Kişinin erken yaşta madde kullanımına başlama risk faktörlerinden birisi de çocukluk çağı travmatik yaşantılarına maruz kalmasıdır (240, 241). Çocukluk çağı travmatik yaşantılarının madde kullanım bozukluğu ile ilişkisinin kronolojik olarak incelendiği bir çalışmada; fiziksel istismara uğrayan ergenlerin %90’ının, cinsel istismara uğrayanların ise %77’sinin madde kullanımına travmatik yaşantıdan sonra başladığı görülmüştür (242). Çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile aile özelliklerinin değerlendirildiği araştırmaların bir tanesinde opiyat kullanım bozukluğu hastalarında hem erkek hem de kadınlar için ebeveynlerden yedi yaşından önce ayrılmanın cinsel istismarla; ebeveynler ile kötü iletişimin ve kişiye destek olacak birinin yokluğunun ihmal, fiziksel ve duygusal istismarla ilişkili olduğu görülmüştür. Yine aynı çalışmada çocukluk çağı travmatik yaşantılarına maruz kalan kişilerin madde bağımlılığı tedavisini tamamlama oranlarının düşük

olduğu ve tedaviyi yarım bırakma oranlarının yüksek olduğu belirlenmiştir (243). Ayrıca yapılan araştırmalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının sayısının artmasıyla madde bağımlılığı şiddetinin de arttığı bildirilmektedir (229, 244).

2.3. Bağlanma

2.3.1. Bağlanmanın Tanımı ve Özellikleri

Anne karnında kordon ile kurulan bağdan başlayarak romantik ilişkilerin yaşandığı yetişkinlik dönemine kadar uzanan süreci kapsayan ve yaşamımız sürdükçe yaşanan her anda, kısacası yaşadığımız tüm süre boyunca deneyimlediğimiz bağlanma kavramı birçok araştırmacı tarafından farklı şekillerde tanımlanmıştır. Bowlby'ye göre bağlanma, bir kişinin kendini kötü hissettiği bir anda karşısındaki kişiyle yakınlık kurması ya da iki kişinin duygusal yaklaşmasından doğan ve uzun süre hissedilen istek veya arzu olarak tanımlanırken (245); Gardner bağlanmayı yeni doğan ile anne-baba arasında gitgide artan, eşgüdümlü, karşılıklı ve destekleyici bir etkileşimin kurulması olarak tanımlamaktadır (246). Rees (2011)'e göre ise bağlanma, çocukları korumak ve bağımsız olmaya hazırlamak için aileleri birbirine bağlayan duygusal yakınlığı ifade etmektedir (247).

İnsanoğlu doğumundan itibaren dış dünyayla ilişki ve etkileşime başlamaktadır ve sonraki yaşam dönemleriyle ciddi bağlantılı olan bu ilk etkileşimler bebeğe bakım veren kişiler aracılığıyla olmaktadır (248). Bu dönemde bebeğe bakım veren genellikle annedir, ancak bazen bebeğin bir başkası tarafından büyütülmesi durumunda ilk bağlanma figürü anne olmayabilir (249). Temelde bakım veren ile bebek arasında gelişen, genelde ise bireylerin hayatlarında önemli buldukları insanlara karşı geliştirdikleri güçlü duygusal bağlar olarak tanımlanabilen bağlanmada bebek ile bakım veren arasındaki bağ tek yönlüken, romantik ilişkilerde bağlanma süreci karşılıklı olmaktadır (250). Yetişkinlerde görülen bağlanma sürecinde iki taraf da gerektiğinde hem bakım alan hem de bakım veren durumunda olabilmektedir (251).

Yeni doğan bir bebek yaşamının ilk haftalarında bakım verene bağımlıdır ancak henüz ona bağlanmamıştır (252). Buradaki bağımlılık ve bağlanma kavramları birbirinden farklıdır. Bağlanma çevrenin keşfedilmesi ve çevreden yönelebilecek tehlikelerden korunabilmek için bebeğin bakım veren ile yakınlık kurmasıyla gelişen duygusal bağ şeklinde nitelendirilirken; bağımlılık ise bebeğin fiziksel ihtiyaçlarının karşılanmasında bir başkasına güvenmesi olarak tanımlanmaktadır (250). Bebeğin içine doğduğu dünyaya dair ilk algısı yine bakım veren üzerinden olmaktadır. Bebeğin kendisi ile dış dünya arasında kurduğu ilişkide bir köprü görevi gören bakım veren, bebeğin kendisine ve dış dünyaya dair algılarının ve tutumlarının olumlu ya da olumsuz olmasında önemli bir rol oynamaktadır (252). Yaşamın ilk dönemlerinde bebeğin kendisini bağımsız bir birey değil, bakım verenin bir parçası olarak gördüğü ve hatta hala anne rahmindeymiş gibi hissettiği düşünülmektedir (253). Bebeğin açlık, acı gibi olumsuz durumlarda bakım verenden yardım isteğinde bulunmasıyla harekete geçen bağlanma ihtiyacı bebeğin doğuştan getirdiği emme, izleme, gülümseme, ağlama ve dokunma gibi özellikleri kullanarak bakım veren ile düzenli ve dengeli bir etkileşim sağladığı zaman giderek gelişim göstermektedir (250). İlerleyen zamanla birlikte bebek kendisinin ve annesinin ayrı birer varlık olduğunu algılayarak bu ayırmadan doğan içsel kaygısını oluşturduğu bu duygusal bağ ile azaltmaya çalışmaktadır (5).

Doğum ile başlayıp gelişim gösteren bu süreç dönemsel olarak incelendiğinde; bebeğin kendisinden farklı kişileri algılayabilme becerisinin kısıtlı olduğu 0 ile 8-12 hafta arası bağlanma öncesi dönem ve 8-12 hafta ile 6 ay arası bağlanmaya dair ilk işaretlerin görüldüğü dönem olarak adlandırılabilirken 6 aydan sonra bağlanma daha net görülebilmekte ve 2 ya da 3 yıla kadar da sürebilmektedir (254). Bebeklerin fiziksel, zihinsel ve duygusal yönden en hızlı geliştiği özellikle iki yaşına kadarki dönemde bebeğin sadece fiziksel gereksinimlerinin giderilmesi yeterli olmamakta, bakım veren kişinin varlığı ve bebekle kurduğu ilişki bebeğin zihinsel ve duygusal gelişimi açısından da önem taşımaktadır (249). Bakım veren kişinin bebekle fiziksel yakınlığını güçlü tutmasının hem bebeğin çevreden gelebilecek tehlikelerden korunmasına yardım ettiği hem de çevreyi keşfetmesi için gerekli koşulları sağladığı düşünülmektedir (255). Bowlby de bağlanmada öncelikli

hedefin bakım veren ile kurulan bu yakınlığın korunması olduğunu belirtmektedir (250).

Bebeğin bakım verenle kurduğu ilk ilişkide bakım verenin bebeğin ihtiyaçlarını karşılayış şekli bebeğin hayatı boyunca oluşturduğu ilişkiler ve bu ilişkilerin devamlılığı için de ayrıca çok önemlidir (256). Bebeğin güvenli hissetmesinin amaçlandığı bu sürecin ne boyutta oluşacağı bakım verenin verdiği tepkilere (tutarlı ve istikrarlı olması) ve erişilebilirliğine göre değişmektedir (257). Bakım veren ile bebek birbiriyle bağlantılı tepkiler verdiklerinde aralarındaki ilişki birbirini tamamlayıcı niteliktedir ve bebeğin bağ kurmasına veya gelişimine destek olmaktadır (258). Bebeğin bu tamamlayıcı ilişkide bakım verenden genel beklentisi, ihtiyaçlarına sessiz kalmayıp kendisini umursaması, bu ihtiyaçlara zamanında karşılık vermesi ve bunu yaparken de gereğinden fazla müdahale etmemesi olarak görülmektedir (259). Buna göre bağlanma; bebeğin ilk bakım veren kişiyle yakınlık oluşturmaya ve bunu korumayı arzulaması, bakım vereni güveneceği bir sığınak olarak görmesi, bakım verenle olan ayrılığı kabul etmemesi ve tehlike hissettiği bir durumda bakım vereni güvenli bir üs olarak kullanmak istemesi olmak üzere dört temel aşamadan oluşmaktadır (260).

Bağlanmanın niteliğine göre bebekte oluşan güvenlik hissi (‘‘Dünya güvenli bir yerdir’’ düşüncesi) bebeğin bakım veren dışındaki kişilerle ilerleyen zamanlarda kurduğu ilişkilerin kalitesini belirlemekte; fiziksel ve psikolojik iyilik halinin, büyüme ve gelişiminin temelini oluşturmaktadır (261). Bağlanma bebeğin davranışlarına etki etmekte ve bebeğin davranışlarında bu etki görülebilmektedir (262). Bağlanma yalnızca bebeklik dönemiyle sınırlı kalmamaktadır ve oluşturulan bu temel bağlanma sonrasında bireyler yaşamındaki diğer kişilere karşı pek çok bağlanma gerçekleştirebilmektedirler (263). Daha çok olumsuz duyguların hâkim olduğu durumlarda (Örn; bebekler için ayrılık korkusu ya da bir tehditle karşı karşıya kalmak, erişkinler içinse kişinin kendisini mutsuz, hasta veya korkmuş hissetmesi) bağlanma davranışı harekete geçerek birey çevresindekilerle yakın ilişkiler kurmak isteyebilmektedir (264). Yaşın ilerlemesine bağlı olarak azalma gösterse de bağlanma ihtiyacı her yaşta görülebilmektedir (265).

Bebeklikten ergenlik dönemine kadar olan süreçte geliştirilen, kişilerin hayatları boyunca kendi benliği ve diğerleri ile ilgili ilişkilerini kapsayan bir yaklaşım türü olarak tanımlanan bağlanma biçimi, kişilerin bağlanma tecrübeleri (kişisel farklılıkları, inançları, benlik saygıları ve geçmiş bağlanma örüntüleri) ile yakından ilişkilidir (266). Yaşamın ilk üç yılında ailede ayrılıklar yaşanması veya aile üyelerinden birini kaybetmek travmaya sebep olabilmekte ve çocuğun yaşamının ileriki aşamalarındaki ilişkilerini etkileyebilmektedir. Büyük bir travmanın erken yaşlarda yaşanmasının bağlanma biçimlerini oldukça etkileyebileceği ve tam anlamıyla bir iyileşmenin mümkün olmayacağı düşünülmektedir (250). Bebeklik döneminde bağlanmanın oluşmaması veya sağlıklı bir şekilde kurulamaması ilerleyen dönemlerde kişinin ilişki kurma veya devam ettirmekte zorlanmasına ya da ilişki kurduğu insanlara güvenememesine neden olmaktadır (267).

2.3.2. Bağlanma Kuramı ve Kuramcılar

John Bowlby ile başlayıp özellikle Mary Ainsworth'un çalışmaları ile genişletilmiş olan bağlanma kuramı çocukluktaki ve yetişkinlikteki yakın ilişkileri anlamayı amaçlayan kuramlardan biridir. Temel olarak bakım veren-çocuk bağı ele alınarak ilişki kalitesinin bebeğin sağlıklı bir birey olarak yetişmesindeki önemi vurgulanmaktadır (268). Biyolojik olarak insan yaşamı incelendiğinde bir bebek hayatta kalmayı sürdürebilmek için yaşadığı çevreyi öğrenip çevreye tepki vererek ona bağlanmak zorundadır (269). Evrimsel olarak incelendiğinde insanoğlunun temel gereksinimlerinden biri olan güvenlik duygusunun toplum içinde uyum sağlayıp yakın ilişkiler kurarak en iyi şekilde doyurulduğu görülmüştür (270).

J. Bowlby'nin görüşüne dayanan bağlanma kuramı, bebeğin bakım vereni ile kurduğu bağı temel alarak günümüzde yetişkinlerin sosyal ve romantik ilişkilerinde yaşadıkları duygusal, bilişsel ve davranışsal dinamikleri anlamak için kullanılan bir model olmaktadır (271). İlk olarak Bowlby hastane ya da bakım evlerinde yaşamış çocuklarda sosyal, psikolojik ve gelişimsel sorunlarının araştırıldığı çalışmaları gözlemleyerek bağlanma terimi kullanmış ve psikanaliz, etiyoloji, sosyobiyojoloji, psikobiyojoloji ve modern bilişsel gelişim kuramlarından

faydalanarak bağlanma kuramı ortaya atılmıştır (272). Bowlby'e göre bu kuram insanların kendileri için önemli olan insanlarla güçlü duygusal bağlar kurma eğiliminin nedenlerini; kardeş, ebeveyn ve partner ile kurulan ilişkilerin yapısına göre insanın kişilik gelişimi ve oluşumunu açıklamaya çalışmaktadır (250, 273). Bowlby, yanlış gelişen ya da yer yer zedelenmiş bağlanma ilişkilerinin kişilik gelişiminde sorunlara ve zihinsel rahatsızlıklara sebep olabileceğini öne sürmektedir (274).

Harlow'un hayvan araştırmalarında yalnızca besinin değil, sıcak bir ortamda rahat hissetmenin de önemli olduğunu gözlemlemesi bakım verenin yalnızca bedensel ihtiyaçları karşılamadığı; bununla birlikte konfor ve sıcak ortam bir sunduğu düşüncesini ispatlar niteliktedir. Harlow'un düşüncesi çerçevesinde çocuk ve bakım veren arasındaki karşılıklı sevgi bağının sonraki yaşama en büyük etkisi diğer kişilerle olan tüm ilişkilerde güvenin oluşumu olmaktadır (274). Yeni doğanın bakım verenle psikolojik erime halinde olduğunu ifade eden Mahler'e göre kişiliğin gelişimi bu psikolojik erime halinin kopuşu ve kişinin bireyselliğe dönme aşamasıdır. Ancak burada bağımsız bir benlik geliştirme isteği ile bakım veren tarafından korunma isteği her zaman bir çatışma içindedir ve çocukluk çağındaki bu çatışma (ayrılma-birleşme çelişkisi) kişinin yaşamı boyunca özellikle öz benlik saygısında etkisini devam ettirmektedir. Bakım verenin çocuğa yönelik tutumları çocuğun kendisi ile ilgili çıkarımlarda bulunması ve bunları içselleştirmesine sebep olarak yaşamın ilerleyen dönemlerinde karşılaştığı diğer insanların tamamını anlayabilmesi için bir basamak oluşturmaktadır (274). Bu durumu referans noktası olarak ifade eden Kohut, insanın doğumundan itibaren narsistik ihtiyaçlarının karşılanması oranında sosyal alana uyum gösterdiğini ve doyum düzeyini diğerlerinin taleplerini belirleyen bir referans noktası olarak aldığını belirtmektedir (275).

Ainsworth bağlanma teorisinin işlemsel tanımını yaparak kurama ciddi anlamda katkı sağlamıştır (272). Ainsworth'a göre bağlanmada duygusal bağ daimidir ve bu bağın öznesi belli bir kişidir. Buna ek olarak yaptığı araştırmalarda bakım verenle kurulan ilişkinin duygusal yönden önemli olduğunu, bu ilişkinin sürdürülmek istendiğini ve bağ kurulan kişiyle ayrılma gerçekleşirse bireyin strese

kapıldığını gözlemlemiştir (276). Winnicott, Bowlby ile paralel sorunlara dikkat çekmesine rağmen daha çok “kendilik” ve kendilik duygusunun gelişimi ile ilgilenmiştir. Winnicott’a göre bağlanma ve korunma ile çevreye tutunma varoluşsal kavramlar ile betimlenmektedir. İyi bir bakım veren çocukla empati kurarak çocuğun nesne sürekliliğinin hangi düzeye vardığını fark edebilmeli ve çocuğun yalnız kalabildiği anlara da müdahale etmemelidir. Bakım verenin bu anları beklentisiz değerlendirerek çocuğun yalnızlığına refakati kendilik algısının gelişmesi için gereklidir. Bebeklik dönemindeki içsel yaşantıları ilk araştıran analist olan M. Klein’a göre bakım veren-bebek arasındaki ilk ilişki meme üzerinden olmaktadır. Olumlu ve olumsuz tüm duygular ilk olarak buraya yöneltilmektedirler (274).

Ainsworth, gerçekleştirdiği çalışmaların ardından üç tip bağlanmanın (güvenli, kaygılı-karasız, kaçınmacı) olduğunu söylerken; Bartholomew ve Horowitz bu kavramları genişleterek dört tip (güvenli, korkulu/kaygılı, saplantılı ve kayıtsız) yetişkin bağlanma stili olduğunu ifade etmişlerdir (277). Bartholomew’e göre bireyin kendilik algısının negatif veya pozitif olması ile diğerleri ile ilgili algısının negatif veya pozitif olmasının ikili düzeyde birleşmesiyle erişkin bağlanması şekillenmektedir. Model kapsamında meydana gelen birbirinden bağımsız 4 bağlanma stili, bireyin kendisine ve diğerlerine yönelik iki boyutlu algısıyla saptanmaktadır (272).

2.3.3. Bağlanma Stilleri

1. Güvenli Bağlanma

Bakım verenin erişilebilir olması ve herhangi bir durumda bebeğin ihtiyaçlarına olumlu karşılık vermesi bebeğin kendini güvende hissetmesine ve dünyayı güvenilir bir yer olarak görmesine olanak tanımaktadır. Böyle bir durumda bebekte bakım veren kişiye karşı güven duygusunun oluşması güvenli bağlanma stili olarak tanımlanmaktadır (278). Güvenli bağlanma, çocukların ruhsal (davranışsal ve emosyonel) gelişimine katkı sağlamaktadır. Güven duygusunu hisseden ve öğrenen çocukların bakım vereni yanındayken çevreyi keşfetmeye

yönelik girişimlerde bulundukları, bakım vereni ortamdan ayrıldığında çok az kaygılandıkları ve bakım vereni geri döndüğünde rahatlıkla onunla iletişime geçtikleri, öfke ve korkuya kapılmaksızın sakince ortamı incelemeye geri döndükleri gözlenmiştir (279). Güvenli bağlanma stiline sahip kişiler yüksek benlik algısına sahiptirler. Ayrıca başkalarıyla olan ilişkilerinde denge kurabilen bu kişiler istedikleri zaman bağımsız kalıp istedikleri zaman ise yakın ilişkiler geliştirebilmektedirler (280). Daha dışa dönük ve daha az kaygılı olan bu kişiler hissettikleri olumsuz duyguları açıkça tanımlayabilmekte ve bu olumsuz duyguları azaltmak amacıyla yakınlık kurdukları kişilerle paylaşabilmektedirler (267). Bağ kurdukları kişilerin verdiği desteği kabul edebilen bu insanların güvenli bağlanma kuramayan insanlara göre daha az psikolojik ve fiziksel rahatsızlığa sahip olduğu yapılan araştırmalarda görülmektedir (281, 282).

2. Saplantılı Bağlanma

İnsanların kendilerine karşı olumsuz(negatif), diğer insanlara karşı olumlu(pozitif) bir algı içinde olduğu saplantılı bağlanma stiline sahip bireylerin öz-benlik ve öz-saygıları diğer insanlara göre daha düşük olmaktadır. Bu nedenle bu bireyler kendilerini sevmeye layık biri olarak görmemekte ve sürekli ilişki içinde oldukları kişiyi veya ilişkilerini düşünmektedirler (283). Kendilerini bir işe yaramaz ve değersiz hissetme eğiliminde iken kendilerine atfettikleri bu değersizlik hissinin tam tersi olarak da çevrelerindeki insanlara gereğinden fazla değer vermekte ve bununla da kalmayıp bu insanları kendilerinden daha değerli görmektedirler. Buna ek olarak bu değersizlik hissinden kurtulabilmek için ilişkilerinde kendilerini kanıtlamaya çabalar ve bu yolla onay göreceklerini ve bu hissi geçirebileceklerini düşünmektedirler (255). Bu kişilerin partnerleriyle ilişkileri hakkında pek çok gerçek dışı beklentilere ve takıntılara sahip olabildiği bilinmektedir. Ek olarak bu kişiler, çevrelerindeki kişilere uyum sağlamaya meyilli oldukları için karşılarındaki kişi iyi de olsa kötü de olsa o kişinin peşinden giderek onu örnek alma eğilimi sergilemektedirler (284). Bir işi gerçekleştirirken oldukça kaygılı oldukları ve karar vermekte zorluk yaşadıkları için sürekli onaylanma ihtiyacı duyan bu kişiler olumsuz duygu yaratan bir durumla karşılaştıklarında

hislerine odaklanarak bağlanma figürlerinden yakın temas beklerler. Aynı zamanda bu beklenti ile kurdukları iletişime yönelik bağlanma figürüne karşı sürekli tetikte olup şüphe besledikleri için kişilerin ilişkileri boyunca çok fazla duygusal iniş-çıkışlar görülebilmektedir (285). Ayrıca daha dışa dönük olan bu kişiler madde bağımlılığına daha fazla yatkınlık göstermekte, maddeyi temin edeceği kişi veya kişilere karşı bağı ve bağımlı bir hayat sürdürmektedirler (286).

3. Kayıtsız Bağlanma

İnsanların kendilerine karşı olumlu diğerlerine karşı olumsuz bir algı içinde olduğu kayıtsız bağlanma stiline sahip kişiler kendilerini sevgiye ve desteğe layık görürken diğer insanları tam zıt şekilde değerlendirerek onlarla yakınlık kurmaktan kaçınmaktadırlar (270). Bu kişiler bireysel ve bağımsız olmaya fazlasıyla değer verdikleri için başkalarına güven duymakta zorlanmaktadırlar (283). Başkalarıyla yakınlık kurmadıkları için kendilerini hayal kırıklıklarına karşı koruduklarını ve böylece daha az incindiklerini düşünmektedirler. Stres yaratacak veya mutsuz olmalarına yol açacak herhangi bir olay yaşadıklarında bu duyguları düşünmekten ve olumsuz sonuçlarıyla yüzleşmekten kaçınırlar. Bu durumda da diğerleriyle paylaşımda bulunmak yerine çevresindeki insanlardan uzaklaşıp savunmacı bir tutum sergileyebilirler (267).

4. Korkulu/Kaygılı Bağlanma

İnsanların hem kendisi hem de diğer insanlarla ilgili olumsuz algılarının olduğu korkulu/kaygılı bağlanma stiline sahip kişiler hem kendini sevmeye layık biri olarak görmemekte hem de diğerlerini güvensiz ve reddeden olarak değerlendirmektedir. Bu nedenle üzülmemek, hüsrana uğramamak ve kendilerini korumak için diğer insanlarla iletişim kurmaktan ve bağlanmaktan kaçınmaktadırlar (248). Bu durum güvenli bağlanma biçiminin tersi olarak da düşünülebilmektedir.

2.3.4. Bağlanma ve Opiyat Kullanım Bozukluğu

Günümüze kadar bağlanma stillerinin insanın çocukluk, ergenlik ve yetişkinlik dönemlerine etkisi üzerine birçok çalışma yapılmıştır ve hala da bağlanmanın farklı değişkenlerle ilişkisi araştırılmaya devam etmektedir. Yapılan araştırmalarda yetişkinlik dönemindeki birçok psikopatolojik durumun çocukluktaki bağlanma yaşantısı ile ilgili olduğu saptanmıştır. Madde kullanım bozukluğu ve bağlanma ilişkisinin araştırıldığı birçok çalışmada güvenli bağlanma stiline sahip kişilerin riskli davranışlar ve madde kullanımından uzak durma eğiliminde olduğu ve madde kullanım bozukluğunun güvensiz bağlanma ile ilişkili olduğu sonucuna ulaşılmıştır (287). Araştırmalarda farklı ölçüm yöntemleri ve örneklemelerin olması nedeniyle tek bir bağlanma tanımı yapılamamaktadır. Ayrıca çevrenin bireye karşı duygu, düşünce ve davranışları, bireyin içsel dünyasında yaşadığı olumlu ve olumsuz tecrübeler ile kişinin hayatı boyunca yaşadığı korkular, çatışmalar ve kaçınmalar gibi durumların tamamının kişinin bağlanma stilini üzerinde önemli bir etkisi bulunduğu bilinmektedir (288).

Bağlanma stillerine göre bireylerin tutumlarının incelendiği araştırmalarda, güvenli bağlanma stiline sahip olmayan kişilerde sosyal desteğin düşük, yalnızlık hissinin yoğun olduğu; bu kişilerin duygularını düzenlemede güçlük çektiği ve olumsuz duygularını yönetemediği gözlemlenmiştir. Bu nedenle bu kişilerin bağımlılık yapıcı maddeleri kullanma riskinin yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmalarda görüldüğü üzere bağlanma stilleri madde kullanımını doğrudan etkilemese bile bağlanma sürecinde doyurulamayan ihtiyaçların (özgüven, sosyal destek vb.) dolaylı olarak madde kullanımı üzerine etkili olabileceği düşünülmektedir (5). Riskli davranışlar ve madde kullanımından koruyucu faktörler arasında benlik saygısının yüksek olması, aile ilişkilerinin yakın olması, ebeveynin duyarlı ve destekleyici olması yer almaktadır (289). 2015 yılında yapılan, madde kullanan ve kullanmayan askerlerin bağlanma stilleri, depresyon yatkınlıkları ve stresle başa çıkma yöntemlerinin incelendiği bir araştırmada maddeye başlama sebebi olarak askerlerin %42'si aile sorunları ve olumsuz ebeveyn tutumlarının etkili olduğunu, %26'sı ise hem aile hem de arkadaş çevresinden kaynaklı maddeye başladıklarını belirtmiştir. Bu durumda ailedeki

olumsuz deneyimlerin, sevgi, güven ve ilgi eksikliğinin de madde kullanımında etkili olduğu düşünülmektedir (290). Yine Görgün ve arkadaşlarının yaptığı bir diğer araştırmada ise üniversite öğrencilerinin yaşam boyu bir kez madde kullanım yaygınlığının %5,6 oranında olduğu, madde kullanan öğrencilerin ebeveynlerinin ilgi düzeyinin düşük olduğu ve güven vermediği ve ebeveynin ilgi ve kontrol tutumlarının öğrencileri madde kullanım davranışından koruduğu saptanmıştır (291).

Bağlanma stilleri ve madde kullanımı arasındaki ilişkiyi inceleyen bir araştırmada en fazla görülen bağlanma stiline kayıtsız bağlanma (%48 oranında) olduğu; ebeveyn güvensiz bağlanma, olumsuz ebeveyn tutumu ve yetersiz sosyal desteğin madde kullanımı açısından risk oluşturduğu görülmüştür (289). Yine bu konuda yapılmış bir araştırmada madde kullanım bozukluğu olan ergenlerin en yüksek oranda korkulu bağlanma, ikinci olarak ise saplantılı bağlanma stiline sahip olduğu, kontrol grubunda da güvenli bağlanma oranının daha yüksek olduğu saptanmıştır. Ayrıca buna ek olarak korkulu bağlanmanın komorbid hastalıklar ve bağımlılık şiddeti ile ilişkili olduğu görülmüştür (292).

2.3.5 Bağlanma ve Çocukluk Çağı Travmaları

Çocuğun bakım vereniyle ilişkisi duygusal ve fiziksel sağlığı için hayati öneme sahiptir. Bu ilişki ve bağlanma, çocukların başkalarına güvenmesi, duygularını yönetme ve etraftaki dünyayla iletişime girmeyi öğrenmesine yardımcı olmaktadır. Eğer çocuk bakım verenine güvenemeyeceğini öğreten travmatik bir olay yaşarsa etrafındaki dünyanın korkutucu bir yer olduğuna ve tüm diğerlerinin tehlikeli olduğuna inanmaktadır. Ve bu durum çocuğun hem kendi yaşlarında hem de yetişkinlik yıllarında diğerleriyle ilişki kurmasını zorlaştırmaktadır. Çocuğun çocukluk çağı deneyimleri, çocuğun yaşamı boyunca bağlanma stiline ne olacağı, diğer insanlarla nasıl bağ kuracağı ve o insan çocuktan ayrıldığında duygusal olarak nasıl tepki vereceğinin temelini oluşturmaktadır. Yani çocukluk çağı travmalarının yetişkinlik döneminde geliştirebileceği psikopatolojiler açısından oluşturacağı riskler ve uzun dönem sonuçları bağlanma kuramı zemininde anlaşılabilmektedir (6).

Çocukluk çağında travmatik yaşantılara maruz kalan çocukların güvensiz bağlanma gösterdiği yapılan birçok araştırmayla kanıtlanmıştır. Finzi ve arkadaşlarının yaptığı bir araştırmada fiziksel istismar ve ihmale maruz kalmış çocuklar ile sağlıklı kontrol grubu karşılaştırılarak fiziksel istismara uğrayan grupta kaçınan bağlanma stili, ihmal edilen grupta saplantılı bağlanma stili, kontrol grubunda ise güvenli bağlanma stili yüksek oranda görülmüştür (293). Türkiye’de yapılan bir araştırmaya göre ise 566 üniversite öğrencisinde fiziksel, cinsel, duygusal istismar ile bağlanma stilleri arasındaki ilişki değerlendirilmiş ve saplantılı bağlanma ile tüm istismar tipleri ilişkili bulunmuştur (294). Güvenli bağlanmanın olmadığı durumlarda çocuklar, kendi değersizlik duygularıyla mücadele eden ve duygularını düzenlemekte zorluklar yaşayan yetişkinler haline gelebilmektedirler. Uzunlamasına çalışmalar bağlanma stillerinin çocukluktan yetişkinliğe devamlılığında ebeveynlik stilleri ve davranışın diğer paternlerinin ilişkili olduğunu göstermişlerdir (295). Çocukluk çağı travmatik yaşantıları çocuğun bağlanmasını etkileyebileceği gibi diğer taraftan da çocuğun güvenli bağlanma geliştirmiş olması çocukluk çağı istismarına karşı koruyucu olabilmektedir. (6). Birçok araştırmada çocukluk döneminde istismarına bağlı güvensiz bağlanma geliştirenlerin yetişkinlik döneminde kendi çocuklarıyla güvenli ilişki kuramadıklarını ve aynı şekilde travmatik yaşantıya maruz kalanların kendi çocuklarına kötü muamelede bulunma oranının yüksek olduğu görülmektedir (295).

2.4. Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından kişinin hem içinde yaşadığı kültürel yapı ve değerler sistemi hem de kendi amaçları ve beklentileri açısından yaşamdaki durumu ile ilgili kişisel algısı olarak tanımlanan yaşam kalitesi öznel olarak kişinin farklı yaşam alanlarından aldığı doyum hissini, kendini iyi hissetmesini ve mutlu olmasını içerirken; nesnel olarak bağımsız yaşayabilmesini, kişilerarası ilişkileri, günlük etkinliklerini ve sosyal işlevselliğini içermektedir (296). Evrensel bir tanımla bulunmayan yaşam kalitesi birçok kişi tarafından farklı yorumlarla (farklı araştırmacılar tarafından benzer objektif maddelerle) tanımlanabilmektedir (297).

Yaşam kalitesi genel tıp alanlarında hastaların kendi sağlık durumlarını nasıl algıladıkları ve hastaların fiziksel, ruhsal ve sosyal olarak işlevsellik kapasiteleri olarak tanımlanırken; psikiyatride işlevsellik, sosyal destek veya iyilik hali gibi kavramların yaşam kalitesi kısmen örtüşebilmektedir (298). Ayrıca DSÖ yaşam kalitesini daha ayrıntılı ve sağlıklı değerlendirebilmek fiziksel sağlık, psikolojik durum, bağımsızlık seviyesi, sosyal ilişkiler ve çevresel özellikler olmak üzere ana kısımlara bölmüştür (299). Kişinin beden sağlığını, ruhsal durumunu, sosyal etkileşimini ve işlevselliğinin yeterliliğini karmaşık bir şekilde etkileyen yaşam kalitesinin önemi ve bunun üzerine günlük yaşamda gün geçtikçe artmaktadır ve bunun üzerinde yapılan araştırmalar artmaktadır (300). Bunun sonucunda psikiyatrik bozukluklarda da yaşam kalitesi hakkında araştırmalar yapılmaya başlanmıştır (301, 302).

Yaşam kalitesi ile çocukluk çağında maruz kalınan travmatik yaşantılar arasındaki ilişkiyi araştırmak için yapılan birçok araştırmada çocuğun istismar ve ihmalinin çocuğun beden ve ruh sağlığını negatif yönde etkilediği gösterilmiştir (7, 303). Literatürde çocukluk çağı travmaları ve yaşam kalitesi ilişkisine bakıldığında, Gündüz ve arkadaşları tarafından yapılmış bir araştırmada herhangi bir psikopatolojisi olmayan bireylerde çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının anksiyete ve depresif belirtilerin şiddetine ile yaşam kalitesi üzerindeki etkisi bakılmış ve çocukluk çağı olumsuz yaşantılarının bireylerin yaşam kalitesini olumsuz olarak etkilediği sonucu elde edilmiştir (304). Yapılan bir diğer araştırmada ise yaşam kalitesi üzerine çocukluk çağı travmaları ve depresyonun etkisi araştırılarak bu etkenler yaşam kalitesi yordayıcısı olarak bulunmuştur (305).

2.5. Dürtüsellik

Olumsuz duygusal durumları düzenlemede yetersizlik ve kişinin sonunu düşünmeden harekete geçme eğilimi olarak tanımlanan dürtüsellik bir kişilik özelliği ve bilişsel, duygusal bir kavramdır. Literatürde birçok kişi dürtüsellliği farklı farklı tanımlarla ifade edilmektedir. Barratt kişinin tepkilerini baskılamakta güçlük yaşaması, bilgi işleme sürecinin hızlı olması, yenilik arayışı ve hazzı ertelemeye ilgi yetersizlik, diğerlerinin davranışlarının bağlam ve sonuçlarını

değerlendirememesi durumunu dürtüsellik olarak yorumlarken; Moeller ise dürtüsellik davranışın olumsuz sonuçlarını umursamama, uyarana hızlı/plansız tepki verme ve davranışın uzun dönemli sonuçlarını değerlendirmenin eksik olması olarak tanımlanmaktadır (306). Çok boyutlu bir yapı olan dürtüsellik düşük, orta ve yüksek olarak incelenebilmektedir. Yüksek düzeyde dürtüsellik gösteren kişiler davranışlarının olumsuz sonuçlarına aldırılmamakta, çevresel ve/veya içsel uyaranlara bilgiyi işleme ve yargılama sürecini tamamlayamadan plansız ve ani bir şekilde yanıt vermekte ve uzun vadeli sonuçlar için sabredebememektedirler (307). Dürtüsellik sıklıkla istenmeyen sonuçlara neden olan risk taşıyan bir eylemdir. Bu davranışlar sadece kişi için değil çevresi için de problemler ortaya çıkarabilmektedir. Kişi iç ve dış uyaranlara karşı kendisini kontrol edemediği için düşünmeden ve hızlıca harekete geçebilmekte, bir anda öfkelenip bir anda kararından vaz geçebilmektedirler. Yani tek bir hareketten ziyade tekrarlayan bir davranış örüntüsü olan dürtüsellik kişinin yaşam kalitesini bozan, kişiler arası ilişkilerini olumsuz etkileyen ve işlevselliğini bozan bir durumdur (308).

Patton ve arkadaşları tarafından dürtüsellik, kişinin o andaki görevine odaklanabilme kapasitesi ve bilişsel kapasitesinin stabil olmaması dikkat ile ilgili dürtüsellik; kişinin anlık hareket etmesi ve perseverasyonlar motor dürtüsellik; kişinin kendini kontrol edebilmesi ve bilişsel karmaşıklık ise plan yapamama dürtüsellik olarak üç alt boyutta incelenmiştir (309). Yüksek seviyede dürtüsellik psikiyatrik hastalıkların etiyolojisinde yer aldığı yapılan birçok araştırmada kanıtlanmıştır (307). Literatürdeki bazı araştırmacılar dürtüsellik psikiyatrik semptomatoloji için bağımsız bir risk faktörü olarak görürken; diğer araştırmacılar ise dürtüsellik bazı risk faktörleriyle etkileşime girdiğinde psikopatolojiye katkıda bulunabileceğini düşünmektedirler (310). Sonuçları değerlendirmeden veya dikkate almadan davranış başlatarak kendine zarar verme eğilimini ortaya çıkarabilmesi nedeniyle dürtüsellik psikiyatrik bozukluklarda kendine zarar verme ve daha da önemlisi intihar davranışına eşlik eden önemli bir faktör olarak görülmektedir (311). B kümesi kişilik bozuklukları, şizofreni, bipolar bozukluk, yeme bozuklukları, madde kullanım bozuklukları gibi birçok psikiyatrik rahatsızlığın etiyolojisinde dürtüsellik rastlanmakta ve dürtüsellik bu bozukluklarda tanı ölçütü olarak kullanılabilmektedir (312).

Yüksek dürtüsellğe sahip kişilerde madde kullanımına çok sık rastlanmaktadır. Madde kullanım bozukluğu bulunan kişilerde dürtüsellğe ek olarak travma öyküsünün olması ve duygularını düzenlemekte güçlük yaşama gibi özellikler de madde kullanımına başlama ve bunu sürdürmede önem arz etmektedirler (306). Çocukluk döneminde travmatik yaşantılardan birine ya da birden fazlasına maruz kalma ile dürtüsel davranışlar, madde ve alkol kullanımı arasında anlamlı bir ilişki olduğunu gösteren araştırmalar bulunmaktadır (313, 314). Dürtüsellikle ilgili çalışmalar incelendiğinde çocukluk çağında cinsel, fiziksel ve duygusal travmaya maruz kalan kişilerin yüksek düzeyde dürtüsel davranış gösterdikleri, kararlarını dürtüsel bir şekilde verdikleri ve genellikle kararlarını bilişsel süreçlerden geçirmeyerek uyguladıkları yani doğrudan eylemde bulundukları görülmüştür (306, 315). Kişinin yaşam kalitesi ve işlevselliğini büyük ölçüde etkileyen dürtüsellğin incelendiği Türkiye’de yapılmış bir araştırmada çocukluk çağı travmatik yaşantıları arttıkça dürtüsel davranışların arttığı bulunmuştur (316).

3. GEREÇ VE YÖNTEM

3.1 Araştırmanın Amacı

Bu araştırmanın amacı, OpKB tanılı hastaların çocukluk çağı travmatik deneyimlerini araştırmak, mevcut literatür bilgisini artırmak ve travma ile bağımlılık ilişkisini derinleştirmektir. Ek olarak OpKB'nin oluşumu ve gelişiminde çocukluk travmaları ve bağlanma özelliklerinin etkisine dikkat çekmek ve bunların hastaların sosyodemografik özellikleri, dürtüsellik, suicidalite, tedavi ile temiz kalma süreleri, tedaviye uyum ve devamlılıklarıyla ilişkisinin karşılaştırılması amaçlanmıştır. Remisyonadaki OpKB tanılı hastaların bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmatik maruziyetlerinin kontrol grubuna göre farklılık gösterip göstermediğinin araştırılmasının; söz konusu faktörlerin bu bozukluğun süregenleşmesi, tedavi yanıtı ve hastalık seyri üzerindeki etkileri ile hastaların sosyodemografik özellikleri, dürtüsellik, suicidalite, aşırma (creaving) ve yaşam kalitesiyle ilişkilerinin anlaşılmasıyla beraber ortaya çıkan sonuçlar bağımlılığın tedavisi ve koruyucu önlemlerin alınması bakımından da literatüre katkı sağlayacağı düşünülmektedir.

3.2. Araştırmanın Örneklem Grubu

1 Eylül 2021- 1 Mart 2022 tarihleri arasında Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Araştırma ve Uygulama Merkezi (AMBAUM) polikliniğine başvuran ve DSM-5 tanı ölçütlerine göre ‘‘Opiyat Kullanım Bozukluğu’’ tanısı konulan son 1 aydır remisyonunda olan ayaktan takip edilen ve dahil edilme- dışlanma kriterlerine uyan 100 hasta ile kontrol grubu olarak 100 sağlıklı gönüllü araştırmaya alınmıştır.

Aşağıda bulunan kriterlere göre araştırmaya katılması uygun bulunan hastalar araştırma hakkında bilgilendirildikten sonra yazılı onamları alınarak örneklem grubuna dahil edilmiştir.

Opiyat kullanım bozukluğu grubu için araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- DSM-5'e göre Opiyat kullanım bozukluğu tanı kriterlerini karşılamış olmak
- Opiyat kullanım bozukluğu için arınma tedavisini tamamlamış ve en az 1 ay süren remisyon halinde olmak
- 18-65 yaş arasında olmak
- Okuma yazma biliyor olmak
- Bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul etmek
- En az ilkokul mezunu olmak ve bilişsel kapasitesi klinik görüşmeyle testlerin uygulanmasına uygun olmak

Opiyat kullanım bozukluğu ve kontrol grubu için araştırmadan dışlanma kriterleri:

- Çalışmaya katılmaya gönüllü olmamak
- Okur-yazar olmamak
- Dil problemi nedeniyle iletişimde sıkıntı yaşananlar
- Geçmiş öyküsünde birden fazla maddenin aynı anda kullanımının olması (çoklu madde kullanımı)
- Psikiyatrik öyküsünde DSM-5'te yer alan Opiyat kullanım bozukluğu dışında psikiyatrik bir ek tanının varlığı (Örn; Psikotik bozukluk ve Duygudurum bozuklukları... vb.)
- Alkol kullanım bozukluğu geçmişi olması
- Organik hastalık varlığı (Örn; karaciğer hastalığı, böbrek hastalığı, astım, kalp-damar hastalığı, kanser... vb.)
- 18 yaş altı veya 65 yaş üstü olmak
- Nörolojik hastalık öyküsü (Örn; Kafa travması, epilepsi, santral sinir sistemi hastalığı... vb.)
- Kadın hastalar için gebelik
- Zihinsel gelişim geriliği varlığı

Kontrol grubu için araştırmaya dahil edilme kriterleri:

- 18-65 yaş arasında olmak
- Fiziksel ve organik rahatsızlık veya psikiyatrik bozukluğa sahip olmamak
- Alkol veya madde kullanım öyküsünün olmaması
- En az ilkokul mezunu olmak ve bilişsel kapasitesi klinik görüşmeyle testlerin uygulanmasına uygun olmak

3.3. Araştırmanın Uygulanması, Verilerin Toplanması

Araştırmada kullanılacak değerlendirme araçları için gerekli onaylar ve etik kurul onayı alındıktan sonra araştırma verileri, katılımcılarla birebir görüşmeler sırasında toplanmıştır. DSM-5 tanı kriterlerine göre OpKB tanısı alan 100 hasta ile 100 sağlıklı gönüllü 01.09.2021-01.03.2022 tarihleri arasında çalışmaya dahil edilmiştir. Hasta ve kontrol grubu katılımcılarıyla yapılan tüm görüşmeler araştırmacılar tarafından yüz yüze ve poliklinik ortamında yapılmıştır. Hasta ve kontrol grubu ile yapılan görüşmelerde katılımcılara araştırma ilgili bilgiler sözel olarak anlatıldıktan sonra katılımcılardan yazılı onamları alınmıştır. Verilerin toplanmasında katılımcıların mevcut psikopatolojisini saptamak için DSM Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-5 Klinisyen Versiyonu (SCID-5/CV), çocukluk çağındaki travmatik yaşantılarını belirlemek amacıyla Çocukluk Çağı Ruhsal Travmalar Ölçeği (ÇÇTÖ), bağlanma biçimlerini belirlemek için İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA), yaşam kalitesini değerlendirmede Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu (WHOQOL-BREF) ve dürtüsellik durumu hakkında bilgi edinebilmek için Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) kullanılmıştır. Buna ek olarak araştırmaya dahil edilen hasta grubuna madde kullanımıyla ilgili istek düzeyini belirleyebilmek için Madde Aşırma Ölçeği (MAÖ) uygulanmıştır. Bu ölçeklerin öncesinde katılımcıların sosyodemografik özellikleri hakkında etkili ve gerekli bilgiyi toplayabilmek amacıyla tüm katılımcılara araştırmacılar tarafından hazırlanmış Sosyodemografik Veri Formu doldurtulmuştur.

3.4. Araştırmada Kullanılan Veri Toplama Araçları

3.4.1 Bilgilendirilmiş Onam Formu

Araştırmacılar tarafından hazırlanmış olan onam formu içinde, Akdeniz Üniversitesi Bilimsel Araştırmalar Etik Kurul'u tarafından etik onayı alınmış araştırmanın amacına yönelik bilgilendirmeler yer almaktadır. Çalışmanın amacı ve süresinin, katılmama ve devam etmeme haklarının ifade edildiği, gönüllölük durumuna dayalı bir çalışma olduğunu belirten form araştırmacının iletişim bilgilerinin verilmesi sonrasında gönüllü bir şekilde katılmayı onaylayanlar için onay tercihi ile sonlandırılmıştır (Ek-1).

3.4.2. Sosyodemografik Veri Formu

Sosyodemografik veri formu araştırmaya dahil edilen katılımcıların sosyodemografik ve klinik özelliklerini değerlendirmek amacıyla araştırmacılar tarafından hazırlanmış yarı yapılandırılmış bir formdur ve araştırmaya alınan tüm katılımcılara uygulanmıştır. Bu formda katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum, eğitim durumu, çalışma durumu, yařadđı ortam, ebeveyn sağlık durumları, kiminle yařadđı, sigara veya alkol kullanıp kullanmadđı ve diğer sosyodemografik özellikleri sorulmuştur. Erkek hastalarda askerlik durumu ve yapmadılarsa bunun nedenleri sorgulanmıştır. Çocukluklarında aileleriyle nasıl bir ilişkileri olduğu sorulan katılımcılardan aile ilişkileri düzeylerini (iyi, orta, kötü) kendi algıladıkları biçimde yanıtlamaları istenmiştir. Araştırmaya dahil edilen hasta grubuna ayrıca eroin kullanım süresi, günlük eroin kullanım miktarı, eroin kullanım yolu, mevcut durumunda günlük kullandđı buprenorfin-nalokson dozu, daha önceden madde kullanımıyla ilgili herhangi bir tedavi görüp görmediği, eğer gördüyse hangi tedavi yöntemini, ne kadar süre kullandđı ve diğer madde kullanım özellikleri sorulmuştur (Ek-2).

3.4.3. Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ)

20 yaş öncesi dönemde deneyimlenmiş duygusal, fiziksel, cinsel istismar ve ihmal yaşantılarını geriye dönük değerlendiren soruları içeren Çocukluk Çağı Ruhsal Travma Ölçeği (ÇÇTÖ: Childhood Trauma Questionnaire: CTQ) toplam 28 sorudan oluşmaktadır (Ek-3). 1994 yılında Bernstein ve ark. (317) tarafından geliştirilen ölçeğin 2013 yılında Şar ve ark. (318) tarafından Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği yapılmıştır. Her maddesi beşli likert tipi bir öz bildirim ölçeği olan bu değerlendirme aracında yanıt seçenekleri ‘‘Hiçbir zaman-1’’ ‘‘Nadiren-2’’ ‘‘Zaman zaman-3’’ ‘‘Sıklıkla-4’’ ve ‘‘Çok sık-5’’ olarak verilmektedir. Çocukluk çağı istismarıyla ilişkili olarak cinsel, fiziksel, duygusal istismar ile duygusal ve fiziksel ihmali gösteren beş alt boyutu içeren ölçekte her madde 1-5 arasında puanlanmaktadır. Ayrıca bu ölçek, alt boyutları belirlemenin dışında sonuçların daha doğru değerlendirilebilmesini sağlamak için travmanın minimizasyonunu ölçen 3 tane soru bulundurmaktadır. Ölçekteki 3, 8, 14, 18, 25 numaralı sorular Duygusal İstismar; 9, 11, 12, 15, 17 numaralı sorular Fiziksel İstismar; 20, 21, 23, 24, 27 numaralı sorular Cinsel İstismar; 1, 2, 4, 6, 26 numaralı sorular Fiziksel İhmal ve 5, 7, 13, 19, 28 numaralı sorular ise Duygusal İhmal puanlarını göstermektedir. Aynı ayrı travmatik yaşantı alt ölçeklerinin ve toplam puanın hesaplanmasına olanak tanıyan ölçekte 2, 5, 7, 13, 19, 26, 28. maddeler ters puanlanmaktadır. Cinsel ve fiziksel istismar için alt sınır 5 puan, fiziksel ihmal ve duygusal istismar için sınır 7 puan, duygusal ihmal için ise 12 puan olarak belirtilen ölçekte alt boyutların toplam puanları 5-25, toplam puan ise 25-125 arasındadır.

3.4.4. İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA)

1991 yılında Bartholomew ve Horowitz (319) tarafından geliştirilen bu öz değerlendirme ölçeğinin Türkçe geçerlilik ve güvenilirlik çalışması 1999 yılında Sümer ve Güngör (320) tarafından yapılmıştır. İlişki Ölçekleri Anketi, bağlanma stillerini 4 alt boyutta (güvenli, kayıtsız, korkulu, saplantılı) değerlendiren yedili likert tipinde 30 maddeden oluşmaktadır (Ek-4). Yanıt seçeneklerinin ‘‘Beni hiç tanımlamıyor-1’’ ‘‘Kısmen beni tanımlıyor-4’’ ve ‘‘Tamamen beni tanımlıyor-7’’ arasında puanlandığı ölçekte, güvenli ve kayıtsız bağlanma beşer madde ile

ölçülürken saplantılı ve korkulu bağlanma ise dörder madde ile değerlendirilmektedir. 6, 9 ve 28. maddeleri ters puanlanan ölçekte 1, 5, 12, 24. maddelerin toplamı Korkulu bağlanma; 2, 6, 19, 22, 26. maddelerin toplamı Kayıtsız bağlanma; 3, 9, 10, 15, 28. maddelerin toplamı Güvenli bağlanma ve 6, 8, 16, 25. maddelerin toplamı ise Saplantılı bağlanma puanını göstermektedir. Dört bağlanma stilini oluşturan puanlar bu stilleri ölçmeyi hedefleyen maddelerin toplanmasından ve bu toplamın her bir alt ölçekteki madde sayısına bölünmesinden elde edilmektedir.

Kendilik ve başkaları algısı da pozitif veya negatif olarak hesaplanabilen bu ölçekte her alt ikili bağlanma biçimleri toplanıp pozitif veya negatif hangi alt gruptan yüksek puan aldığına göre kendilik ve başkaları algısı tanımlanabilmektedir. Pozitif kendilik algısı gösterenler Güvenli ve Kayıtsız bağlanma stiline sahip bireylerken negatif kendilik algısı gösteren bireyler Saplantılı ve Kaygılı bağlanma stiline sahiptirler. Pozitif başkaları algısı Güvenli ve Saplantılı bağlanma stiline sahip bireylerde görülürken negatif başkaları algısı ise Kayıtsız ve Korkulu bağlanma stillerine sahip bireylerde bulunmaktadır.

3.4.5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği-Kısa Formu-Türkçe Versiyonu (WHOQOL-BREF-TR)

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından geliştirilen yaşam kalitesi ölçeğinin uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL-BREF 27) formu olmak üzere iki versiyonu bulunmaktadır (321). Ülkemizde Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 1999 yılında Eser ve ark. (322) tarafından yapılan ölçeğin kısa formu ruhsal sağlık, bedensel sağlık, sosyal ilişkiler ve çevresel alanları değerlendiren 27 sorudan oluşmaktadır (Ek-5). Kişinin kendisinin doldurduğu bir değerlendirme aracı olan bu ölçekte her soru, beşli likert tipi kapalı uçlu yanıtlar içermektedir. Her soruya 1 ile 5 arasında puan verilen ölçek içerisindeki 3., 4. ve 26. sorular olumsuz ifadeli sorular olup bu sorulardan alınan puanlar ters çevrilerek puanlamaya katılmaktadır. Kişinin hastalığın yarattığı somut ve fiziksel bulguları nasıl algıladığını, hastalık ile fiziksel aktivite, sosyal ilişkiler ve çevrenin nasıl bir ilişki içinde olduğunu

değerlendiren bu ölçekte yanıtlar hastanın yaşadıklarının şiddetini, sıklığını, yaşadıklarına ilişkin hastanın yorumunu ve yaşam kapasitesini içermektedir.

1. ve 2. sorunun genel sağlık ve yaşam kalitesi algısını değerlendirdiği ölçekte; bedensel sağlık alanında 7 soru (gündelik işleri yürütebilme, ilaçlara ve tedaviye bağımlılık, canlılık ve bitkinlik, hareketlilik, ağrı ve rahatsızlık, uyku ve dinlenme ve çalışabilme gücünü sorgular), ruhsal sağlık alanında 6 soru (olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi ve dış görünüş, kişisel inançlar ve dikkati sorgular), sosyal ilişkiler alanında 3 soru (öteki kişilerle olan ilişkileri, sosyal desteği ve cinsel yaşantı ile ilişkili durumları içermektedir) ve çevresel alanda 8 soru (maddi kaynak, fiziksel güvenlik, sağlık hizmeti ve sosyal yardımlara ulaşma imkanı, ev ortamı, dinlenme ve boş olan zamanı değerlendirme fırsatları, yeni bilgi ve beceri edinebilme, ulaşım olanağı gibi durumları sorgular) yer almaktadır. Toplam puanın bulunmadığı ölçekte her bir alan, birbirinden bağımsız olarak kendi içindeki puan ortalamasıyla yaşam kalitesi düzeyini ifade etmektedir. Alt boyut puanları artış gösterdikçe yaşam kalitesi seviyesi artarken puanlar azaldıkça da alt boyuttaki yaşam kalitesi seviyesi azalmaktadır (322).

3.4.6. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)

Dürtüsellliği değerlendirmek için ilk versiyonu 1959 yılında Barratt (323) tarafından geliştirilen öz bildirim ölçeğinin günümüzde kullanılan versiyonu olan Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BDÖ), 1995 yılında Patton ve ark. tarafından ilk formdan güncellenerek geliştirilmiştir (324). Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2008 yılında Güleç ve ark. (325) tarafından yapılan ve her maddesi dörtlü likert tipte olan bu ölçekte yanıt seçenekleri “Nadiren/Hiçbir zaman-1” “Bazen-2” “Sıklıkla-3” ve “Hemen her zaman/Her zaman-5” olarak verilmektedir. Hasta tarafından doldurulan ve 30 maddeden oluşan ölçeğin dikkat (dikkatsizlik, bilişsel düzensizlik), motor (motor dürtüsellik, sabırsızlık) ve plan yapmama (kontrolünü sağlayamama, bilişsel karışıklığa tahammülsüzlük) olmak üzere 3 alt boyutu bulunmaktadır (Ek-6). Toplam puanı da sayarsak 4 alt puanlamanın değerlendirilebildiği ölçekte dikkat dürtüsellliği 8 madde (6, 5, 11, 24, 26, 28. maddeler normal, 9 ve 20. maddeler ters puanlanarak), motor dürtüsellik 11 madde

(2, 3, 4, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 25. maddeler normal ve 30. madde ters puanlanarak) ve plan yapamama dürtüsellığı ise 11 madde (14, 18, 27.maddeler normal; 1, 7, 8, 10, 12, 13, 15 ve 29.maddeler ters puanlanarak) ile hesaplanmaktadır. Kişinin toplam BDÖ–11 puanı ne kadar yüksekse dürtüsellik düzeyinin de o kadar yüksek olduğu kabul edilmektedir.

3.4.7. Madde Aşerme Ölçeği (MAÖ)

Madde kullanma isteğini belirlemek için, Penn Alkol Aşerme Ölçeği'nin (Penn Alcohol Craving Scale-PACS) alkol dışı madde kullanan kişiler için geliştirilmiş bir uyarlaması olan Madde Aşerme Ölçeği, beş maddelik öz bildirime dayalı bir soru formudur. Ölçeğin Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği ilk olarak alkol kullanım bozukluğu hastalarında çalışılmış olup daha sonra ölçek madde kullanım bozukluğu hastaları için yenilenmiştir (326, 327). Ölçekte hastaların son 1 hafta içindeki madde kullanım isteği, sıklığı, yoğunluğu, süresi ve madde kullanma isteğine karşı direnebilme başarısı değerlendirilmektedir. Her maddenin 0 ile 6 puan arasında değerlendirildiği ölçekte maksimum toplam şiddetli istek puanı ise 30 puan olmaktadır (Ek-7).

3.4.8. Structured Clinical Interview for DSM Disorders-5 Clinician Version (SCID-5-CV)- DSM Bozuklukları için Yapılandırılmış Klinik Görüşme-5 Klinisyen Versiyonu

Ruh sağlığı alanında çalışanlar (Örn; psikiyatrist, psikolog) tarafından uygulanan ve yarı-yapılandırılmış nitelikte bir klinik görüşme olanağı sağlayan SCID-5, DSM-5'te geçen tanıları güvenilir bir şekilde koymada, söz konusu tanıları ilişkin tarama yapmada ya da aynı belirtilere sahip örneklemeler üzerindeki incelemelerde kullanılmaktadır (328). DSM-IV-TR'deki Eksen- I bozukluklarında (zihinsel bozukluklar) SCID-I; Eksen-II bozukluklarında (kişilik bozuklukları) SCID-II kullanılmaktayken DSM-5'te, SCID-I yerine SCID-5-CV; SCID-II yerine SCID-5-PD geliştirilmiştir. Türkçe geçerlilik ve güvenilirliği 2019 yılında Bayad ve ark. (329) tarafından yapılan bu değerlendirme formu 10 modülden oluşmakta

ve tanısal kategorilerden 32'si için ayrıntılı tanı ölçütleri verilmekte, 17 tanısal kategoride ise yalnızca araştırmacı soruları bulunmaktadır. Bu araştırmada SCID-5, OpKB tanısını tespit etmek amacıyla 100 kişiden oluşan hasta grubuna ve mevcut durumunda herhangi bir psikopatolojisinin olup olmadığını belirlemek için 100 kişilik kontrol grubuna hekim tarafından doldurularak uygulanmıştır.

3.5. İstatistiksel Analiz

Sürekli değişkenler ortalama $\pm$ standart sapma ve/veya median (min-max); kategorik veriler ise sayı ve yüzde şeklinde ifade edilmiştir. Sürekli değişkenlerin normallik analizleri Kolmogorov-Smirnov Uyum İyiliği Testi ile yapılmıştır. Üç grup ve üzeri analizlerde Tek yönlü varyans analizi (Post hoc: Bonferroni) kullanılmış olup iki grup arasındaki karşılaştırmalar Bağımsız gruplarda T Testi ile yapılmıştır. Non-parametrik iki grup arasındaki karşılaştırmalarda Mann Whitney U Testi, kategorik verilerin karşılaştırmasında ise Ki-Kare Testi (Fisher'in Kesin Testi) kullanılmıştır. Ölçekler arası doğrusal ilişki Pearson Korelasyon Testi kullanılarak yapılmıştır. Analizler IBM SPSS (Sosyal Bilimler İçin İstatistik Paket Programı) versiyon 26.0 (IBM Corporation, Armonk, NY, USA) ile yapılmıştır. İstatistiksel anlamlılık düzeyi $p < 0.05$ olarak kabul edilmiştir.

3.6. Araştırmanın Etik İlkeleri

Araştırma verilerinin toplanması esnasında araştırmaya alınan katılımcılara araştırma hakkında bilgi verilerek 'Bilgilendirilmiş Yazılı Onam' alınmıştır (Ek-1). Araştırmanın yürütülmesi için araştırmaya başlamadan Akdeniz Üniversitesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'ndan etik kurul onayı alınmıştır (18.08.2021 – Karar No 595).

4. BULGULAR

Bu bölümde çalışmaya katılan hastaların tanımlayıcı bilgileri, hastalık ve nüksetme özellikleri, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ) ve Yaşam kalitesi ölçeği (WHOOL-BREF) kullanılarak toplanan verilerin analiz edilmesi sonucunda elde edilen bulgular ve bu bulgular temel alınarak yapılan açıklamalar yer almaktadır. Çalışmada ölçeklerin toplam ve alt ölçek puanlaması ve ölçekler arasındaki ilişki analizleri yapılmış olup ölçekler hastaların tanımlayıcı bilgileri ve opiyat kullanım özellikleriyle karşılaştırılmıştır.

Hasta ve kontrol grubunun sosyodemografik özellikleri ile bazı klinik özellikleri Çizelge 4.1’de gösterilmektedir. Yapılan analizler sonucunda hasta ve kontrol grupları arasında doğum yeri, medeni durum, ebeveyn durumu, eğitim düzeyi, çalışma durumu, sigara ve alkol kullanımı, self-mutilasyon, intihar girişimi, adli olay ve askerlikte sorun varlığı, ailede başka bağımlı birey varlığı ve aile ilişkileri açısından istatistiksel olarak anlamlı farklar olduğu saptanmıştır ($p<0.05$). Ek olarak grupların sigara kullanım süreleri arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark varken ($p<0.001$), cinsiyet oranları açısından anlamlı bir farklılık olmadığı görülmektedir ($p=0.658$). (Çizelge 4.1).

Çizelge 4.1. Gruplara ait bazı sosyodemografik ve klinik özellikler

	Hasta grubu (n=100)	Kontrol grubu (n=100)	P
Cinsiyet (n,%)			
Kadın	13 (13.0)	10 (10.0)	0.658** a
Erkek	87 (87.0)	90 (90.0)	
Doğum yeri (n,%)			
Kırsal	23 (23.0)	7 (7.0)	0.003** a
Kentsel	77 (77.0)	93 (93.0)	
Medeni durum (n,%)			
Evli	62 (62.0)	83 (83.0)	<0.001**
Bekar	28 (28.0)	17 (17.0)	
Boşanmış	10 (10.0)	0 (0.0)	
Ebeveyn durumu (n,%)			
Sağ-birlikte	66 (66.0)	84 (84.0)	0.012**
Sağ-boşanmış	21 (21.0)	11 (11.0)	
Vefat etmiş	13 (13.0)	5 (5.0)	
Kiminle yaşadığı (n,%)			
Yalnız	19 (19.0)	60 (60.0)	<0.001**
Ailesiyle-eşi	27 (27.0)	18 (18.0)	
Ailesiyle-Anne-Baba	54 (54.0)	22 (22.0)	
Eğitim düzeyi (n,%)			
Ortaokul mezunu	44 (44.0)	4 (4.0)	<0.001**
Lise	48 (48.0)	92 (92.0)	
Üniversite	8 (8.0)	4 (4.0)	
Çalışma durumu (n,%)			
Çalışıyor	59 (59.0)	45 (45.0)	<0.001**
Çalışmıyor/işsiz	41 (41.0)	28 (28.0)	
Öğrenci	0 (0.0)	27 (27.0)	
Sigara kullanımı (n,%)			
Var	96 (96.0)	41 (41.0)	<0.001**
Yok	4 (4.0)	59 (59.0)	
Sigara kullanım süresi (Ort±Ss)	11.55±7.95	2.77±4.07	<0.001*
Alkol kullanımı (n,%)			
Var	19 (19.0)	9 (9.0)	0.042**
Yok	81 (81.0)	91 (91.0)	
Self mutilasyon (n,%)			
Var	32 (32.0)	0 (0.0)	<0.001**
Yok	68 (68.0)	100 (100.0)	
İntihar girişimi (n,%)			
Yok	82 (82.0)	100 (100.0)	<0.001**
1 kere	17 (17.0)	0 (0.0)	
2 kere	1 (1.0)	0 (0.0)	
Adli olay (n,%)			
Var	47 (32.0)	0 (0.0)	<0.001**
Yok	53 (68.0)	100 (100.0)	
Askerlikte sorun yaşama (n,%)			
Var	11 (11.0)	0 (0.0)	<0.001**
Yok	75 (75.0)	90 (90.0)	
Ailede başka bağımlı birey (n,%)			
Var	9 (9.0)	0 (0.0)	0.003***a
Yok	91 (91.0)	100 (100.0)	
Aile ilişkileri (n,%)			
İyi	61 (61.0)	100 (100.0)	<0.001**
Orta	32 (32.0)	0 (0.0)	
Kötü	7 (7.0)	0 (0.0)	

* Bağımsız gruplarda T Testi, ** Ki-kare Testi ("Fisher"ın Kesin Testi)

Çizelge 4.2’de hasta grubunun opiyat kullanımı ve tedaviye ilişkin özelliklerine yer verilmiştir. Çalışmaya alınan OpKB hastalarının günlük eroin kullanım miktarı ortalamasının 1.5 gr/gün, eroin kullanım süresinin ise ortalama 6 yıl olduğu görülmüştür. Hastaların %76,0’sı eroini folyo yoluyla kullanırken %24,0’ünün ise damar yoluyla (IV) eroin kullandığı saptanmıştır. Tedavi özelliklerine bakıldığında hastaların günlük buprenorfin-nalokson kullanım miktarı ortalama 8 mg/gün iken buprenorfin-nalokson kullanım süresi ortalama 23 ay olarak bulunmuştur. Çalışmanın hasta grubunun %47’sinin daha önce herhangi bir tedavi gördüğü ve %51’inde ise tedaviye rağmen nüks (kayma) olduğu tespit edilmiştir (Çizelge 4.2).

Çizelge 4.2. OpKB hastalarının opiyat kullanım ve tedavi özellikleri

	Hasta grubu (n=100)
Günlük eroin kullanım miktarı (gr) [median (min-maks)]	1.5 (1-6)
Eroin kullanım süresi (yıl) [median (min-maks)]	6 (2-18)
Günlük buprenorfin-nalokson kullanım miktarı [median (min-maks)]	8 (2-20)
Buprenorfin-nalokson kullanım süresi (ay) [median (min-maks)]	23 (2-109)
Eroin kullanım şekli (n,%)	
Folyo	76 (76.0)
Damar yolu (IV)	24 (24.0)
Daha önce tedavi varlığı (n,%)	
Hayır	53 (53.0)
Evet (ilaç)	38 (38.0)
Evet (implant)	9 (9.0)
Nüksetme (kayma) (n,%)	
Yok	49 (49.0)
1 kere	24 (24.0)
2 kere	15 (15.0)
3 ve üzeri	12 (12.0)
Toplam	100 (100.0)

Çalışmadaki hastaların %82'sinde herhangi bir intihar girişimi bulunmazken %11'inde ilaç alımıyla, %2'sinde ise bilek kesisi ile girişim olduğu görülmüştür. Ayrıca hastaların %53'ünün herhangi bir adli olaya karışmadığı, %25'inin madde ile yakalanma, %4'ünün hırsızlık ve %2'sinin ise kavga, yaralama gibi sebeplerle adli kayda sahip olduğu saptanmıştır.

4.1. Ölçek puanlarının hasta ve kontrol grupları arasında karşılaştırılması

Araştırmanın bu bölümünde ÇÇTÖ, İÖA, BDÖ, MAÖ ve WHOLL-BREF ölçek puanlarının ve alt ölçeklerinin OpKB hasta ve sağlıklı kontrol grupları arasında karşılaştırılmasına yer verilmiştir. Buna ilişkin veriler ve istatistiksel anlamlılık düzeyleri Çizelge 4.3'te gösterilmektedir.

- Katılımcıların madde istek düzeylerinin ölçüldüğü Madde Aşırma Ölçeği puanlarının hasta grubunda [0.50 (0-23)], kontrol grubuna göre [0 (0-0)] istatistiksel olarak anlamlı derecede **yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.001$).
- Katılımcıların çocukluk çağı travmatik yaşantılarına maruziyetleri değerlendirildiğinde hasta grubunun Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) Duygusal istismar (8.71 ± 4.36), Duygusal ihmal (12.12 ± 5.09), Fiziksel istismar (7.46 ± 4.29) ve Fiziksel ihmal (9.17 ± 3.37) alt ölçek puanlarının kontrol grubu puanlarına göre [sırasıyla (6.79 ± 2.68), (10.06 ± 3.87), (5.72 ± 1.51) ve (7.30 ± 2.46)] **yüksek** olduğu ve aralarındaki farkların da istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p<0.001$, $p=0.002$, $p<0.001$ ve $p<0.001$). Buna karşın ÇÇTÖ-Cinsel ihmal alt ölçek puanları açısından hasta grubu (6.11 ± 3.15) ile kontrol grubu arasında (5.54 ± 1.91) istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmamıştır ($p=0.125$).
- Katılımcıların hayatları boyunca ikili ilişkilerini etkileyebilen bağlanma stillerine bakıldığında İlişki Ölçekleri Anketi Korkulu, Güvenli ve Saplantılı alt ölçek puanları açısından OpKB hastaları [sırasıyla 16 (4-26), 20 (11-35) ve 16 (4-27)] ile sağlıklı kontroller [sırasıyla 16 (6-24), 20 (14-35) ve 16 (9-26)] arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık saptanmazken (sırasıyla $p=0.851$ $p=0.287$ ve $p=0.098$), İÖA-Kayıtsız alt

ölçek puanlarının hasta grubunda [20 (8-35)] kontrol grubuna göre [22 (15-30)] istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde **düşük** olduğu tespit edilmiştir (p=0.046).

- Dürtüsellik düzeylerine bakıldığında gruplar arasında Barratt Dürtüsellik Ölçeği Dikkatsel dürtüsellik alt ölçek puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmazken [17 (9-24) vs 17 (10-26), p=0.417], OpKB hastalarında BDÖ-Motor dürtüsellik ve Plan yapmama (plansız) dürtüsellik puanlarının [sırasıyla 21 (12-35) ve 26 (16-38)], sağlıklı kontrollere göre [sırasıyla 20 (13-64) ve 24 (14-31)] istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde **yüksek** olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla p=0.047 ve p<0.001).
- Yaşam Kalitesi Ölçeği Genel sağlık, Fiziksel sağlık, Sosyal ilişkiler ve Çevre alt ölçek puanlarının OpKB hastalarında [sırasıyla 53.87±22.31, 56.71±19.18, 53.66±25.44 ve 60.71±21.56] kontrol grubuna göre [sırasıyla 66.00±15.49, 79.96±12.47, 70.25±21.88 ve 65.93±11.53] istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde **düşük** olduğu görülmüştür (sırasıyla p<0.001, p<0.001, p<0.001 ve p=0.034). Ancak WHOQOL-BREF-Ruhsal sağlık puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır [62.29±20.29 vs 64.29±15.06, p=0.430].

4.2. Ölçek puanlarının bazı sosyodemografik özelliklere göre çapraz karşılaştırmaları

4.2.1. Madde Aşırme Ölçeği (MAÖ)

Çizelge 4.4'te OpKB hastalarında MAÖ puanlarının bazı sosyodemografik ve klinik özelliklere göre karşılaştırılmasının sonuçları gösterilmektedir. Elde edilen verilere göre OpKB hastalarında intihar girişimi olanların ve aile ilişkisi kötü olanların MAÖ puan ortalamalarının intihar girişimi olmayanlar ve aile ilişkisi iyi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı şekilde **yüksek** olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla p=0.018 ve p=0.029).

Çizelge 4.3. Hasta ve kontrol grubunun MAÖ, ÇÇTÖ, İÖA, BDÖ ve WHOQOL-BREF ortalama/ortanca puanları açısından karşılaştırılması

	Hasta grubu (n=100)	Kontrol grubu (n=100)	<i>p</i>
Madde aşırme ölçeği [median (min-maks)]	0.50 (0-23)	0 (0-0)	<0.001*
ÇÇTÖ-Duygusal istismar (Ort±Ss)	8.71±4.36	6.79±2.68	<0.001*
ÇÇTÖ-Duygusal ihmal (Ort±Ss)	12.12±5.09	10.06±3.87	0.002*
ÇÇTÖ-Cinsel istismar (Ort±Ss)	6.11±3.15	5.54±1.91	0.125**
ÇÇTÖ-Fiziksel istismar (Ort±Ss)	7.46±4.29	5.72±1.51	<0.001*
ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal (Ort±Ss)	9.17±3.37	7.30±2.46	<0.001*
İÖA-korkulu [median (min-maks)]	16 (4-26)	16 (6-24)	0.851*
İÖA-kayıtsız [median (min-maks)]	20 (8-35)	22 (15-30)	0.046*
İÖA-güvenli [median (min-maks)]	20 (11-35)	20 (14-35)	0.287*
İÖA-saplantılı [median (min-maks)]	16 (4-27)	16 (9-26)	0.098*
BDÖ-Dikkatsel dürtüsellik [median (min-maks)]	17 (9-24)	17 (10-26)	0.417*
BDÖ-Motor dürtüsellik [median (min-maks)]	21 (12-35)	20 (13-64)	0.047*
BDÖ-Plan yapmama dürtüsellliği [median (min-maks)]	26 (16-38)	24 (14-31)	<0.001*
WHOQOL-BREF-Genel sağlık (Ort±Ss)	53.87±22.31	66.00±15.49	<0.001*
WHOQOL-BREF-Fiziksel sağlık (Ort±Ss)	56.71±19.18	79.96±12.47	<0.001*
WHOQOL-BREF-Ruhsal sağlık (Ort±Ss)	62.29±20.29	64.29±15.06	0.430**
WHOQOL-BREF-Sosyal ilişkiler (Ort±Ss)	53.66±25.44	70.25±21.88	<0.001*
WHOQOL-BREF-Çevre (Ort±Ss)	60.71±21.56	65.93±11.53	0.034**
* Mann Whitney U Testi			
** T Testi			

Çizelge 4.4. Hasta grubunda MAÖ puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p
Yaş			
<30 yaş	45	4.78±6.13	0.167*
≥30 yaş	55	3.18±5.33	
Cinsiyet			
Kadın	13	4.54±7.57	0.669*
Erkek	86	3.80±5.45	
Ebeveyn Durumu			
Sağ-birlikte	66	3.98±5.82	0.695**
Sağ-boşanmış	21	4.38±6.59	
Vefat etmiş	13	2.69±3.63	
Sigara kullanımı			
Var	96	3.99±5.82	0.447*
Yok	4	1.75±2.36	
Alkol kullanımı			
Var	19	4.89±7.24	0.404*
Yok	81	3.67±5.34	
Eroin kullanım şekli			
Folyo	76	3.68±5.82	0.506*
Damar yolu	24	4.58±5.50	
Self mutilasyon			
Var	32	4.03±6.28	0.876*
Yok	68	3.84±5.50	
İntihar girişimi			
Var	18	6.78±7.65	0.018*
Yok	82	3.27±5.06	
Adli olay			
Var	47	3.87±6.00	0.964*
Yok	53	3.92±5.54	
Ailede başka bağımlı birey			
Var	9	4.00±6.53	0.957*
Yok	91	3.89±5.68	
Aile ilişkileri			
İyi	61	3.25±4.82 ^a	0.029**
Orta	32	3.97±6.08	
Kötü	7	9.29±8.93 ^a	
Nüksetme			
Var	51	3.47±5.79	0.448*
Yok	49	4.35±5.69	

* Bağımsız gruplarda T Testi, ** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

4.2.2. Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ)

4.2.2.1. ÇÇTÖ-Duygusal İstismar Alt Ölçeği

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Duygusal istismar alt ölçek puanlarının hem sağlıklı kontrollerde hem de OpKB hastalarında yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı açısından anlamlı farklar yaratmadığı ($p>0.05$), her iki grupta da ebeveynleri vefat edenlerde Duygusal istismar puanları **yüksek** olmakla birlikte, bu yüksekliğin sadece sağlıklı kontrollerde istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0.372$ ve **$p=0.020$**). Ayrıca ÇÇTÖ-Duygusal istismar puanlarının OpKB hastalarında eroin kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı, ailede başka bağımlı varlığı ve aile ilişkisi açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Çizelge 4.5).

4.2.2.2. ÇÇTÖ-Duygusal İhmal

Elde edilen verilere göre ÇÇTÖ-Duygusal ihmal alt ölçek puanlarının hem kontrol hem de hasta grubunda yaş, sigara ve alkol kullanımı açısından anlamlı farklar yaratmadığı ($p>0.05$), her iki grupta da ebeveyn birlikteliğinin olmadığı ailelerde yetişen katılımcılarda Duygusal ihmal alt ölçek puanları yüksek olmakla birlikte, bu yüksekliğin sadece kontrol grubunda istatistiksel olarak anlamlı olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0.278$ ve **$p=0.019$**). Sağlıklı kontrollerde duygusal ihmal puanlarının erkeklerde kadınlara göre anlamlı şekilde **yüksek** olduğu saptanmıştır (**$p=0.008$**). Ayrıca ÇÇTÖ-Duygusal ihmal puanlarının OpKB hastalarında eroin kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı, ailede başka bağımlı birey varlığı ve aile ilişkisi açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Çizelge 4.6).

Çizelge 4.5. Grupların ÇÇTÖ-Duygusal istismar puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	8.37±3.91	0.494*	66	6.80±2.34	0.947*
≥30 yaş	55	8.98±4.71		34	6.76±2.80	
Cinsiyet						
Kadın	13	9.07±4.40	0.747*	10	5.40±0.84	0.085*
Erkek	86	8.65±4.37		90	6.94±2.77	
Ebeveyn Durumu						
Sağ-birlikte	66	8.98±4.71	0.372**	84	6.58±2.49 ^a	0.020*
Sağ-boşanmış	21	7.52±2.80		11	6.90±3.36	*
Vefat etmiş	13	9.23±4.53		5	10.00±2.73 ^a	
Sigara kullanımı						
Var	96	8.72±4.42	0.840*	41	6.46±2.56	0.313*
Yok	4	8.25±2.98		59	7.01±2.76	
Alkol kullanımı						
Var	19	8.52±3.54	0.673*	9	7.00±3.42	0.807*
Yok	81	8.75±4.55		91	6.76±2.62	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	8.67±4.41	0.875*	-	-	-
Damar yolu	24	8.83±4.29		-	-	
Self mutilasyon						
Var	32	8.71±4.40	0.989*	-	-	-
Yok	68	8.70±4.37		-	-	
İntihar girişimi						
Var	18	9.83±6.10	0.230*	-	-	-
Yok	82	8.46±3.88		-	-	
Adli olay						
Var	47	8.34±3.58	0.428*	-	-	-
Yok	53	9.03±4.96		-	-	
Ailede başka bağımlı						
Var	9	10.11±6.09	0.315*	-	-	-
Yok	91	8.57±4.17		-	-	
Aile ilişkileri						
İyi	61	8.85±4.29	0.898**	-	-	-
Orta	32	8.56±4.67		-	-	
Kötü	7	8.14±4.01		-	-	
Nüksetme						
Var	51	9.17±4.70	0.278*	-	-	-
Yok	49	8.22±3.97		-	-	

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

Çizelge 4.6. Grupların ÇÇTÖ-Duygusal ihmal puan ortalamalarının bazı demografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	11.66±5.48	0.424*	66	10.03±3.89	0.916*
≥30 yaş	55	12.49±4.77		34	10.11±3.90	
Cinsiyet						
Kadın	13	12.61±5.31	0.709*	10	7.00±2.66	0.008*
Erkek	86	12.04±5.08		90	10.40±3.85	
Ebeveyn durumu						
Sağ-birlikte	66	11.95±5.27	0.278**	84	9.92±3.71 ^a	0.019**
Sağ-boşanmış	21	11.38±4.43		11	9.00±4.73 ^a	
Vefat etmiş	13	14.15±5.01		5	14.60±0.54 ^a	
Sigara kullanımı						
Var	96	12.18±5.12	0.519*	41	9.85±3.71	0.660*
Yok	4	10.50±4.50		59	10.20±4.01	
Alkol kullanımı						
Var	19	12.73±5.16	0.560*	9	10.00±4.03	0.961*
Yok	81	11.97±5.10		91	10.06±3.88	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	11.85±4.97	0.358*	-	-	-
Damar yolu	24	12.95±5.48		-	-	
Self mutilasyon						
Var	32	12.09±4.63	0.972*	-	-	-
Yok	68	12.13±5.33		-	-	
İntihar girişimi						
Var	18	13.11±4.96	0.365*	-	-	-
Yok	82	11.90±5.12		-	-	
Adli olay						
Var	47	12.25±5.07	0.804*	-	-	-
Yok	53	12.00±5.15		-	-	
Ailede başka bağımlı						
Var	9	14.11±5.08	0.221*	-	-	-
Yok	91	11.92±5.08		-	-	
Aile ilişkileri						
İyi	61	12.01±5.29	0.698**	-	-	-
Orta	32	12.59±4.79		-	-	
Kötü	7	10.85±5.04		-	-	
Nüksetme						
Var	51	11.80±5.05	0.530*	-	-	-
Yok	49	12.44±5.16		-	-	

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

4.2.2.3. ÇÇTÖ-Cinsel İstismar

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Cinsel istismar puanlarının hem sağlıklı kontrol hem de OpKB hastalarında yaş, sigara ve alkol kullanımı ile ebeveyn durumu açısından anlamlı farklar yaratmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Cinsiyet açısından gruplar değerlendirildiğinde OpKB hastalarında cinsel istismar alt ölçek puanlarının kadınlarda erkeklere göre anlamlı şekilde **yüksek** olduğu saptanmıştır ($p<0.001$). Ayrıca ÇÇTÖ-Cinsel istismar puanlarının OpKB hastalarında eroін kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı, ailede başka bağımlı birey varlığı ve aile ilişkisi açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Çizelge 4.7).

4.2.2.4. ÇÇTÖ-Fiziksel İstismar

Elde edilen verilerin karşılaştırılması sonucunda Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Fiziksel istismar puanlarının hem kontrol hem de OpKB hasta grubunda yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı ile ebeveyn durumu açısından anlamlı farklar yaratmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Ek olarak ÇÇTÖ-Fiziksel istismar puanlarının OpKB hastalarında eroін kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı, ailede başka bağımlı birey varlığı ve aile ilişkisi açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Çizelge 4.8).

4.2.2.5. ÇÇTÖ-Fiziksel İhmal

Çocukluk Çağı Travma Ölçeği-Fiziksel ihmal puanlarının her iki grupta da yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı ile ebeveyn durumu açısından anlamlı farklar yaratmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Ek olarak ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal puanlarının OpKB hastalarında eroін kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı, ailede başka bağımlı birey varlığı ve aile ilişkisi açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı görülmüştür ($p>0.05$) (Çizelge 4.9).

Çizelge 4.7. Grupların ÇÇTÖ-Cinsel istismar puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	6.75±4.39	0.064*	66	5.57±1.93	0.797*
≥30 yaş	55	5.58±1.38		34	5.47±1.91	
Cinsiyet						
Kadın	13	8.92±6.35	<0.001*	10	5.40±0.84	0.809*
Erkek	86	5.68±2.11		90	5.55±2.00	
Ebeveyn durumu						
Sağ-birlikte	66	6.15±3.16	0.766**	84	5.61±2.08	0.599**
Sağ-boşanmış	21	6.33±3.91		11	5.00±0.00	
Vefat etmiş	13	5.53±1.45		5	5.40±0.54	
Sigara kullanımı						
Var	96	6.12±3.21	0.817*	41	5.68±2.12	0.538*
Yok	4	5.75±1.50		59	5.44±1.77	
Alkol kullanımı						
Var	19	6.63±4.03	0.427*	9	5.44±0.88	0.877*
Yok	81	5.98±2.93		91	5.54±1.99	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	6.06±3.02	0.805*	-	-	-
Damar yolu	24	6.25±3.61		-	-	
Self mutilasyon						
Var	32	6.21±3.26	0.815*	-	-	-
Yok	68	6.05±3.12		-	-	
İntihar girişimi						
Var	18	6.66±4.15	0.412*	-	-	-
Yok	82	5.98±2.91		-	-	
Adli olay						
Var	47	5.85±2.73	0.443*	-	-	-
Yok	53	6.33±3.50		-	-	
Ailede başka bağımlı						
Var	9	5.88±1.83	0.827*	-	-	-
Yok	91	6.13±3.26		-	-	
Aile ilişkileri						
İyi	61	6.09±3.21	0.999**	-	-	-
Orta	32	6.12±3.30		-	-	
Kötü	7	6.14±2.19		-	-	
Nüksetme						
Var	51	5.70±1.64	0.193*	-	-	-
Yok	49	6.53±4.17		-	-	

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

Çizelge 4.8. Grupların ÇÇTÖ-Fiziksel istismar puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	6.95±3.29	0.290*	66	5.66±1.63	0.627*
≥30 yaş	55	7.87±4.95		34	5.82±1.26	
Cinsiyet						
Kadın	13	8.30±3.92	0.448*	10	5.40±0.84	0.485*
Erkek	86	7.33±4.35		90	5.75±1.57	
Ebeveyn durumu						
Sağ-birlikte	66	7.57±4.47	0.830**	84	5.82±1.60	0.239**
Sağ-boşanmış	21	6.95±3.26		11	5.00±0.00	
Vefat etmiş	13	7.69±5.02		5	5.60±1.34	
Sigara kullanımı						
Var	96	7.48±4.33	0.738*	41	5.78±1.27	0.742*
Yok	4	6.75±3.50		59	5.67±1.67	
Alkol kullanımı						
Var	19	7.68±4.95	0.802*	9	5.44±0.88	0.571*
Yok	81	7.40±4.15		91	5.74±1.56	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	7.50±4.45	0.869*	-	-	-
Damar yolu	24	7.33±3.82		-	-	
Self mutilasyon						
Var	32	7.53±4.28	0.910*	-	-	-
Yok	68	7.42±4.33		-	-	
İntihar girişimi						
Var	18	7.94±5.37	0.600*	-	-	-
Yok	82	7.35±4.05		-	-	
Adli olay						
Var	47	6.63±3.08	0.071*	-	-	-
Yok	53	8.18±5.04		-	-	
Ailede başka bağımlı						
Var	9	7.88±5.75	0.755*	-	-	-
Yok	91	7.41±4.16		-	-	
Aile ilişkileri						
İyi	61	7.37±3.85	0.898**	-	-	-
Orta	32	7.71±5.21		-	-	
Kötü	7	7.00±3.82		-	-	
Nüksetme						
Var	51	8.11±4.95	0.119*	-	-	-
Yok	49	6.77±3.39		-	-	

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

Çizelge 4.9. Grupların ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	9.11±3.37	0.876*	66	7.07±2.51	0.206*
≥30 yaş	55	9.21±3.40		34	7.73±2.33	
Cinsiyet						
Kadın	13	9.84±4.12	0.442*	10	6.00±1.63	0.079*
Erkek	86	9.06±3.26		90	7.44±2.50	
Ebeveyn durumu						
Sağ-birlikte	66	8.92±3.54	0.188**	84	7.35±2.58	0.596**
Sağ-boşanmış	21	8.95±2.95		11	6.63±1.91	
Vefat etmiş	13	10.76±2.86		5	7.80±0.83	
Sigara kullanımı						
Var	96	9.22±3.38	0.394*	41	6.90±1.98	0.180*
Yok	4	7.75±3.40		59	7.57±2.73	
Alkol kullanımı						
Var	19	9.63±4.05	0.511*	9	5.88±1.26	0.071*
Yok	81	9.06±3.21		91	7.43±2.51	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	9.31±3.41	0.445*	-	-	-
Damar yolu	24	8.70±3.27		-	-	
Self mutilasyon						
Var	32	8.62±3.43	0.271*	-	-	-
Yok	68	9.42±3.34		-	-	
İntihar girişimi						
Var	18	9.44±3.60	0.706*	-	-	-
Yok	82	9.10±3.32		-	-	
Adli olay						
Var	47	8.72±3.32	0.215*	-	-	-
Yok	53	9.56±3.41		-	-	
Ailede başka bağımlı						
Var	9	10.33±3.57	0.281*	-	-	-
Yok	91	9.05±3.35		-	-	
Aile ilişkileri						
İyi	61	9.03±3.37	0.812**	-	-	-
Orta	32	9.28±3.39		-	-	
Kötü	7	9.85±3.76		-	-	
Nüksetme						
Var	51	8.70±3.71	0.162*	-	-	-
Yok	49	9.65±2.95		-	-	

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

4.2.3. İlişki Ölçekleri Anketi

4.2.3.1. İÖA-Korkulu Bağlanma

Elde edilen veriler incelendiğinde İlişki Ölçekleri Anketi-Korkulu bağlanma alt ölçek puanlarının hem kontrol hem de OpKB hasta grubunda cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı ile ebeveyn durumu açısından anlamlı farklar yaratmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). OpKB hastalarında İÖA-Korkulu alt ölçek puanlarının <30 yaş olanlarda, ≥ 30 yaş olan hastalara göre anlamlı şekilde **yüksek** olduğu saptanırken ($p=0.023$) eroin kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı ve ailede başka bağımlı birey varlığı açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı ($p>0.05$) ve aile ilişkisi kötü olanlarda iyi ve orta düzeyde olanlara göre anlamlı şekilde **yüksek** çıktığı görülmüştür ($p=0.025$) (Çizelge 4.10).

4.2.3.2. İÖA-Kayıtsız Bağlanma

Elde edilen veri analizlerine göre İlişki Ölçekleri Anketi-Kayıtsız alt ölçeğinin her iki grupta da yaş, cinsiyet, alkol kullanımı ve ebeveyn durumu açısından anlamlı farklar yaratmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Sağlıklı kontrol grubuna bakıldığında İÖA-Kayıtsız alt ölçek puanlarının sigara kullanmayanlarda, sigara kullananlara göre anlamlı şekilde **yüksek** olduğu saptanmıştır ($p=0.030$). Ayrıca İÖA- Kayıtsız alt ölçek puanlarının OpKB hastalarında eroin kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı ve aile ilişkisi açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı ($p>0.05$), ailesinde başka bağımlı birey olanlarda olmayanlara göre anlamlı şekilde **düşük** çıktığı tespit edilmiştir ($p=0.013$) (Çizelge 4.11).

Çizelge 4.10. Grupların İÖA-Korkulu alt ölçeği puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	17.06±5.45	0.023*	66	15.98±3.71	0.271*
≥30 yaş	55	14.58±5.21		34	15.02±4.74	
Cinsiyet						
Kadın	13	18.00±6.55	0.100*	10	14.60±3.86	0.391*
Erkek	86	15.33±5.20		90	15.77±4.12	
Ebeveyn durumu						
Sağ-birlikte	66	15.55±5.68	0.438**	84	15.39±4.05	0.310**
Sağ-boşanmış	21	16.85±5.45		11	16.81±4.37	
Vefat etmiş	13	14.46±3.92		5	17.60±4.03	
Sigara kullanımı						
Var	96	15.80±5.40	0.316*	41	16.00±3.60	0.492*
Yok	4	13.00±6.48		59	15.42±4.41	
Alkol kullanımı						
Var	19	15.27±6.52	0.726*	9	17.11±2.31	0.267*
Yok	81	15.77±5.21		91	15.51±4.21	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	16.10±5.21	0.165*	-	-	-
Damar yolu	24	14.30±6.03		-	-	
Self mutilasyon						
Var	32	15.84±5.46	0.844*	-	-	-
Yok	68	15.61±5.46		-	-	
İntihar girişimi						
Var	18	16.38±6.48	0.548*	-	-	-
Yok	82	15.53±5.21		-	-	
Adli olay						
Var	47	15.82±5.52	0.814*	-	-	-
Yok	53	15.56±5.41		-	-	
Ailede başka bağımlı						
Var	9	14.55±3.67	0.516*	-	-	-
Yok	91	15.80±5.58		-	-	
Aile ilişkileri						
İyi	61	15.18±5.10	0.025**	-	-	-
Orta	32	15.48±5.90		-	-	
Kötü	7	21.00±3.60 ^a		-	-	
Nüksetme						
Var	50	15.60±5.68	0.873*	-	-	-
Yok	49	15.77±5.23		-	-	

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

Çizelge 4.11. Grupların İÖA-Kayıtsız alt ölçeği puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	21.65±5.61	0.364*	66	22.74±4.20	0.283*
≥30 yaş	55	20.60±5.83		34	21.79±4.08	
Cinsiyet						
Kadın	13	22.30±6.49	0.407*	10	23.20±3.96	0.536*
Erkek	86	20.88±5.63		90	22.33±4.20	
Ebeveyn durumu						
Sağ-birlikte	66	20.56±6.02	0.057**	84	22.33±4.06	0.484**
Sağ-boşanmış	21	23.61±5.89		11	22.09±5.46	
Vefat etmiş	13	19.46±1.45		5	24.60±2.50	
Sigara kullanımı						
Var	96	21.06±5.55	0.950*	41	21.34±4.33	0.030*
Yok	4	21.25±10.40		59	23.16±3.91	
Alkol kullanımı						
Var	19	22.61±5.48	0.210*	9	24.55±3.87	0.108*
Yok	81	20.72±5.76		91	22.20±4.15	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	21.05±5.95	0.955*	-	-	-
Damar yolu	24	21.13±5.07		-	-	
Self mutilasyon						
Var	32	22.00±6.13	0.268*	-	-	-
Yok	68	20.62±5.53		-	-	
İntihar girişimi						
Var	18	22.33±5.56	0.304*	-	-	-
Yok	82	20.79±5.77		-	-	
Adli olay						
Var	47	21.73±5.78	0.282*	-	-	-
Yok	53	20.49±5.68		-	-	
Ailede başka bağımlı						
Var	9	16.55±3.60	0.013*	-	-	-
Yok	91	21.52±5.72		-	-	
Aile ilişkileri						
İyi	61	20.85±5.93	0.127**	-	-	-
Orta	32	20.54±5.41		-	-	
Kötü	7	25.28±4.07		-	-	
Nüksetme						
Var	50	21.00±5.37	0.902*	-	-	-
Yok	49	21.14±6.13		-	-	

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

4.2.3.3. İÖA-Güvenli Bağlanma

Veri analizleri incelendiğinde İlişki Ölçekleri Anketi-Güvenli bağlanma alt ölçeği puanlarının her iki grupta da alkol kullanımı ve ebeveyn durumu açısından anlamlı farklar yaratmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Kontrol grubunda İÖA-Güvenli alt ölçek puanlarının ≥ 30 yaş olanlarda, <30 yaş olan hastalara göre anlamlı şekilde **yüksek** olduğu ($p=0.001$), OpKB hastalarında ise İÖA-Güvenli alt ölçek puanlarının erkeklerde ve sigara kullanmayanlarda, kadın ve sigara kullananlara göre anlamlı şekilde **yüksek** olduğu görülmüştür (sırasıyla $p=0.037$ ve $p=0.014$). Ayrıca İÖA-Güvenli alt ölçek puanlarının OpKB hastalarında eroін kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı ve aile ilişkisi açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı ($p>0.05$), ailede başka bağımlı varlığı olanlarda olmayanlara göre anlamlı şekilde **düşük** çıktığı belirlendi ($p=0.032$) (Çizelge 4.12).

4.2.3.4. İÖA-Saplantılı Bağlanma

İlişki Ölçekleri Anketi-Saplantılı alt ölçeği puanlarının OpKB hastalarında yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı ile ebeveyn durumu açısından anlamlı farklar yaratmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Kontrol grubuna bakıldığında ise İÖA-Saplantılı alt ölçek puanlarının kadınlarda erkeklere göre, sigara kullananlarda kullanmayanlara göre ve anne babası sağ-birlikte olanlarda vefat etmiş olanlara göre anlamlı şekilde **yüksek** olduğu saptanmıştır (sırasıyla $p=0.002$, $p=0.018$ ve $p=0.044$). Ayrıca İÖA-Güvenli alt ölçek puanlarının OpKB hastalarında eroін kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı, ailede başka bağımlı birey varlığı ve aile ilişkisi açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Çizelge 4.13).

Çizelge 4.12. Grupların İÖA-Güvenli alt ölçeği puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	20.77±4.34	0.753*	66	20.18±3.51	0.001*
≥30 yaş	55	20.45±5.44		34	23.79±5.49	
Cinsiyet						
Kadın	13	17.92±4.66	0.037*	10	22.40±7.07	0.475*
Erkek	86	21.00±4.90		90	21.30±4.27	
Ebeveyn Durumu						
Sağ-birlikte	66	20.95±4.93	0.458**	84	21.48±4.71	0.535**
Sağ-boşanmış	21	20.42±5.05		11	21.81±3.37	
Vefat etmiş	13	19.07±5.04		5	19.20±5.01	
Sigara kullanımı						
Var	96	20.34±4.79	0.014*	41	21.85±5.29	0.424*
Yok	4	26.50±5.91		59	21.10±4.05	
Alkol kullanımı						
Var	19	21.50±5.98	0.396*	9	20.00±2.91	0.337*
Yok	81	20.39±4.72		91	21.54±4.71	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	20.60±4.96	0.973*	-	-	-
Damar yolu	24	20.56±5.07		-	-	
Self mutilasyon						
Var	32	20.59±4.06	0.998*	-	-	-
Yok	68	20.59±5.36		-	-	
İntihar girişimi						
Var	18	21.88±4.43	0.224*	-	-	-
Yok	82	20.30±5.05		-	-	
Adli olay						
Var	47	21.10±4.76	0.341*	-	-	-
Yok	53	20.15±5.13		-	-	
Ailede başka bağımlı						
Var	9	17.22±4.89	0.032*	-	-	-
Yok	91	20.93±4.86		-	-	
Aile ilişkileri						
İyi	61	21.00±5.01	0.067**	-	-	-
Orta	32	20.74±4.73		-	-	
Kötü	7	16.42±4.03		-	-	
Nüksetme						
Var	50	20.70±4.43	0.834*	-	-	-
Yok	49	20.48±5.49		-	-	

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

Çizelge 4.13. Grupların İÖA-Saplantılı alt ölçeği puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	15.04±4.99	0.581*	66	16.63±3.88	0.817*
≥30 yaş	55	15.58±4.62		34	16.44±4.15	
Cinsiyet						
Kadın	13	15.84±5.17	0.686*	10	21.00±3.77	0.002*
Erkek	86	15.26±4.73		90	16.07±3.67	
Ebeveyn durumu						
Sağ-birlikte	66	14.75±4.78	0.137**	84	16.94±4.05 ^a	0.044**
Sağ-boşanmış	21	17.14±4.78		11	15.45±2.65	
Vefat etmiş	13	15.38±4.25		5	12.80±2.04 ^a	
Sigara kullanımı						
Var	96	15.35±4.78	0.884*	41	17.68±4.34	0.018*
Yok	4	15.00±5.09		59	15.79±3.48	
Alkol kullanımı						
Var	19	14.50±5.39	0.410*	9	15.00±6.89	0.479*
Yok	81	15.53±4.64		91	16.72±3.56	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	15.63±5.00	0.277*	-	-	-
Damar yolu	24	14.39±3.84		-	-	-
Self mutilasyon						
Var	32	14.53±5.34	0.227*	-	-	-
Yok	68	15.73±4.46		-	-	-
İntihar girişimi						
Var	18	13.83±4.13	0.132*	-	-	-
Yok	82	15.67±4.86		-	-	-
Adli olay						
Var	47	14.78±4.60	0.279*	-	-	-
Yok	53	15.83±4.90		-	-	-
Ailede başka bağımlı						
Var	9	15.44±5.02	0.947*	-	-	-
Yok	91	15.33±4.77		-	-	-
Aile ilişkileri						
İyi	61	14.96±4.41	0.545**	-	-	-
Orta	32	16.12±5.12		-	-	-
Kötü	7	15.14±6.41		-	-	-
Nüksetme						
Var	50	15.98±4.56	0.182*	-	-	-
Yok	49	14.69±4.94		-	-	-

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

4.2.4. Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ)

a. BDÖ-Dikkatsel Dürtüsellik

Dürtüsellik açısından gruplar karşılaştırıldığında Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Dikkatsel dürtüsellik alt ölçeği puanlarının her iki grupta da sigara ve alkol kullanımı ile ebeveyn durumu açısından anlamlı farklar yaratmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). OpKB hastalarında BDÖ-Dikkatsel dürtüsellik alt ölçek puanlarının <30 yaş olanlarda, ≥ 30 yaş olan hastalara göre anlamlı şekilde **yüksek** olduğu ($p=0.004$), sağlıklı kontrollerde ise BDÖ-Dikkatsel dürtüsellik alt ölçek puanlarının erkeklerde, kadınlara göre anlamlı şekilde **yüksek** olduğu görülmüştür ($p=0.040$). Ayrıca BDÖ-Dikkatsel dürtüsellik alt ölçek puanlarının OpKB hastalarında eroin kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı, ailede başka bağımlı birey varlığı ve aile ilişkisi açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.14).

b. BDÖ-Motor Dürtüsellik

Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Motor dürtüsellik alt ölçeği puanlarının her iki grupta da yaş, sigara ve alkol kullanımı ile ebeveyn durumu açısından anlamlı farklar yaratmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Ek olarak sağlıklı kontroller motor dürtüsellik açısından incelendiğinde BDÖ-Motor dürtüsellik alt ölçek puanlarının erkeklerde, kadınlara göre anlamlı şekilde **yüksek** olduğu görülmüştür ($p=0.040$). Ayrıca BDÖ-Motor dürtüsellik alt ölçek puanlarının OpKB hastalarında eroin kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı, ailede başka bağımlı birey varlığı ve aile ilişkisi açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı saptanmıştır ($p>0.05$) (Çizelge 4.15).

Çizelge 4.14. Grupların BDÖ-Dikkatsel dürtüsellik puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	17.73±3.31	0.004*	66	17.59±3.61	0.276*
≥30 yaş	55	15.78±3.24		34	16.70±4.20	
Cinsiyet						
Kadın	13	16.46±3.90	0.823*	10	15.20±2.93	0.040*
Erkek	86	16.68±3.34		90	17.52±3.85	
Ebeveyn durumu						
Sağ-birlikte	66	16.68±3.46	0.137**	84	17.46±4.04	0.560**
Sağ-boşanmış	21	17.09±3.79		11	16.18±1.99	
Vefat etmiş	13	15.84±2.40		5	16.80±2.86	
Sigara kullanımı						
Var	96	16.61±3.33	0.516*	41	17.53±4.06	0.594*
Yok	4	17.75±5.31		59	17.11±3.68	
Alkol kullanımı						
Var	19	17.05±3.40	0.579*	9	16.00±2.17	0.292*
Yok	81	16.56±3.42		91	17.41±3.93	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	16.42±3.32	0.214*	-	-	-
Damar yolu	24	17.41±3.61		-	-	
Self mutilasyon						
Var	32	17.28±3.66	0.213*	-	-	-
Yok	68	16.36±3.26		-	-	
İntihar girişimi						
Var	18	17.33±2.97	0.357*	-	-	-
Yok	82	16.51±3.49		-	-	
Adli olay						
Var	47	16.87±3.64	0.560*	-	-	-
Yok	53	16.47±3.20		-	-	
Ailede başka bağımlı						
Var	9	15.00±3.39	0.126*	-	-	-
Yok	91	16.82±3.38		-	-	
Aile ilişkileri						
İyi	61	16.37±3.75	0.565**	-	-	-
Orta	32	17.03±2.83		-	-	
Kötü	7	17.42±2.63		-	-	
Nüksetme						
Var	51	16.43±3.24	0.496*	-	-	-
Yok	49	16.89±3.58		-	-	

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

Çizelge 4.15. Grupların BDÖ-Motor dürtüsellik puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	21.75±4.40	0.236*	66	21.13±8.14	0.964*
≥30 yaş	55	20.74±4.05		34	21.05±8.08	
Cinsiyet						
Kadın	13	22.15±4.68	0.385*	10	18.00±2.82	0.010*
Erkek	86	21.05±4.16		90	21.45±8.40	
Ebeveyn durumu						
Sağ-birlikte	66	21.33±4.34	0.589**	84	21.44±8.69	0.626**
Sağ-boşanmış	21	21.47±4.22		11	19.00±3.37	
Vefat etmiş	13	20.07±3.66		5	20.20±2.04	
Sigara kullanımı						
Var	96	21.28±4.25	0.349*	41	21.17±10.22	0.950*
Yok	4	19.25±3.09		59	21.06±6.28	
Alkol kullanımı						
Var	19	21.57±3.56	0.666*	9	21.22±2.27	0.965*
Yok	81	21.11±4.37		91	21.09±8.45	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	21.23±4.30	0.878*	-	-	-
Damar yolu	24	21.08±4.04		-	-	
Self mutilasyon						
Var	32	21.87±4.07	0.275*	-	-	-
Yok	68	20.88±4.28		-	-	
İntihar girişimi						
Var	18	22.61±3.77	0.118*	-	-	-
Yok	82	20.89±4.27		-	-	
Adli olay						
Var	47	21.72±3.77	0.245*	-	-	-
Yok	53	20.73±4.57		-	-	
Ailede başka bağımlı						
Var	9	21.44±3.77	0.857*	-	-	-
Yok	91	21.17±4.28		-	-	
Aile ilişkileri						
İyi	61	20.81±4.50	0.315**	-	-	-
Orta	32	21.46±3.69		-	-	
Kötü	7	23.28±3.72		-	-	
Nüksetme						
Var	51	21.29±4.37	0.821*	-	-	-
Yok	49	21.10±4.09		-	-	

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

c. BDÖ-Plan Yapmama (Plansız) Dürtüsellik

Elde edilen verilere göre Barratt Dürtüsellik Ölçeği-Plan yapmama dürtüsellliği alt ölçeği puanlarının her iki grupta yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı ile anne-baba birlikteliği açısından anlamlı farklar yaratmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Ayrıca BDÖ-Plansız dürtüsellik alt ölçek puanlarının OpKB hastalarında eroin kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı, ailede başka bağımlı varlığı ve aile ilişkisi açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı ($p>0.05$) görülürken, intihar girişimi olanlarda olmayanlara göre anlamlı şekilde **yüksek** olduğu saptanmıştır ($p=0.044$) (Çizelge 4.16).

4.2.5. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF)

a. WHOQOL-BREF-Genel Sağlık

Yaşam Kalitesi Ölçeği- Genel sağlık alt ölçek puanlarının her iki grupta da yaş ve alkol kullanımı açısından anlamlı farklar yaratmadığı görülmüştür ($p>0.05$). Sağlıklı kontrollerde Genel sağlık alt ölçek puanlarının erkeklerde, anne-babası boşanmış olanlarda ve sigara kullananlarda anlamlı şekilde **düşük** olduğu saptanırken (sırasıyla $p=0.005$, $p=0.001$ ve $p=0.001$) OpKB hastalarında yine sigara kullananlarda kullanmayanlara göre anlamlı şekilde **düşük** çıktığı görülmüştür ($p=0.011$). Yine bu alt ölçek puanlarının hasta grubunda aile ilişkileri kötü olanlarda iyi ve orta olanlara göre oldukça **düşük** seviyelerde olduğu, ancak aradaki farkın anlamlılık seviyesine oldukça yakın bir düzeyde olduğu saptanmıştır ($p=0.064$). Ayrıca WHOQOL-BREF - Genel sağlık alt ölçek puanlarının OpKB hastalarında eroin kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı ve ailede başka bağımlı birey varlığı açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Çizelge 4.17).

Çizelge 4.16. Grupların BDÖ-Plan yapmama dürtüselliği puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	27.08±4.54	0.388*	66	24.78±3.18	0.160*
≥30 yaş	55	26.29±4.60		34	23.82±3.29	
Cinsiyet						
Kadın	13	27.30±6.14	0.581*	10	24.20±2.44	0.791*
Erkek	86	26.55±4.32		90	24.48±3.32	
Ebeveyn durumu						
Sağ-birlikte	66	26.71±4.60	0.935**	84	24.25±3.19	0.329**
Sağ-boşanmış	21	26.33±4.75		11	25.45±3.64	
Vefat etmiş	13	26.84±4.41		5	25.80±2.94	
Sigara kullanımı						
Var	96	26.70±4.58	0.534*	41	24.12±2.80	0.368*
Yok	4	25.25±4.57		59	24.69±3.51	
Alkol kullanımı						
Var	19	26.31±5.28	0.725*	9	26.00±3.53	0.136*
Yok	81	26.72±4.41		91	24.30±3.19	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	26.60±4.57	0.863*	-	-	-
Damar yolu	24	26.79±4.63		-	-	-
Self mutilasyon						
Var	32	27.68±4.73	0.120*	-	-	-
Yok	68	26.16±4.44		-	-	-
İntihar girişimi						
Var	18	28.61±4.67	0.044*	-	-	-
Yok	82	26.21±4.45		-	-	-
Adli olay						
Var	47	27.23±4.82	0.231*	-	-	-
Yok	53	26.13±4.31		-	-	-
Ailede başka bağımlı						
Var	9	27.55±3.32	0.536*	-	-	-
Yok	91	26.56±4.67		-	-	-
Aile ilişkileri						
İyi	61	26.06±4.51	0.279**	-	-	-
Orta	32	27.53±4.85		-	-	-
Kötü	7	27.71±3.03		-	-	-
Nüksetme						
Var	51	26.72±5.07	0.867*	-	-	-
Yok	49	26.57±4.02		-	-	-

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

Çizelge 4.17. Grupların WHOQOL-BREF-Genel sağlık puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	53.05±21.67	0.742*	66	66.66±15.40	0.552*
≥30 yaş	55	54.54±22.99		34	64.70±15.83	
Cinsiyet						
Kadın	13	51.92±22.15	0.737*	10	75.00±8.33	0.005*
Erkek	86	54.16±22.44		90	65.00±15.81	
Ebeveyn durumu						
Sağ-birlikte	66	54.54±23.06	0.869**	84	67.26±13.70	0.001**
Sağ-boşanmış	21	53.57±20.96		11	51.13±21.25 ^a	
Vefat etmiş	13	50.96±21.92		5	77.50±10.45	
Sigara kullanımı						
Var	96	53.25±22.52	0.011*	41	60.06±14.03	0.001*
Yok	4	68.75±7.21		59	70.12±15.22	
Alkol kullanımı						
Var	19	53.94±18.18	0.988*	9	66.66±10.82	0.893*
Yok	81	53.85±23.27		91	65.93±15.92	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	54.76±22.81	0.478*	-	-	-
Damar yolu	24	51.04±20.82		-	-	
Self mutilasyon						
Var	32	55.07±24.35	0.713*	-	-	-
Yok	68	53.30±21.44		-	-	
İntihar girişimi						
Var	18	48.61±24.95	0.271*	-	-	-
Yok	82	55.03±21.68		-	-	
Adli olay						
Var	47	54.52±22.33	0.787*	-	-	-
Yok	53	53.30±22.48		-	-	
Ailede başka bağımlı						
Var	9	55.55±12.67	0.814*	-	-	-
Yok	91	53.70±23.08		-	-	
Aile ilişkileri						
İyi	61	54.09±22.90	0.064**	-	-	-
Orta	32	57.42±19.01		-	-	
Kötü	7	35.71±25.44		-	-	
Nüksetme						
Var	51	50.49±24.10	0.122*	-	-	-
Yok	49	57.39±19.91		-	-	

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

b. WHOQOL-BREF-Fiziksel Sağlık

Yaşam Kalitesi Ölçeği- Fiziksel sağlık alt ölçek puanlarının hem kontrol hem de hasta grubunda yaş, cinsiyet ve ebeveyn durumu açısından anlamlı farklar yaratmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Kontrol grubunda Fiziksel sağlık alt ölçek puanlarının sigara ve alkol kullananlarda anlamlı şekilde **düşük** olduğu görülürken (sırasıyla $p=0.019$ ve $p<0.001$) OpKB hastalarında da yine sigara kullananlarda kullanmayanlara göre anlamlı şekilde **düşük** saptanmıştır ($p=0.003$). Yine hasta grubunda aile ilişkileri kötü olanlarda iyi ve orta olanlara göre **düşük** seviyelerde olduğu, ancak aradaki farkın anlamlı olmasa da anlamlılık seviyesine yakın bir düzeyde olduğu saptanmıştır ($p=0.102$). Ayrıca bu alt ölçek puanlarının OpKB hastalarında erooin kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı ve ailede başka bağımlı birey varlığı açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı belirlenmiştir ($p>0.05$) (Çizelge 4.18).

c. WHOQOL-BREF-Ruhsal Sağlık

Yaşam Kalitesi Ölçeği- Ruhsal sağlık alt ölçek puanlarının her iki grupta cinsiyet, alkol kullanımı ve ebeveyn durumu açısından anlamlı farklar yaratmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Sağlıklı kontrollere bakıldığında <30 yaş hastalarda ≥ 30 yaş olanlara göre Ruhsal sağlık alt ölçek puanlarının anlamlı şekilde **düşük** çıktığı görülürken ($p=0.018$) OpKB hastalarında sigara kullananlarda kullanmayanlara göre ve aile ilişkileri kötü olanlarda iyi ve orta olanlara göre anlamlı şekilde **düşük** çıktığı saptanmıştır (sırasıyla $p<0.001$ ve $p=0.005$). Ayrıca bu alt ölçek puanlarının OpKB hastalarında erooin kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı ve ailede başka bağımlı birey varlığı açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı bulunmuştur ($p>0.05$) (Çizelge 4.19).

Çizelge 4.18. Grupların WHOQOL-BREF-Fiziksel sağlık puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	58.57±19.34	0.384*	66	79.59±12.22	0.686*
≥30 yaş	55	55.19±19.09		34	80.67±13.10	
Cinsiyet						
Kadın	13	51.37±18.53	0.284*	10	78.57±15.61	0.712*
Erkek	86	57.51±19.25		90	80.11±12.17	
Ebeveyn durumu						
Sağ-birlikte	66	57.25±20.51	0.589**	84	79.93±12.55	0.320**
Sağ-boşanmış	21	53.91±17.49		11	76.94±13.10	
Vefat etmiş	13	58.51±15.11		5	87.14±7.82	
Sigara kullanımı						
Var	96	56.32±19.47	0.003*	41	76.48±12.31	0.019*
Yok	4	66.07±3.57		59	82.38±12.09	
Alkol kullanımı						
Var	19	56.76±21.85	0.989*	9	65.47±9.10	<0.001*
Yok	81	56.70±18.65		91	81.39±11.86	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	57.00±19.80	0.791*	-	-	-
Damar yolu	24	55.80±17.42		-	-	
Self mutilasyon						
Var	32	56.80±21.16	0.973*	-	-	-
Yok	68	56.67±18.34		-	-	
İntihar girişimi						
Var	18	50.59±19.83	0.136*	-	-	-
Yok	82	58.05±18.89		-	-	
Adli olay						
Var	47	56.45±19.80	0.901*	-	-	-
Yok	53	56.94±18.79		-	-	
Ailede başka bağımlı						
Var	9	48.01±12.25	0.155*	-	-	-
Yok	91	57.57±19.57		-	-	
Aile ilişkileri						
İyi	61	58.07±20.07	0.102**	-	-	-
Orta	32	57.36±17.65		-	-	
Kötü	7	41.83±12.32		-	-	
Nüksetme						
Var	51	55.46±20.29	0.508*	-	-	-
Yok	49	58.01±18.07		-	-	

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

Çizelge 4.19. Grupların WHOQOL-BREF - Ruhsal sağlık puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	58.14±21.17	0.064*	66	61.74±12.96	0.018*
≥30 yaş	55	65.68±19.07		34	69.24±17.64	
Cinsiyet						
Kadın	13	55.44±24.25	0.194*	10	64.16±12.29	0.978*
Erkek	86	63.31±19.59		90	64.30±15.40	
Ebeveyn durumu						
Sağ-birlikte	66	62.37±20.92	0.961**	84	64.63±15.43	0.511**
Sağ-boşanmış	21	62.89±22.16		11	65.15±12.39	
Vefat etmiş	13	60.89±14.28		5	56.66±14.61	
Sigara kullanımı						
Var	96	61.54±20.36	<0.001*	41	63.92±13.74	0.839*
Yok	4	80.20±3.98		59	64.54±16.03	
Alkol kullanımı						
Var	19	65.57±16.94	0.437*	9	59.25±8.27	0.296*
Yok	81	61.52±21.02		91	64.78±15.51	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	62.60±20.92	0.782*	-	-	-
Damar yolu	24	61.28±18.53		-	-	
Self mutilasyon						
Var	32	60.67±23.16	0.588*	-	-	-
Yok	68	63.05±18.93		-	-	
İntihar girişimi						
Var	18	54.16±25.88	0.060*	-	-	-
Yok	82	64.07±18.57		-	-	
Adli olay						
Var	47	63.29±20.25	0.643*	-	-	-
Yok	53	61.39±20.48		-	-	
Ailede başka bağımlı						
Var	9	66.20±13.88	0.547*	-	-	-
Yok	91	61.90±20.83		-	-	
Aile ilişkileri						
İyi	61	65.09±19.05	0.005**	-	-	-
Orta	32	61.97±19.98		-	-	
Kötü	7	39.28±20.10 ^a		-	-	
Nüksetme						
Var	51	59.72±20.55	0.198*	-	-	-
Yok	49	64.96±19.87		-	-	

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

d. WHOQOL-BREF-Sosyal İlişkiler

Yaşam Kalitesi Ölçeği- Sosyal İlişkiler alt ölçek puanlarının hem kontrol hem de OpKB hasta grubunda yaş, sigara ve alkol kullanımı ile ebeveyn durumu açısından anlamlı farklar yaratmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Sağlıklı kontrollerde bu alt ölçek puanlarının erkeklerde kadınlara göre anlamlı şekilde **düşük** çıktığı saptanmıştır ($p=0.002$). Ayrıca bu alt ölçek puanlarının OpKB hastalarında eroin kullanım şekli, self mutilasyon, intihar girişimi, adli olay varlığı ve ailede başka bağımlı birey varlığı açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı görülmüştür ($p>0.05$). Aile ilişkisi kötü olanlarda Sosyal İlişkiler alt ölçek puanları daha **düşük** çıkmasına karşın, bu farkın istatistiksel olarak anlamlı düzeyde olmadığı tespit edilmiştir ($p=0.227$) (Çizelge 4.20).

e. WHOQOL-BREF-Çevre

Yaşam Kalitesi Ölçeği- Çevre alt ölçek puanlarının her iki grupta yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı açısından anlamlı farklar yaratmadığı tespit edilmiştir ($p>0.05$). Sağlıklı kontrollerde Çevre alt ölçek puanlarının anne-babası vefat etmiş olanlarda anlamlı şekilde **düşük** olduğu ($p=0.042$), OpKB hastalarında ise ailesinde başka bir bağımlı birey olanlarda olmayanlara göre ve aile ilişkileri kötü olanlarda iyi ve orta olanlara göre anlamlı şekilde **düşük** çıktığı görülmüştür (sırasıyla $p=0.038$ ve $p=0.001$). Ayrıca bu alt ölçek puanlarının OpKB hastalarında eroin kullanım şekli, self mutilasyon, adli olay varlığı ve ailede başka bağımlı birey varlığı açısından anlamlı farklar ortaya koymadığı saptanmıştır ($p>0.05$). Ek olarak OpKB hastalarında intihar girişimi olanlarda Çevre alt ölçek puanlarının olmayanlara göre **düşük** çıktığı, ancak bu farkın anlamlılık düzeyine oldukça yakın olduğu gözlenmiştir ($p=0.092$) (Çizelge 4.21).

Çizelge 4.20. Grupların WHOQOL-BREF-Sosyal İlişkiler puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	53.33±24.12	0.906*	66	69.57±19.63	0.668*
≥30 yaş	55	53.93±26.68		34	71.56±25.95	
Cinsiyet						
Kadın	13	48.71±22.78	0.455*	10	81.66±8.60	0.002*
Erkek	86	54.40±25.85		90	68.98±22.55	
Ebeveyn durumu						
Sağ-birlikte	66	55.17±26.50	0.698**	84	70.23±22.41	0.906**
Sağ-boşanmış	21	50.00±25.13		11	71.96±22.75	
Vefat etmiş	13	51.92±21.01		5	66.66±10.20	
Sigara kullanımı						
Var	96	53.29±25.72	0.481*	41	72.35±24.03	0.425*
Yok	4	62.50±17.34		59	68.78±20.32	
Alkol kullanımı						
Var	19	56.14±25.73	0.640*	9	70.37±16.72	0.986*
Yok	81	53.08±25.49		91	70.23±22.40	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	55.81±25.96	0.134*	-	-	-
Damar yolu	24	46.87±22.89		-	-	-
Self mutilasyon						
Var	32	51.30±28.72	0.526*	-	-	-
Yok	68	54.77±23.88		-	-	-
İntihar girişimi						
Var	18	48.61±24.12	0.354*	-	-	-
Yok	82	54.77±25.72		-	-	-
Adli olay						
Var	47	52.48±26.68	0.663*	-	-	-
Yok	53	54.71±24.48		-	-	-
Ailede başka bağımlı						
Var	9	56.48±23.85	0.730*	-	-	-
Yok	91	53.38±25.69		-	-	-
Aile ilişkileri						
İyi	61	55.60±25.53	0.227**	-	-	-
Orta	32	53.38±24.30		-	-	
Kötü	7	38.09±27.99		-	-	
Nüksetme						
Var	51	51.30±25.78	0.347*	-	-	-
Yok	49	56.12±25.10		-	-	-

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

Çizelge 4.21. Grupların WHOQOL-BREF-Çevre puan ortalamalarının bazı sosyodemografik ve klinik parametrelere göre karşılaştırılması

	N	Hasta grubu (Ort±Ss)	p	N	Kontrol grubu (Ort±Ss)	p
Yaş						
<30 yaş	45	60.00±23.27	0.765*	66	64.53±10.62	0.091*
≥30 yaş	55	61.30±20.25		34	68.65±12.86	
Cinsiyet						
Kadın	13	53.60±27.71	0.204*	10	69.37±15.50	0.323*
Erkek	86	61.78±20.47		90	65.55±11.05	
Ebeveyn durumu						
Sağ-birlikte	66	60.93±21.97	0.658**	84	66.96±11.47	0.042**
Sağ-boşanmış	21	62.94±22.21		11	63.35±8.27	
Vefat etmiş	13	56.00±19.11		5	54.37±13.54	
Sigara kullanımı						
Var	96	60.15±21.62	0.203*	41	66.53±8.56	0.666*
Yok	4	74.21±16.80		59	65.51±13.27	
Alkol kullanımı						
Var	19	61.51±23.66	0.859*	9	65.97±7.56	0.993*
Yok	81	60.53±21.19		91	65.93±11.88	
Eroin kullanım şekli						
Folyo	76	61.18±22.16	0.703*	-	-	-
Damar yolu	24	59.24±19.92		-	-	-
Self mutilasyon						
Var	32	60.05±25.76	0.835*	-	-	-
Yok	68	61.02±19.48		-	-	-
İntihar girişimi						
Var	18	52.95±21.68	0.092*	-	-	-
Yok	82	62.42±21.29		-	-	-
Adli olay						
Var	47	60.57±23.62	0.949*	-	-	-
Yok	53	60.84±19.78		-	-	-
Ailede başka bağımlı						
Var	9	46.52±15.81	0.038*	-	-	-
Yok	91	62.12±21.61		-	-	-
Aile ilişkileri						
İyi	61	64.54±20.56	0.001**	-	-	-
Orta	32	59.37±19.01		-	-	-
Kötü	7	33.48±23.50 ^a		-	-	-
Nüksetme						
Var	51	60.66±21.72	0.979*	-	-	-
Yok	49	60.77±21.62		-	-	-

* Bağımsız gruplarda T Testi

** Tek yönlü Varyans Analizi (Post hoc:^aBonferroni)

4.5. Hasta Grubunda Ölçekler Arasındaki İlişkiler

- OpKB hastalarında MAÖ puanları ile WHOQOL-BREF Genel sağlık-Fiziksel sağlık-Ruhsal sağlık-Sosyal İlişkiler-Çevre alt puanları arasında **negatif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=-0.362$, $p<0.001$, $r=-0.355$, $p<0.001$, $r=-0.362$, $p<0.001$, $r=-0.359$, $p<0.001$ ve $r=-0.375$, $p<0.001$).
- OpKB hastalarında ÇÇT-Duygusal istismar puanları ile ÇÇT-Duygusal ihmal puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** ($r=0.481$, $p<0.001$), yine ÇÇT-Duygusal istismar puanları ile ÇÇT-Fiziksel istismar puanları arasında **pozitif yönde, iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0.651$, $p<0.001$).
- Yine hasta grubunda ÇÇT-Duygusal ihmal puanları ile ÇÇT-Fiziksel istismar puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** ($r=0.359$, $p<0.001$), ÇÇT-Duygusal ihmal puanları ile ÇÇT-Fiziksel ihmal puanları arasında **pozitif yönde, iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0.602$, $p<0.001$). ÇÇT-Duygusal ihmal puanları ile WHOQOL-BREF Genel sağlık-Fiziksel sağlık-Ruhsal sağlık-Sosyal İlişkiler alt puanları arasında **negatif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu (sırasıyla $r=-0.354$, $p<0.001$, $r=-0.310$, $p=0.002$, $r=-0.371$, $p<0.001$ ve 0.362 , $p<0.001$), WHOQOL-BREF Çevre alt puanları arasında **negatif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu görülmektedir ($r=-0.512$, $p<0.001$).

- ÇÇT-Cinsel istismar puanları ile BDÖ-Dikkatsel dürtüsellik ve BDÖ-Plan yapmama dürtüsellik puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu görülürken (sırasıyla $r=0.363$, $p<0.001$ ve $r=0.395$, $p<0.001$) WHOQOL-BREF Genel sağlık ve Çevre alt puanları arasında ise **negatif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=0.316$, $p=0.001$ ve $r=0.400$, $p<0.001$).
- OpKB hastalarında İÖA-Korkulu puanları ile İÖA- Kayıtsız puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0.535$, $p<0.001$).
- Yine hasta grubunda BDÖ-Dikkatsel dürtüsellik puanları ile BDÖ-Motor dürtüsellik puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu ($r=0.547$, $p<0.001$) ve BDÖ-Motor dürtüsellik puanları ile BDÖ-Plan yapmama dürtüsellik puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0.329$, $p=0.001$).
- OpKB hastalarında WHOQOL-BREF Genel sağlık puanları ile Fiziksel sağlık, Ruhsal sağlık, Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları arasında **pozitif yönde, iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=0.694$, $p=0.001$, $r=0.665$, $p<0.001$, $r=0.653$, $p<0.001$ ve $r=0.561$, $p<0.001$).

- Yine hasta grubunda WHOQOL-BREF Fiziksel sağlık puanları ile Ruhsal sağlık, Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları arasında **pozitif yönde, iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu görölürken (sırasıyla $r=0.693$, $p=0.001$, $r=0.673$, $p<0.001$ ve $r=0.632$, $p<0.001$) WHOQOL-BREF Ruhsal sağlık puanları ile Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları arasında **pozitif yönde, iyi ve çok iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=0.653$, $p=0.001$ ve $r=0.712$, $p<0.001$).
- Ek olarak WHOQOL-BREF Sosyal İlişkiler puanları ile Çevre puanları arasında **pozitif yönde, orta-iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0.596$, $p<0.001$). (Çizelge 4.21).

Çizelge 4.22. OpKB hastalarında MAÖ, ÇÇTÖ, İÖA, BDÖ ve WHOQOL-BREF alt ölçek puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)

		Madde aşırma ölçeği	ÇÇTÖ-Duygusal istismar	ÇÇTÖ-Duygusal ihmal	ÇÇTÖ-Cinsel istismar	ÇÇTÖ-Fiziksel istismar	ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal	İÖA-Korkulu	İÖA-Kayıtsız	İÖA-Güvenli	İÖA-Sapantılı	BDÖ-Dikkat sel dürtüsellik	BDÖ-Motor dürtüsellik	BDÖ-Plan yapmama dürtüsellik	WHO QOL-BREF-Genel sağlık	WHO QOL-BREF-Fiziksel sağlık	WHO QOL-BREF-Ruhsal sağlık	WHO QOL-BREF-Sosyal ilişkiler
ÇÇTÖ-Duygusal istismar	r	.188																
	P	.061																
	N	100																
ÇÇTÖ-Duygusal ihmal	r	.219*	.481**															
	P	.028	<0.001															
	N	100	100															
ÇÇTÖ-Cinsel istismar	r	.260**	.282**	.202*														
	P	.009	.004	.044														
	N	100	100	100														
ÇÇTÖ-Fiziksel istismar	r	.092	.651**	.359**	.321**													
	P	.364	<0.001	<0.001	.001													
	N	100	100	100	100													
ÇÇTÖ-Fiziksel ihmal	r	.081	.363**	.602**	.277**	.333**												
	P	.422	<0.001	<0.001	.005	.001												
	N	100	100	100	100	100												
İÖA-Korkulu	r	.254*	.138	-.105	.133	.023	.008											
	P	.011	.173	.303	.189	.822	.937											
	N	99	99	99	99	99	99											
İÖA-Kayıtsız	r	.145	.255*	-.007	.094	.090	-.015	.535**										
	P	.152	.011	.943	.357	.376	.879	<0.001										
	N	99	99	99	99	99	99	99										
İÖA-Güvenli	r	-.112	.107	-.117	-.016	-.017	-.184	-.218*	.091									
	P	.268	.293	.250	.876	.869	.068	.030	.371									
	N	99	99	99	99	99	99	99	99									
	r	.080	.217*	.066	.008	.132	.100	.072	.037	-.050								

İÖA-Sapantılı	P	.430	.031	.518	.941	.194	.326	.479	.714	.621								
	N	99	99	99	99	99	99	99	99	99								
BDÖ-Dikkatsel dürtüsellik	r	.237*	.253*	.231*	.363**	.236*	.269**	.196	.190	-.054	.175							
	P	.017	.011	.021	<0.001	.018	.007	.052	.060	.595	.083							
	N	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99							
BDÖ-Motor dürtüsellik	r	.076	.116	.200*	.150	.188	.191	.181	.115	-.038	.049	.547**						
	P	.451	.250	.046	.137	.061	.057	.073	.256	.706	.630	<0.001						
	N	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	100						
BDÖ-Plan yapmama dürtüsellik	r	.205*	.194	.273**	.395**	.122	.298**	.159	-.016	-.218*	-.021	.329**	.388**					
	P	.041	.054	.006	<0.001	.228	.003	.116	.876	.030	.834	.001	<0.001					
	N	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	100	100					
WHOQOL-BREF-Genel sağlık	r	-.362**	-.258**	-.354**	-.236*	-.266**	-.171	-.105	-.052	.123	-.130	-.217*	-.120	-.229*				
	P	<0.001	.009	<0.001	.018	.007	.089	.302	.611	.225	.198	.030	.236	.022				
	N	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	100	100	100				
WHOQOL-BREF-Fiziksel sağlık	r	-.355**	-.273**	-.310**	-.316**	-.268**	-.169	-.149	-.036	.174	-.037	.298**	-.141	-.339**	.694**			
	P	<0.001	.006	.002	.001	.007	.093	.141	.724	.085	.713	.003	.162	.001	<0.001			
	N	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	100	100	100	100			
WHOQOL-BREF-Ruhsal sağlık	r	-.362**	-.249*	-.371**	-.282**	-.211*	-.223*	-.295**	-.082	.204*	-.171	.377**	.269**	-.368**	.665**	.693**		
	P	<0.001	.012	<0.001	.004	.035	.026	.003	.422	.043	.091	<0.001	.007	<0.001	<0.001	<0.001		
	N	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	100	100	100	100	100		
WHOQOL-BREF-Sosyal ilişkiler	r	-.359**	-.247*	-.362**	-.289**	-.159	-.130	-.152	-.053	.251*	-.022	.323**	-.177	-.328**	.653**	.673**	.653**	
	P	<0.001	.013	<0.001	.004	.113	.198	.134	.602	.012	.826	.001	.078	.001	<0.001	<0.001	<0.001	
	N	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	100	100	100	100	100	100	
WHOQOL-BREF-Çevre	r	-.375**	-.295**	-.512**	-.400**	-.231*	-.425**	-.095	.108	.320**	-.034	-.240*	.277**	-.450**	.561**	.632**	.712**	.596**
	P	<0.001	.003	<0.001	<0.001	.021	<0.001	.347	.286	.001	.740	.016	.005	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001	<0.001
	N	100	100	100	100	100	100	99	99	99	99	100	100	100	100	100	100	100

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed). * Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

4.6. Kontrol Grubunda Ölçekler Arasındaki İlişkiler

- Sağlıklı kontrollerde ÇÇT-Duygusal istismar puanları ile ÇÇT-Duygusal ihmal puanları arasında **pozitif yönde, çok iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** ($r=0.734$, $p<0.001$), ÇÇT-Cinsel istismar puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** ($r=0.337$, $p=0.001$), ÇÇT-Fiziksel istismar ve ÇÇT-Fiziksel ihmal puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=0.517$, $p<0.001$ ve $r=0.533$, $p<0.001$).
- ÇÇT-Duygusal istismar puanları ile İÖA-Korkulu puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** ($r=0.361$, $p=0.001$), İÖA-Güvenli puanları arasında **negatif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** ($r=-0.500$, $p<0.001$), yine Duygusal istismar puanları ile BDÖ-Dikkatsel dürtüsellik ve BDÖ-Motor dürtüsellik puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=0.370$, $p<0.001$ ve $r=0.496$, $p<0.001$).
- Ek olarak Duygusal istismar puanları ile Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları arasında **negatif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu görülmüştür (sırasıyla $r=-0.545$, $p<0.001$ ve $r=-0.446$, $p<0.001$).
- Kontrol grubunda ÇÇT-Duygusal ihmal puanları ile ÇÇT-Fiziksel istismar puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** ($r=0.316$, $p=0.001$), yine ÇÇT-Duygusal ihmal puanları ile ÇÇT-Fiziksel ihmal puanları arasında **pozitif yönde, iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0.623$, $p<0.001$).

- Sağlıklı kontrollerde ÇÇT-Duygusal ihmal puanları ile İÖA-Korkulu puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** ($r=0.326, p=0.001$), İÖA-Güvenli puanları arasında **negatif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** ($r=-0.436, p<0.001$), BDÖ-Motor dürtüsellik puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** ($r=0.389, p<0.001$), WHOQOL-BREF-Sosyal İlişkiler alt ölçek puanları arasında **negatif yönde, iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=-0.605, p<0.001$).
- Ek olarak sağlıklı kontrollerde ÇÇT-Cinsel istismar puanları ile ÇÇT-Fiziksel istismar puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0.349, p<0.001$).
- Kontrol grubunda ÇÇT-Fiziksel istismar puanları ile ÇÇT-Fiziksel ihmal puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu ($r=0.374, p<0.001$), ÇÇT-Fiziksel ihmal puanları ile BDÖ-Motor dürtüsellik puanları arasında ise **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0.485, p<0.001$).
- Yine kontrol grubunda İÖA-Korkulu puanları ile İÖA-Güvenli puanları arasında **negatif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu ($r=-0.365, p<0.001$), BDÖ-Dikkatsel dürtüsellik puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu ($r=0.348, p<0.001$), Ruhsal sağlık, Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları arasında ise **negatif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu görülmektedir (sırasıyla $r=-0.346, p=0.001, r=-0.472, p<0.001, r=-0.442, p<0.001$ ve $r=0.561, p<0.001$).

- Sağlıklı kontrollerde İÖA-Kayıtsız puanları ile BDÖ-Motor dürtüsellik puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** ($r=0.490$, $p<0.001$), WHOQOL-BREF-Sosyal ilişkiler puanları arasında ise **negatif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=-0.377$, $p<0.001$).
- Yine kontrol grubunda İÖA-Güvenli puanları ile Ruhsal sağlık ve Çevre puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı** (sırasıyla $r=0.328$, $p=0.001$ ve $r=0.361$, $p<0.001$), Sosyal İlişkiler puanları arasında ise **pozitif yönde, iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0.609$, $p<0.001$),
- Kontrol grubunda BDÖ-Dikkatsel dürtüsellik puanları ile BDÖ-Motor dürtüsellik puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu ($r=0.454$, $p<0.001$) görülürken Fiziksel sağlık, Ruhsal sağlık, Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları arasında ise **negatif yönde, orta ve iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=-0.401$, $p<0.001$, $r=-0.642$, $p<0.001$, $r=-0.315$, $p=0.001$ ve $r=-0.632$, $p<0.001$).
- Yine kontrol grubunda BDÖ-Motor dürtüsellik puanları ile BDÖ-Plan yapmama dürtüsellik puanları arasında **pozitif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu ($r=0.389$, $p<0.001$) ve ek olarak Ruhsal sağlık, Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları arasında **negatif yönde, düşük ve orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=-0.319$, $p=0.001$, $r=-0.490$, $p=0.001$ ve $r=-0.314$, $p=0.001$).

- Sağlıklı kontrol grubunda BDÖ-Plan yapmama dürtüsellik puanları ile Fiziksel sağlık, Ruhsal sağlık, Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları arasında **negatif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=-0.422$, $p<0.001$, $r=-0.399$, $p<0.001$, $r=-0.424$, $p=0.001$ ve $r=-0.432$, $p<0.001$).
- Kontrol grubunda WHOQOL-BREF-Genel sağlık puanları ile Fiziksel sağlık puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu ($r=0.518$, $p<0.001$) saptanırken WHOQOL-BREF-Fiziksel sağlık puanları ile Ruhsal sağlık, Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu görülmüştür (sırasıyla $r=0.559$, $p=0.001$, $r=0.327$, $p=0.001$ ve $r=0.571$, $p<0.001$).
- Yine kontrol grubunda WHOQOL-BREF Ruhsal sağlık puanları ile Sosyal İlişkiler ve Çevre puanları arasında **pozitif yönde, orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar** olduğu saptanmıştır (sırasıyla $r=0.517$, $p=0.001$ ve $r=0.479$, $p<0.001$). Ek olarak WHOQOL-BREF Sosyal İlişkiler puanları ile Çevre puanları arasında da **pozitif yönde, orta-iyi derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı bir korelasyon** olduğu saptanmıştır ($r=0.430$, $p<0.001$) (Çizelge 4.22).

Çizelge 4.23. Kontrol grubunda ÇÇTÖ, İÖA, BDÖ ve WHOQOL-BREF alt ölçek puanları arasındaki doğrusal ilişki (korelasyon)

		ÇÇTÖ- Duygusal istismar	ÇÇTÖ- Duygusa l ihmal	ÇÇTÖ -Cinsel istisma r	ÇÇTÖ- Fiziksel istismar	ÇÇTÖ- Fiziksel ihmal	İÖA- Korkulu	İÖA- Kayıtsız	İÖA- Güvenli	İÖA- Sapantılı	BDÖ- Dikkatsel dürtüsellik	BDÖ-Motor dürtüsellik	BDÖ-Plan yapmama dürtüsellik	WHO QOL- BREF- Genel sağlık	WHO QOL- BREF- Fizikse l sağlık	WHO QOL- BREF- Ruhsal sağlık	WHOQ OL- BREF- Sosyal ilişkiler
ÇÇTÖ- Duygusal ihmal	r	.734**															
	p	<0.001															
	N	100															
ÇÇTÖ- Cinsel istismar	r	.337**	.113														
	p	.001	.263														
	N	100	100														
ÇÇTÖ- Fiziksel istismar	r	.517**	.316**	.349**													
	p	<0.001	.001	<0.001													
	N	100	100	100													
ÇÇTÖ- Fiziksel ihmal	r	.533**	.623**	.145	.374**												
	p	<0.001	<0.001	.150	<0.001												
	N	100	100	100	100												
İÖA- Korkulu	r	.361**	.326**	-.058	-.049	.148											
	p	<0.001	.001	.564	.627	.141											
	N	100	100	100	100	100											
İÖA- Kayıtsız	r	.295**	.145	.109	.022	.172	.236*										
	p	.003	.149	.279	.827	.086	.018										
	N	100	100	100	100	100	100										
İÖA- Güvenli	r	-.500**	-.436**	-.267**	-.131	-.108	-.365**	-.290**									
	p	<0.001	<0.001	.007	.195	.285	<0.001	.003									
	N	100	100	100	100	100	100	100									
İÖA- Sapantılı	r	-.174	-.142	-.130	-.165	.015	.175	-.232*	.120								
	p	.084	.158	.197	.101	.882	.082	.020	.234								
	N	100	100	100	100	100	100	100	100								
BDÖ- Dikkatsel	r	.370**	.080	.234*	.168	.183	.348**	.312**	-.255*	.060							
	p	<0.001	.430	.019	.096	.068	<0.001	.002	.011	.550							

dürtüselli k	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100							
BDÖ- Motor dürtüselli k	r	.496**	.389**	.244*	.323**	.485**	.153	.490**	-.153	-.256*	.454**						
	P	<0.001	<0.001	.014	.001	<0.001	.129	<0.001	.128	.010	<0.001						
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100						
BDÖ-Plan yapmama dürtüselli k	r	.234*	.149	.206*	-.009	-.045	.024	.203*	-.282**	-.271**	.289**	.389**					
	P	.019	.138	.040	.929	.658	.809	.043	.004	.006	.004	<0.001					
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100					
WHOQO L-BREF - Genel sağlık	r	.182	.116	.225*	.133	.159	.012	.155	-.196	-.148	-.145	.057	-.050				
	P	.070	.249	.024	.187	.115	.909	.123	.050	.143	.150	.570	.624				
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100				
WHOQO L-BREF - Fiziksel sağlık	r	-.067	-.129	.067	.098	.001	-.276**	-.008	.175	-.244*	-.401**	-.182	-.422**	.518**			
	P	.507	.201	.508	.333	.996	.005	.937	.082	.015	<0.001	.070	<0.001	<0.001			
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100			
WHOQO L-BREF - Ruhsal sağlık	r	-.228*	-.146	-.016	.147	-.007	-.346**	-.092	.328**	-.127	-.642**	-.319**	-.399**	.203*	.559**		
	P	.023	.147	.871	.144	.943	<0.001	.362	.001	.207	<0.001	.001	<0.001	.042	<0.001		
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100		
WHOQO L-BREF - Sosyal ilişkiler	r	-.545**	-.605**	.085	-.142	-.336**	-.472**	-.377**	.609**	.108	-.315**	-.490**	-.424**	.079	.327**	.517**	
	P	<0.001	<0.001	.401	.158	.001	<0.001	<0.001	<0.001	.286	.001	<0.001	<0.001	.437	.001	<0.001	
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
WHOQO L-BREF - Çevre	r	-.446**	-.238*	-.286**	-.108	-.178	-.442**	-.234*	.361**	.117	-.632**	-.314**	-.432**	.136	.571**	.479**	.430**
	P	<0.001	.017	.004	.283	.076	<0.001	.019	<0.001	.246	<0.001	.001	<0.001	.178	<0.001	<0.001	<0.001
	N	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

** Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

5. TARTIŞMA

Araştırmamızın OpKB tanılı hasta grubu örneklemini 87 erkek (%87), 13 kadın hasta (%13) ve kontrol grubu örneklemini 90 sağlıklı erkek (%90) ile 10 sağlıklı kadın (%10) oluşturmaktadır. Yani araştırmaya dahil edilen hasta grubu katılımcılarının çoğunluğu erkektir. Bu durumun araştırmanın yapıldığı dönemde polikliniğe başvuran kadın hasta sayısının az olmasından kaynaklandığı söylenebilir. Araştırmamızda OpKB tanılı hasta grubunda görülen bu cinsiyet farklılığı ülkemizde ve dünyada yapılmış olan önceki birçok çalışmayla benzer sonuçlar göstermektedir (330, 331, 332). Literatüre bakıldığında OpKB erkekler arasında daha yaygın bir durum olarak karşımıza çıkmaktadır (4, 333). Yine ülkemizde yapılan bir araştırmada katılımcıların büyük çoğunluğunun (%98'i) erkek olduğu görülmüştür (332). Araştırmamızda hasta grubunun yaş ortalaması 30.76 ± 7.34 , kontrol grubununki ise 27.29 ± 4.81 olarak bulunmuştur. Araştırmadaki hasta grubu yaş açısından değerlendirildiğinde 2016 yılında ülkemizde yapılan 2 çalışmanın yaş ortalamalarıyla benzerlik göstermektedir (334, 335). Bu araştırmada hem hasta hem de kontrol grubunun büyük çoğunluğunu evli bireylerin (sırasıyla %62 ve %83) oluşturduğu görülmektedir. Ek olarak, hasta grubunun %28'inin bekar ve %10'unun ise boşanmış oldukları saptanmıştır. Medeni durum dağılımıyla ilgili yapılan çalışmalarda değişik oranlar bulunmuştur. Bunun sebebi olarak muhtemelen çalışmanın yapıldığı dönemde başvuran hastaların dağılımı etkili olmaktadır. Bizim araştırmamızda gözlenen dağılım ülkemizde Zorlu ve arkadaşlarının yaptığı çalışmayla uyumlu görünmektedir (336). Diğer bir yandan yine ülkemizde yapılan bir araştırmada ise madde kullanım bozukluğu olan bireylerde bekar olanların oranının daha yüksek olduğu ve evli olmayanların OpKB geliştirme riskinin daha fazla olduğu bulunmuştur (337). Çalışmaya katılanların eğitim durumuna bakıldığında tamamının okur-yazar olduğu, hasta grubunun %44'ünün ortaokul mezunu, %48'inin lise mezunu, %8'inin ise üniversite mezunu oldukları; kontrol grubunun ise büyük bir kısmının (%92'sinin) lise mezunu ve %4'ünün de üniversite mezunu oldukları görülmüştür. Yapılan bazı çalışmalardan elde edilen verilere göre eğitim seviyesi arttıkça madde kullanım bozukluğu görülme oranının düştüğü görülmektedir (338). Yakın geçmişte yapılan bir araştırmaya göre yine madde kullanım bozukluğuna sahip bireylerin sıklıkla eğitimlerini yarım bıraktıkları tespit edilmiştir (339). Bunun sebebi olarak da maddeye daha erken yaşlarda başlamanın, kurallara uymamanın ve otoriteyle daha fazla sorun yaşayarak okul devamsızlıklarının fazla olmasının madde kullanım bozukluğu tanılı hastaların akademik başarılarını etkilediği düşünülmektedir (340). Dolayısıyla çalışmamızda OpKB hastalarının

kontrol grubuna göre daha düşük eğitim seviyesine sahip olması literatürle uyumlu görünmektedir. Çalışma durumu bakımından hastaların büyük çoğunluğunun (%59) çalışarak geçimini sağladığı ve %41'inin ise herhangi bir işte çalışmadığı görülürken gruplar arasında çalışma durumu ve çalışma öyküsü açısından anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Literatüre bakıldığında madde kullanım bozukluğu hastalarının işsizlik oranları değişkendir (341, 342). Sürekli madde kullanımı ve madde temini için fazla miktarda para harcanması hastaların mesleki işlevsellik ve ekonomik durumunu olumsuz etkilerken ekonomik kaygılar ve işsizlik gibi etmenler de hastaları madde kullanımına yönleltebilmektedir (343).

Bu araştırmada hasta grubunun %54'ünün ailesiyle beraber yaşadığı ve %9'unun ise ailesinde kendisi dışında başka bir bağımlı bireyin daha olduğu saptanmıştır. Literatüre bakıldığında madde kullanım bozukluğu olan hastaların genellikle ailesiyle birlikte yaşadığı görülmektedir ve bu durum araştırmamızı destekler niteliktedir (342, 344). Yapılan araştırmalarda madde kullanım bozukluğu hastalarında madde kullanım sıklığı ve maddeyle geçirilen zamanın artmasına bağlı olarak ekonomik sorunların hastaları aileleriyle birlikte yaşamaya yönelttiği düşünülmektedir. Ayrıca madde kullanım bozukluğuna yol açan çevresel faktörler arasında yer alan sosyal öğrenme ile çocuklar sosyal çevrelerini oluşturan kişilerin özellikle ebeveynlerinin davranışlarını taklit etme eğilimindedirler. Dolayısıyla ailesinde madde kullanımının olması kişinin madde kullanım riskini arttırmaktadır (345, 346). Madde kullanan bireylerin ailelerinde madde kullanımının sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğu mevcut çalışmamıza benzer şekilde ülkemizde yapılan diğer bir çalışmada da gösterilmiştir (347). Bireyler kullandıkları maddenin veya maddelerin psikostimülan etkisinden dolayı ya da maddeyi temin etmek için gerekli maddi kaynağın sağlanması amacıyla bilinçli olarak da suç davranışları gerçekleştirebilmektedirler (348). Bu araştırmada hasta grubunun %47'sinin madde kullanımı sebebiyle yaşamı boyunca en az bir kere yasal sorun yaşadığı saptanmış ve hasta ile sağlıklı kontrol grupları arasında suç davranışında bulunma açısından anlamlı bir fark olduğu görülmüştür. Hastaların %53'ü herhangi bir adli olaya karışmazken suç davranışı içeriğine bakıldığında hastaların %25'inin üzerinde madde ile güvenlik güçlerine yakalanma, %4'ünün hırsızlık ve %2'sinin ise kavga ve/veya yaralama gibi sebeplerle bir adli kayda sahip olduğu görülmüştür. İşlenen suçların büyük bir kısmının madde ile ilişkili olduğu saptanmıştır. Çalışmamızdan elde edilen bu bulgular mevcut literatür bilgisiyle benzerlik göstermektedir (332, 349). Literatürdeki suç oranlarının farklı olmasına araştırmaya dahil edilen katılımcıların farklı sosyokültürel yapıda yetiştirilmesi, çalışmanın örnekleminin seçildiği ortamın

(hastane/hastane dışı merkezler/cezaevi...vb.) farklı olması ve işlenen suçun niteliğinin etki edebileceği düşünülmektedir.

Çalışmamızda hasta ve kontrol grupları kendine zarar verme davranışı (self-mutilasyon) ve intihar girişimi açısından değerlendirildiğinde kontrol grubunda herhangi bir kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi görülmezken; OpKB hastalarının %32'sinin kendine zarar verme davranışı gösterdiği ve %18'inin ise en az bir kere intihar girişiminde bulunduğu görülmüştür. Çalışmamızda gözlenen kendine zarar verme davranışı ve intihar girişimi değişkenlerinin OpKB hastalarında kontrol grubuna göre anlamlı olarak daha fazla görülmesi mevcut literatürle uyumludur (350, 351). Ayrıca madde kullanım bozukluğunda sıkça ortaya çıkan nüksetme durumu madde kullanım bozukluğu tedavisinde sürecin bir parçası olarak görülmektedir (352). Bu araştırma nüksetme ve tedaviye uyum açısından değerlendirildiğinde hastaların %47'sinin madde kullanım bozukluğu için daha önce herhangi bir tedavi gördüğü ve %51'inin ise en az bir defa maddeyi bırakmayı denediği ve bunun sonucunda da kayma (nüks) yaşadığı tespit edilmiştir. Bu bulgular mevcut literatürü destekler niteliktedir.

Madde kullanım bozukluğu hastalarında çocukluk çağı travmalarının madde kullanımına etkisi ve bu süreçteki bireysel değişkenlerin araştırılması madde kullanım bozukluğu etiyojisini anlamak ve tedavi devamlılığı açısından önem arz etmektedir. Literatürde yapılmış araştırmalarda madde kullanımıyla ilişkili olarak; cinsiyet, eğitim düzeyi, aile, yaş, ekonomik durum gibi sosyodemografik faktörlerin etkili olabileceği vurgulanmıştır (343, 353). Bu nedenle araştırmaya dahil edilen katılımcıların kişisel bilgileri kullanılan ölçeklerle gruplar arasında değerlendirilmiştir. Madde kullanım bozukluğu ile ilgili pek çok araştırma yapılmış ve bu duruma neden olan birçok faktör bulunmuştur. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları da bu çalışmaların araştırdığı ortak değişkenlerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır (2, 3). Yapılan bu araştırmada çocukluk çağı travmalarının tüm alt boyutları incelenmiş olup ailenin çocuklukta durumuna göre Çocukluk Çağı Travma Ölçeği (ÇÇTÖ) üzerinden alınan puanların kontrol ve OpKB hasta grubu arasında anlamlı bir fark saptanmıştır. Yani hasta grubunda çocukluk döneminde travmatik yaşantıya maruz kalma oranı sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek bulunmuştur. Çocukluk çağı travmatik yaşantıları çocukluktan sonra tekrarlanan stres ile birleştiğinde madde kullanımının başlaması, mevcut kullanımın artması, bırakma motivasyonunun azalması ve/veya daha sık nüksetme de dahil olmak üzere madde kullanımına yönelik savunmasızlıkla ilişkilendirilmiştir (354). Literatüre bakıldığında mevcut çalışmamızda bulunan sonuçlara benzer şekilde Banducci ve

arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada kullanılan maddenin türü fark etmeksizin madde kullanım bozukluğu olan bireylerde daha fazla çocukluk çağı travmasına rastlandığı görülmüştür (355).

Bu çalışmada Çocukluk Çağı Travma Ölçeği alt ölçeklerinden Duygusal İstismar, Fiziksel İstismar, Fiziksel İhmal ve Duygusal İhmal puanlarının her iki grupta da yaş, cinsiyet, sigara ve alkol kullanımı, ebeveyn durumu ve nüksetme açısından anlamlı bir farklılık göstermediği tespit edilmiştir. Sadece OpKB hastalarında ÇÇTÖ- cinsel istismar alt ölçek puanlarının kadınlarda erkeklere göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Bu durum madde kullanım bozukluğu olan kadınların erkeklere göre çocukluk çağına daha fazla cinsel istismara maruz kaldıklarının önemli bir göstergesi niteliğindedir. Yani madde kullanım bozukluğuna sahip kadınlarda cinsel istismar öyküsünün bulunmasının travmatik yaşantılara maruz kalmış kız çocuklarında madde kullanmaya başlama açısından öngörücü bir faktör olarak dikkate alınabileceğini düşündürmektedir. Literatür incelendiğinde çalışmamızdan elde edilen bu veri bazı araştırmaların sonuçlarıyla örtüşürken (3, 356) bazılarıyla zıt düşmektedir (357). Yani yapılan araştırmalarda cinsiyetler arasında istismara maruz kalma ve bunun sonucunda bu travmalardan cinsiyetlerin etkilenmelerinde farklılıklar olduğu görülmüştür. Örneğin, Kilpatrick ve arkadaşlarının (357) yaptığı araştırmada ÇÇT için cinsiyetin anlamlı farklılık yarattığı ve kadınlarda cinsel istismarın daha fazla görüldüğü sonucuna ulaşılmıştır. Cinsiyetin anlamlı farklılık yarattığını göstermesine rağmen bu çalışma bizim çalışmamızdan elde edilen veriler ile cinsel istismar boyutunda örtüşmektedir. Yine Gil-Rivas ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışma ayaktan tedavi desteği alan kadın madde kullanım bozukluğu hastalarında cinsel istismara uğrama ihtimalinin erkeklere kıyasla daha yüksek olduğunu ifade etmektedir (358). Literatürde görülen bu farklı sonuçlar, travma türlerinin erkek ve kadınlarda sürekli aynı türden ve aynı seviyede görülmediğini göstermektedir. Aradaki bu farklılığın, çalışmaların yapıldığı ortamların kültürel faktörlerinin travma görülme yaygınlığını etkilemesi veya çalışmaların örneklem sayısı ile ilişkili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca cinsiyet ve yaş değişkeni ile çocukluk çağı travmaları arasında anlamlı bir fark bulunamaması sonucu, literatürdeki diğer çalışmalarla benzerlik göstermektedir (359, 360). Ancak bazı erken dönemde yapılmış çalışmalarda çocukluk çağı travmatik yaşantıları ve aile ilişkilerinin madde kullanımı ve maddeye başlangıç yaşıyla ilişkili olduğu bulunmuştur (361). Çalışmamızda ebeveyn durumuna göre ÇÇT değerlendirildiğinde her iki grup arasında anlamlı farklılık saptanmazken Zeren ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada parçalanmış aileye sahip bireylerin çocukluk çağı travma düzeylerinin ebeveynleri birlikte olanlara göre anlamlı olarak yüksek çıktığı görülmüştür (362). Çocukluk döneminde cinsel ve fiziksel istismara maruz kalan bireylerde

madde kullanımının daha fazla görülmesine ek olarak bu bireylerin nüksetme oranlarının da daha fazla olduğu belirtilmektedir (363, 364). Moustafa ve arkadaşlarının yaptığı bir çalışmada çocukluk çağı travmatik yaşantılarının madde kullanım bozukluğu riskini ve nüks oranlarını arttırdığı gösterilmiştir. Yine aynı çalışmada fiziksel ihmal arttığında nüks sayısının arttığı görülmektedir (363). Schückher ve arkadaşlarının 2019 yılında yaptıkları çalışmalarında çocukluk döneminde travmatik yaşantıya maruz kalmış bireylerin tedavi başarılarının bunu deneyimlemeyen bireylere göre göre daha düşük olduğu saptanmıştır (365). Ancak ÇÇTÖ alt ölçekleri ile nüksetme durumu ve sayısı arasında anlamlı bir farklılık olmadığını gösteren çalışmamız literatürdeki bu çalışmalarla uyuşmamaktadır. Ek olarak yaptığımız bu çalışmada intihar girişimine göre ÇÇT değerlendirildiğinde hasta ve kontrol grubu arasında anlamlı bir farklılık bulunamamıştır. Çalışmamızda OpKB hastalarının herhangi bir komorbid psikiyatrik hastalığının bulunmaması ve belki de çocukluklarında travmatik yaşantı deneyimlemiş olsalar bile sosyal destekleri ve/veya başa çıkma becerilerinin yeterli düzeyde olması nedeniyle sonucun bu şekilde görüldüğü düşünülmektedir. Burada elde edilen sonuçlar mevcut literatürdeki diğer çalışmalarla farklılık göstermektedir. Örneğin, bizim çalışmamızın aksine Roy ve arkadaşlarının madde kullanım bozukluğu hastalarında yaptıkları bir çalışmada mevcut çalışmamızdan farklı olarak çocukluk çağında travmatik olaylara maruz kalan hastalarda intihar girişimi oranının maruziyeti olmayan gruptan yüksek olduğu bulunmuştur (351).

Bu çalışmada OpKB hastaları ve sağlıklı kontroller arasında İÖA korkulu, güvenli ve saplantılı alt ölçek puanları arasında anlamlı bir fark saptanmazken sadece kayıtsız alt ölçek puanlarının OpKB hastalarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir. Araştırmadaki örneklemin bağlanma stilleri yaş değişkenine göre incelendiğinde elde edilen sonuçlarda korkulu/kaygılı alt ölçeği hariç bağlanma stilleri ile yaş değişkeni arasında anlamlı bir farklılığa rastlanmamıştır. Birçok yaş grubundan yetişkin bireyin çalışmamıza dahil edilmesine rağmen bireylerin bağlanma stillerinde farklılık görülmemesinin nedeni olarak örneklem grubundaki ebeveynlerin çocuklarının gereksinimlerine daha özenli olmaları, çocuklarıyla ideal ve güvenli bir bağlanma ilişkisi kurmaları ve belki de toplumda benzer çocuk yetiştirme kalıplarının hâkim olmasının etkili olabileceği ve benzer sonuçlara yol açabileceği düşünülmektedir. Çalışmamıza benzer şekilde yakın zamanda yapılan 2 çalışmada da bağlanma stillerinde yaşa göre farklılaşma olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (366, 367). Ek olarak bu araştırmada OpKB hastalarının İÖA-Korkulu alt ölçek puanlarının <30 yaş olanlarda, ≥30 yaş olan hastalara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırmanın yaş değişkenine göre bağlanma stilleri değerlendirildiğinde elde

edilen sonuçlar 2020 yılında yapılan bir araştırmayla benzerlik göstermektedir (368). Araştırmaya dahil edilen hasta grubu cinsiyet açısından değerlendirildiğinde güvenli bağlanmanın erkeklerde kadınlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu saptanmıştır. Araştırmada görülen bu sonuç 2017 yılında yapılan bir meta analiz çalışmasıyla benzerlik göstermektedir. Birden fazla çalışmanın bir arada değerlendirildiği bu meta analizde bizim çalışmamızla uyumlu olarak erkeklerde kadınlara göre güvenli bağlanma düzeyinin daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (369).

Araştırmaya dahil edilen katılımcıların çocukluk döneminde ebeveynlerinden ayrı kalıp kalmama durumuna bağlı olarak bağlanma stillerinin farklılaşıp farklılaşmadığına dair elde edilen sonuçlara göre çocukluğunda bir dönem ebeveynlerinden ayrı kalan OpKB tanılı yetişkinlerin kaygılı bağlanma düzeyleri, ayrı kalmayan yetişkinlerin ise güvenli bağlanma düzeylerinin anlamlı olarak daha yüksek olduğu tespit edilmiştir. Araştırma sonucuna göre çocuklukta bakım verenlerinden ayrı kalmış bireyler kaygılı bağlanma stiline sahip olmakta ve belki de kişiler arası ilişkilerden uzak durmalarından doğabilecek boşluğu madde kullanımına yönelerek doldurmaya çalışmaktadırlar. Ayrıca çocuklukta vefat ve/veya boşanma sebebiyle ebeveynlerinden ayrı büyümek çocukta kaygı yaratmakta ve bu ayrılık yetişkinlikte bireyin yaşamla mücadelesini zorlaştırabilmekte ve bu zorluklarla baş edebilmek için bireyler madde kullanmaya yönelebilmektedirler.

Araştırmamızdaki bağlanma stillerinin sigara kullanımı ile ilişkisine dair elde edilen sonuçlara göre sadece saplantılı bağlanma stili ile sigara kullanımı arasında pozitif yönde bir ilişki olduğu görülmüştür. Araştırma sonuçlarına göre çocukluğunda ebeveynleri ile saplantılı bağlanan bireylerin sigara kullanımına yöneldikleri tespit edilmiştir. Çocukluk döneminde ihtiyaçları yeterli düzeyde karşılanmamış ve dolayısıyla güvenli bağlanma geliştirememiş çocuklar yetişkinlikte kişilerarası ilişkilerinde kaygı yaşayabilmekte ve bu kaygıyı bastırmak için sigara kullanımına yönelebilmektedirler. Çalışmamızla uyumlu şekilde literatürde sigara kullanımı ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkiyi inceleyen bir çalışmada sigara kullanan katılımcıların yaklaşık %20'sinin saplantılı bağlanma stiline sahip olduğu görülmüştür (370). Yine araştırmamızda sigara kullanmayan madde kullanım bozukluğu hastalarının güvenli bağlanma stiline sahip oldukları görülmektedir. Ergen madde kullanım bozukluğu hastalarıyla yapılan bir çalışmada hastalar bağlanma stilleri yönünden sağlıklı kontrollerle karşılaştırılmış ve madde kullanım bozukluğu olmayan ergenlerin güvenli bağlanma oranının madde kullanım bozukluğu olanlara göre daha yüksek olduğu tespit edilmiştir (371). Yapılan bir diğer çalışmada

ise sigara kullanmayan üniversite öğrencilerinin sigara kullananlara göre daha güvenli bağlanma özellikleri ortaya koyduklarını ifade edilmiştir (291).

Bu araştırma sonuçlarına göre yetişkin bireylerde OpKB gelişimini çocukluk çağı travmaları ve bağlanma stillerinin önemli derecede etkilediği ortaya çıkmıştır. Çocukluk döneminde travmatik olaylara maruz kalan grupta güvensiz (korkulu, kaygılı ve saplantılı) bağlanma puanları travmatik yaşantı deneyimlemeyen gruba göre daha yüksek bulunmuştur. Yaptığımız çalışmada çocukluk döneminde duygusal ihmale uğramış bireylerin yetişkinlikte korkulu bağlanma stiline sahip oldukları; duygusal istismara maruz kalanların ise yetişkinlikte daha çok kaygılı ve korkulu bağlandıkları görülmüştür. Çocukluk döneminde bakım verenlerle olan etkileşimlerin yetişkinlikteki bağlanma stillerini oluşturması nedeniyle bireylerin çocukluk çağında ebeveynleri tarafından travmaya maruz bırakılmaları ve yetişkinlik çağında güvensiz bağlanma örüntüleri sergilemeleri birbirini desteklemektedir (351, 372). Çocukluk döneminde travmatik olaylara maruz kalan ve bakım verenleriyle girdikleri olumsuz etkileşimler sonucu güvensiz bağlanma stili geliştiren bireylerin yetişkinlikte madde kullanımına yönelebildikleri tespit edilmiştir (294). Çalışmamız da literatürdeki bu bulguları desteklemektedir. Bu nedenle çocukları travmatik yaşantılara maruz kalmaktan korumanın OpKB gelişimini önlemek için önemli bir müdahale alabileceğini düşünmekteyiz.

Bu çalışmanın diğer bir önemli yönü, dürtüsellik ile diğer değişkenler arasındaki ilişkileri araştırmasıdır. Daha önce dürtüsellik bu kadar çok değişkenle arasındaki ilişki incelenmemiş olup bu araştırmanın verilerinin birçok psikopatolojinin tanı kriterleri arasında yer alan dürtüsel davranışları önlemeye ve/veya tedavi etmeye yönelik yaklaşımlar oluşturulabileceği düşünülmektedir. Literatürde genel olarak dürtüsellik ve madde kullanım bozukluğu arasında güçlü bir ilişki olduğu görülmüştür (373). Yapılan çalışmalarda madde kullanım bozukluğu hastalarında kontrol grubuna göre dürtüsellik, yenilik ve heyecan arayışının öz bildirim ölçek puanlarının daha yüksek olduğuna dair kanıtlar mevcuttur (374). Yani dürtüsellik daha fazla olan bireylerin maddeyi deneme, madde kullanımına devam etme ve madde kullanım bozukluğu geliştirme olasılıkları daha yüksektir. Bu çalışmada OpKB hastaları ile sağlıklı kontroller arasında dikkatsel dürtüsellik alt ölçek puanları açısından anlamlı bir fark görülmezken; OpKB hastalarının sağlıklı kontrollere göre motor dürtüsellik ve plan yapmama (plansız dürtüsellik) dürtüsellik puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Bu bulgular iki grubun dikkatsel dürtüsellik için düşünce hızı ve konsantrasyon açısından benzer olduğunu göstermektedir. Ek olarak OpKB olan hastaların

plan yapmama dürtüsellığı açısından sonuçları değerlendirme, hazzı erteleme ve uygun karar vermede daha fazla sorun yaşadıkları; motor dürtüsellik açısından da bu grubun sonuçları düşünmeden hareket ettikleri ve tepki engellemede daha fazla zorlandıkları görülmektedir. Ülkemizde yapılan araştırmaların sonuçları da bizim çalışmamızdaki bulgularla benzerlik göstermektedir (375). Çalışmamızda yaş değişkenine göre dikkatsel dürtüsellik alt ölçek puanlarının <30 yaş olanlarda, ≥30 yaş olan OpKB hastalarına göre anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Yani genç bireylerin daha çok konsantrasyon sorunu yaşadıkları söylenebilir. Dürtüsellik cinsiyet açısından değerlendirildiğinde bu çalışmada motor dürtüsellik puanlarının erkeklerde kadınlara göre anlamlı olarak daha fazla olduğu saptanmıştır. Bu durumda erkeklerin kadınlara göre duygusal, bilişsel ve davranışsal tepkileri bastırmakta daha fazla zorlandıkları ve sonuçlarını düşünmeden harekete geçtikleri söylenebilir, belki de bu durum madde kullanım bozukluğunun erkeklerde daha fazla görülmesinin nedenlerinden biri olabilir.

Dürtüsellığın hem travmatik olaylar sonrası oluşan bir sonuç hem de travmaya bağlı psikopatoloji oluşması için bir risk faktörü olabileceği bilinmektedir (373). Yetişkinlik döneminde birçok psikiyatrik rahatsızlığa yol açabildiği bilinen çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile dürtüsellik ilişkisine bakıldığında çalışmamızda duygusal ve cinsel istismarın dikkatsel dürtüsellik alt ölçeği ile pozitif yönde ve istatistiksel olarak anlamlı bir ilişkiye sahip olduğu; duygusal istismar ile fiziksel ve duygusal ihmalin ise motor dürtüsellik ile güçlü bir ilişki gösterdiği saptanmıştır. Ek olarak çalışmamızda cinsel istismara maruz kalan bireylerin plansız dürtüsellik puanlarının da sağlıklı kontrollere göre daha fazla olduğu görülmüştür. Çalışmamızın bu bulguları çocukluk dönemindeki travmatik yaşantılardan duygusal ve cinsel istismarın motor ve dikkatsel dürtüsellığı; cinsel istismarın ise plansız dürtüsellığı öngörebileceğini göstermektedir. Yakın zamanda yapılan bir araştırma, çalışmamızdaki bulguları destekleyecek şekilde çocuk istismarı ve ihmalinin dürtüsellik üzerinde etkili olduğunu ve madde kullanım riskini arttırdığını göstermektedir (376). Ek olarak mevcut literatür incelendiğinde Manninen ve arkadaşlarının yaptığı çalışmada dürtüsellığın çocukluk çağı travmatik yaşantıları ile intihar davranışı arasında bir arabulucu olabileceği bulgusu dikkat çekmektedir (377). Ayrıca araştırmamızın ilginç bir bulgusu olarak hasta grubunda intihar girişimi olanların olmayanlara göre plansız dürtüsellik puanlarının daha yüksek olduğu görülmüştür. Bu bulgumuz da mevcut literatürle uyumludur (377). Çalışmamız ayrıca dürtüsel davranışlar nedeniyle sağlık kurumlarına başvuran hastalarda çocukluk çağı travmatik yaşantılarının sorgulaması gerektiğine ve travmatik olaylara maruz kalanlarda dürtüsel

davranışların ortaya çıkabileceğini değerlendirmek gerektiğine dikkat çekmektedir. Çok çeşitli alt boyutları bulunan ve farklı görünimleri olabilen dürtüsellik aynı zamanda bağlanma stilleriyle ilgili de önemli bilgiler verebilmektedir. Bu nedenle bu araştırmada hem dürtüsellığe gereken önem verilmeye hem de bağlanma ve diğer psikopatolojilerle ilişkisi araştırılmaya çalışılmıştır. Çalışmamızda korkulu bağlanan kişilerin dikkatsel dürtüsellik puanlarının yüksek olduğu ve kayıtsız bağlanan kişilerde ise motor dürtüsellüğün daha fazla görüldüğü saptanmıştır. Bu durum da aslında araştırmanın amaçlarından biri olan bağlanma stilleri ile dürtüsellik arasındaki ilişkiyi ortaya koymaktadır.

OpKB hastalarında kadın ve erkeklerin, kontrol grubunda olan kadın ve erkeklere göre Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQOL-BREF) alt ölçek puanlarının istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük olduğu gözlemlenen bu çalışmada sadece WHOQOL-BREF-Ruhsal sağlık puanları açısından gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır. Hasta örnekleminin herhangi bir ruhsal hastalığı olmayan madde kullanım bozukluğu hastalarından seçilmiş olması bu durumda etkili olabilir. Yaşam kalitesi ile cinsiyet değişkeni arasındaki ilişki değerlendirildiğinde yaşam kalitesinin alt ölçekleri ile cinsiyet arasında anlamlı bir farklılığın olmadığı görülmüştür. Literatüre bakıldığında yapılan bazı çalışmalar bizim çalışmamızı destekler nitelikte cinsiyet ile yaşam kalitesi arasında istatistiksel olarak anlamlı bir farklılık olmadığını (377, 378), bazı çalışmalar ise erkeklerin yaşam kalitesinin kadınlardan anlamlı derecede yüksek olduğunu (379, 380) ortaya koymaktadır. Sonuç olarak yaşam kalitesinin alt boyutlarının cinsiyete göre farklılaşıp farklılaşmadığı üzerine genel bir kanı oluşmadığı ve literatürün çeşitlilik gösterdiği söylenebilir. Sigara kullanımına bakıldığında sigara kullanımının hem hasta hem de kontrol grubunda kişilerin yaşam kalitesini olumsuz yönde etkilediği görülmüştür. Sigara kullanımı olan her iki grupta da genel sağlık, fiziksel sağlık ve ruhsal sağlık alt ölçek puanlarında anlamlı düşüklükler saptanmıştır. OpKB hastalarında aile içinde başka bağımlı birey varlığı ve aile ilişkilerinin kötü olması durumunda YK-Çevre alt ölçek puanlarının anlamlı şekilde düşük çıktığı saptanmıştır. Yine OpKB hastalarında intihar girişimi olanlarda YK-Çevre alt ölçek puanlarının olmayanlara göre düşük çıktığı ve bu farkın anlamlılık düzeyine oldukça yakın olduğu gözlenmiştir. Aile ilişkilerinin bireylerin ruhsal sağlığını da etkilediği görülmektedir. Aile ilişkileri kötü olan OpKB hastalarının YK-ruhsal sağlık ölçek puanlarında anlamlı şekilde düşüklük görülmektedir. Yine aile ilişkileri kötü olan hastalarda YK-fiziksel sağlık ve genel sağlık alt puanlarının düşük seviyelerde olduğu ancak aradaki farkın anlamlı olmasa da anlamlılık seviyesine yakın bir düzeyde olduğu saptanmıştır. Ek olarak ebeveyn kaybı yaşayan bireylerde çevre alt ölçek puanlarının anlamlı şekilde düşük

olduğu görülmektedir. Araştırmamızda yapılan korelasyon analizleri sonucunda, katılımcıların çocukluk çağı travmaları genel puanları ile yaşam kalitesi alt ölçek puanları arasında negatif yönde orta derecede anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Çocukluk çağı travmasının alt boyutları olan fiziksel ihmal, duygusal ihmal, duygusal istismar ve cinsel istismar ile yaşam kalitesinin bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevresel alan puanları arasında negatif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Yani çocukluk çağı travmatik yaşantıları arttıkça bedensel, ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevresel yaşam kalitesi boyutlarında azalma olmaktadır. Ancak çalışmamızda çocukluk çağı travması alt boyutu olan fiziksel istismar ile WHOQOL-BREF alt ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki olmadığı gözlenmiştir. Literatüre bakıldığında çalışmamızın bulgularını destekleyen şekilde çocuklukta yaşanan olumsuz yaşantıların genel olarak yaşam kalitesinde bozulmaya yol açtığını gösteren çalışmaların yer aldığı görülmektedir (7, 303). Bireylerde travma sonrası ebeveynlerine ve/veya çevresindeki insanlara karşı korku ve kaygı duyguları gelişebilir. Bu bireyler kendilerini diğer insanlardan soyutlayıp iletişimi kesebilmekte ve bu bireylerde genel olarak işlevsel bozukluklar görülebilmektedir. Yapılan araştırmalarda çocukluk çağındaki travmaların ilerleyen dönemlerde bireylerin psikolojik dayanıklılığını azalttığı ve bu durumda kişilerin şiddete ve madde kullanımına daha yatkın olduklarını saptamıştır (229). Ayrıca yapılan araştırmalar göstermiştir ki kişilerin yaşadıkları travmalar yaşam kalitesinde önemli bir etkindir (381).

Araştırmamızdan elde edilen bulgulara göre, güvenli bağlanma stili ile ruhsal, sosyal ilişkiler ve çevre alanındaki yaşam kalitesi puanları arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Ek olarak kayıtsız bağlanma gösteren bireylerde sosyal ilişkiler alt ölçek puanının; korkulu bağlanan bireylerde ise yaşam kalitesinin bazı alt ölçek (Ruhsal sağlık, Sosyal İlişkiler ve Çevre alanı) puanlarının daha düşük olduğu görülmektedir. Mevcut çalışmamız bu açılarından literatürle benzer bulgulara sahiptir (382, 383). Yakın zamanda yapılan bir çalışmada güvenli bağlanma ile yaşam kalitesinin tüm alt boyutları arasında pozitif yönlü anlamlı ilişki bulunurken; korkulu bağlanma stili ile yaşam kalitesinin tüm alt boyutları arasında, saplantılı ve kayıtsız bağlanma stilleri ile yaşam kalitesinin bazı alt boyutları arasında negatif yönlü anlamlı ilişkiler olduğu görülmektedir (382). Yani elde edilen bulgulardan yola çıkarak güvenli bağlanma stiline sahip bireylerin yaşam kalitelerini daha olumlu değerlendiren bireyler oldukları söylenebilir. Güvenli bağlanmanın yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkisi ve güvensiz bağlanmanın yaşam kalitesi üzerindeki olumsuz etkisi beklendik bir bulgu olmasına rağmen literatürde bağlanma stilleri ile yaşam kalitesini ele alan çalışmalar oldukça sınırlıdır (384). Dürtüsellik de bireylerin yaşam kalitesini etkileyen unsurlardan biri olarak karşımıza

çıkmaktadır. Dürtüsellik ölçeğinin tüm alt ölçek puanları ile yaşam kalitesinin birçok alt ölçeğinin puanları arasında negatif yönde orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonların görülmesi çalışmamızın bir diğer önemli bulgusudur. OpKB hastalarında madde aşırma ölçek puanları ile WHOQOL-BREF tüm alt ölçek puanları arasında negatif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır. Yani madde aşırmasının şiddetli olduğu hastalarda WHOQOL-BREF tüm alt ölçek puanlarının anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. Aşırma yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen bir değişken olarak karşımıza çıkmaktadır.

Çalışmamızdaki OpKB hastaları madde isteği (aşırma) açısından değerlendirildiğinde intihar girişimi olanların ve aile ilişkisi kötü olanların Madde Aşırma Ölçeği puan ortalamalarının intihar girişimi olmayan ve aile ilişkisi iyi olanlara göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir. Buna göre aile ortamı kötü ve aile desteği az olan bireylerin daha fazla madde isteklerinin olduğu sonucuna ulaşılabilir. Yapılan korelasyon analizleri sonucunda Madde aşırma ölçeği puanları ile ÇÇTÖ, İÖA ve Barratt dürtüsellik ölçek puanları arasında anlamlı bir ilişki görülmezken; MAÖ ile Yaşam Kalitesi tüm alt ölçek puanları arasında negatif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır.

Çalışmada kullanılan tüm ölçeklerle nüks değişkeni arasındaki ilişkiye bakıldığında çocukluk çağı travmaları, bağlanma stilleri, yaşam kalitesi ve dürtüsellikle nüks arasında anlamlı bir ilişki olmadığı görülmüştür. Oysaki literatüre bakıldığında çocukluk döneminde travmaya maruz kalmış madde kullanımı olan bireylerin zor ve sıkıntılı durumlarla karşı karşıya kaldıklarında bir ayıklık döneminden sonra nüksetmeye daha yatkın oldukları görülmüştür. Bireyler tekrarlayıcı ve çok fazla sıkıntıya maruz kaldıklarında duygularını duyarsızlaştırmak ve sıkıntıyla baş edebilmek için madde kullanımına yönelmekte ve dolayısıyla nüksetme görülebilmektedir (363, 385). Çalışmamız bu yönüyle mevcut literatürle uyuşmamaktadır. Bu durum OpKB hastalarında nüksetme gelişiminde çalışmamızda araştırılan değişkenler dışında daha birçok farklı nedenin bulunmasından kaynaklanıyor olabilir. Nüksetme her bireye özgü risk faktörleri incelenerek değerlendirilmelidir ve altta yatan risk faktörleri açısından daha fazla çalışma yapılmasına ihtiyaç vardır.

Araştırmanın Sınırlılıkları

Her araştırmada olduğu gibi, bizim araştırmamızın da birtakım sınırlılıkları bulunmaktadır. Bu çalışmanın sonuçları birtakım sınırlamalar göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir. İlk olarak çalışmamızda araştırılan değişkenlerin öz bildirim ölçekleri kullanılarak değerlendirilmesi ve bazı ölçeklerde sorulan soruların geçmişe yönelik bireylerin hafızalarının el verdiği ölçüde cevaplanması bazı yanlış sonuçlar vermiş olabilir. Ayrıca araştırma verileri, ölçeklerin ölçtüğü özellikler ve soru içerikleriyle sınırlıdır. Yaşanılan travmatik olayların bireylerin çoğunlukla hatırlamaktan kaçındığı ve sıkıntı veren olaylar olması nedeniyle soruları cevaplarken bireylerin yaşam kalitesi ve çocukluk çağı travmalarına özellikle de cinsel istismara dair alınan verilerde kendilerini saklamış olabilecekleri göz önünde bulundurulmalıdır. Ek olarak araştırma örneklemimizin genç yetişkin ağırlıklı katılımcılardan oluşması nedeniyle araştırmamızın farklı yaş gruplarını karşılaştırma olanağı bakımından eksik kaldığı düşünülebilir. Araştırmamızın örnekleminin sadece tek bir merkezden seçilmesi nedeniyle araştırmamız, Türkiye'deki tüm OpKB hastalarını temsil etmeye ilişkin kısıtlılıklar taşımaktadır. Örneklemin genişletilmesi ve ölçeklerin çeşitlendirilmesiyle kültürel farklar ve kadın erkek travmatik olaya maruz kalma farklılıklarındaki kültürel özelliklerin ikili ilişkilerdeki ve dolayısıyla bağlanma stillerindeki etkisi istatistiksel olarak anlamlı olabilecek biçimde farklı çıkabilir. Bu nedenle çalışmamızdaki değişkenlerin daha geniş bir örneklem dahil edilerek tekrarlanmasının literatüre daha fazla katkı sağlayacağı öngörülmektedir. Araştırmaya dair bir başka kısıtlılık da verilerimizin kesitsel olmasıdır. Kesitsel araştırmalarda geçmişe yönelik ölçümler alınırken bilgilerin katılımcılar tarafından zaman içinde yeniden yapılandırılma ihtimali göz önünde bulundurulmalı ve zaman içinde bireylerin azalan yaşam kaliteleri nedeniyle geçmişe dönük yaşam olaylarını daha negatif algılayabilme durumları dikkate alınmalıdır. Bu nedenle bu tür yaşantıların erişkinlik dönemindeki etkilerinin incelenebileceği boylamsal çalışmaların bulguları daha sağlıklı bir şekilde değerlendirebileceği kanaatindeyiz. Son olarak araştırmamız değişkenler arasında neden sonuç ilişkisi kurmayı amaçlıyor olsa da mevcut çalışmanın deneysel bir çalışma olmaması nedeniyle değişkenler arasındaki ilişki literatür ile desteklenerek yorumlanmıştır.

6. SONUÇ VE ÖNERİLER

Araştırmamızın bulguları incelendiğinde çocukluk çağında yaşanan travmatik olayların ve çeşitli nedenlerle oluşan güvensiz bağlanma stillerinin OpKB gelişmesinde risk faktörü olduğu ve bu değişkenlerin hastaların dürtüsel davranışlarını, tedaviye devamlılıklarını ve yaşam kalitelerini öngörmekte kullanılabileceğini söylemek mümkündür. Elbette ki pek çok farklı ara değişken de mevcut olup OpKB oluşumuna etki etmektedir. Literatürde şimdiye kadar yapılan çalışmalar incelendiğinde belli psikopatolojilerde bu değişkenlerin ayrı ayrı yaygınlığının değerlendirildiği çalışmalar en fazla karşılaşılan çalışma grubunu oluşturmaktadır. Ancak bizim çalışmamız OpKB hastalarında çocukluk çağı travmaları ve bağlanma stillerinin hastaların sosyodemografik özellikleri, dürtüsellik, tedavi uyumu, nüksetme ve yaşam kalitesi ile ilişkisini kapsamlı bir şekilde değerlendiren ilk çalışma özelliğini taşıması açısından önem arz etmektedir. Araştırmanın bulgularından yola çıkarak çocukluk çağı travmalarının önlenmesiyle gelecekte bireylerin daha güvenli bağlanma stilleri oluşturacakları, dürtüsel davranışların sıklığında azalma sağlanacağı ve dolayısıyla ilgili psikopatolojilerin örneğin intihar davranışı, suça yönelik davranışlar, madde ve alkol kullanımı gibi durumların azaltılmasının mümkün olabileceği düşünülmektedir. Çalışmamızın verileri toplum ruh sağlığını ve toplumun yaşam kalitesini arttırmayı hedefleyen ruh sağlığı politikaları açısından anlamlıdır ve planlanacak psikososyal müdahalelere de yol gösterme potansiyeli taşımaktadır. Toplumumuzdaki genç yetişkinlerin yaşam kalitelerini arttırmaya yönelik yetkili merciler tarafından verilebilecek psikoeğitimlerle anne-çocuk ilişkilerini bağlanma perspektifinden ele alarak yetişecek nesillerin daha güvenli bağlanma örüntüleri geliştirmesine katkıda bulunulabilir, böylelikle bu bireyler yetişkinliklerinde güvenli bağlanmaya dayanan ilişkiler kurabilir ve bu durum da bireylerin sosyal yaşam kalitesinde artışla sonuçlanabilir. Ayrıca OpKB tedavi seçenekleri arasında sadece bağımlılığın kendisine odaklanmakla kalmayıp sorunun temel nedenlerini araştırarak bu konuya daha fazla ilgi gösterilmesi gerektiğini düşünmekteyiz.

7. ÖZET

Amaç: Bu çalışmada Opiyat kullanım bozukluğu (OpKB) hastalarının çocukluk çağı travmalarının, bağlanma stillerinin, yaşam kalitelerinin, tedaviye uyumlarının ve dürtüsellik seviyelerinin ortaya koyulması amaçlanmıştır.

Yöntem: Akdeniz Üniversitesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi'nde ayaktan tedavi gören OpKB tanılı 100 hasta ve 100 sağlıklı gönüllü çalışmanın örneklemini oluşturmaktadır. Araştırmada veri toplamak amacıyla bu çalışma için hazırlanmış Sosyodemografik Veri Formu, Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), İlişki Ölçekleri Anketi (İÖA), Barratt Dürtüsellik Ölçeği (BDÖ), Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği (WHOQL-BREF) ve Madde Aşırma Ölçeği (MAÖ) kullanılmıştır.

Bulgular: ÇÇTÖ Cinsel İstismar ($p=0.125$) hariç tüm alt ölçek puanlarının OpKB hastalarında sağlıklı kontrollere göre anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır (Duygusal istismar $p<0.001$, Duygusal ihmal $p=0.002$, Fiziksel istismar $p<0.001$ ve Fiziksel ihmal $p<0.001$). Her iki grup bağlanma stilleri alt ölçek puanları açısından değerlendirildiğinde gruplar arasında anlamlı bir farklılık saptanmazken sadece İÖA-Kayıtsız alt ölçek puanlarının OpKB hastalarında kontrol grubuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde düşük olduğu tespit edilmiştir ($p=0.046$). Dürtüsellik düzeylerine bakıldığında gruplar arasında BDÖ Dikkatsel dürtüsellik ($p=0.417$) alt ölçek puanları açısından anlamlı bir farklılık saptanmazken OpKB hastalarında BDÖ-Motor dürtüsellik ve Plan yapmama (plansız) dürtüsellik puanlarının sağlıklı kontrollere göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde yüksek olduğu tespit edilmiştir (sırasıyla $p=0.047$ ve $p<0.001$). OpKB hastalarında WHOQL-BREF Ruhsal sağlık dışındaki tüm alt ölçek puanlarının sağlıklı kontrollere göre anlamlı bir şekilde düşük olduğu görülmüştür (Genel sağlık $p<0.001$, Fiziksel sağlık $p<0.001$, Sosyal ilişkiler $p<0.001$ ve Çevre alt ölçeği $p=0.034$). OpKB hastalarında MAÖ puanları ile WHOQL-BREF tüm alt puanları arasında negatif yönde, düşük-orta derecede kuvvetli ve istatistiksel olarak anlamlı korelasyonlar olduğu saptanmıştır.

Sonuç: OpKB hastalarının çocukluk çağında daha fazla travmaya maruz kaldığı, daha kötü yaşam kalitesi olduğu ve daha dürtüsel oldukları söylenebilir. OpKB hastaları ile kontrollerin bağlanma stillerinde fark saptanmamıştır. OpKB hastalarında tedavi planı oluşturulurken hastaların dürtüsellik, bağlanma ve çocukluk çağı travmatik yaşantı öykülerinin detaylı bir

şekilde değerdendirilmesi, başa çıkma becerilerinin geliştirilmesine yönelik müdahalelerin yapılması ve tedavi programlarının yaşam kalitesini arttırmaya yönelik yapılandırılması tedavi başarısını arttırabilir.

Anahtar Kelimeler: Opiyat Kullanım Bozukluğu, Çocukluk çağı travmaları, Bağlanma stilleri, Yaşam kalitesi, Dürtüsellik, Nüksetme



8. ABSTRACT

Objective: In this study, it was aimed to reveal the childhood traumas, attachment styles, quality of life, adherence to treatment, and impulsivity levels of opiate use disorder (OpUD) patients.

Method: 100 patients with OpUD receiving outpatient treatment at Akdeniz University Alcohol and Substance Addiction Research and Application Center and 100 healthy volunteers constitute the sample of the study. Sociodemographic Data Form prepared for this study, Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), Relationship Scales Questionnaire (RSQ), Barratt Impulsivity Scale (BIS), World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQL-BREF), and Substance Craving Scale (SCS) were used to collect data in the study.

Results: Except for CTQ Sexual Abuse ($p=0.125$), all domain scores were found to be significantly higher in OpUD patients than in healthy controls (Emotional abuse $p<0.001$, Emotional neglect $p=0.002$, Physical abuse $p<0.001$, and Physical neglect $p<0.001$). When both groups were evaluated in terms of attachment styles domains scores, no significant difference was found between the groups, but only RQS-Dismissing domain scores were found to be statistically significantly lower in COPD patients compared to the control group ($p=0.046$). When the impulsivity levels were examined, no significant difference was found between the groups in terms of BIS Attentional impulsivity ($p=0.417$) subscale scores, while it was found that the BDI-Motor impulsivity and Non-planning impulsivity scores were statistically significantly higher in OpUD patients compared to healthy controls (respectively $p=0.047$ and $p<0.001$). It was observed that all subscale scores of WHOQL-BREF except psychological health were significantly lower in OpUD patients compared to healthy controls (General health $p<0.001$, Physical health $p<0.001$, Social relationships $p<0.001$, and environmental health domains $p=0.034$). It was found that there were negative, low-moderate, strong, and statistically significant correlations between SCS scores and all WHOQL-BREF domains in OpUD patients.

Conclusion: It can be said that OpUD patients are exposed to more trauma in childhood, have worse quality of life, and are more impulsive. No difference was found in the attachment styles

of OPPD patients and controls. When creating a treatment plan for OpUD patients, a detailed evaluation of the impulsivity, attachment, and childhood traumatic experiences, interventions to improve coping skills, and structuring treatment programs to increase the quality of life may increase the success of treatment.

Keywords: Opiate Use Disorder, Childhood traumas, Attachment styles, Quality of life, Impulsivity, Relapse



9. KAYNAKLAR

1. Volkow ND, Jones EB, Einstein EB, Wargo EM. Prevention and treatment of opioid misuse and addiction: a review. *JAMA psychiatry*. 2019; 76(2):208-216.
2. Enoch MA, Hodgkinson CA, Yuan Q, Shen PH, Goldman D, Roy A. The influence of GABRA2, childhood trauma, and their interaction on alcohol, heroin, and cocaine dependence. *Biological Psychiatry*. 2010; 67(1):20-27.
3. Simpson TL, Miller WR. Concomitance between childhood sexual and physical abuse and substance use problems: A review. *Clinical psychology review*. 2002, 22(1):27-77.
4. Savaşan A, Engin E, Ayakdaş D. Bir amatem kliniğinden taburcu olan hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*. 2013; 4(2):s75-79.
5. Dönmez M. Madde kullanım bozukluğu nedeniyle yatarak tedavi gören hastalarda bağlanma biçimleri ile mizaç özellikleri arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2016.
6. Styron T, Janoff-Bulman R. Childhood Attachment and Abuse: Long-term effects on adult attachment, depression and conflict resolution. *Child Abuse Neglect*. 1997; 21:1015-1023.
7. Corso PS, Edwards VJ, Fang X, Mercy JA. Health-related quality of life among adults who experienced maltreatment during childhood. *Am J Public Health* 2008; 98:1094–100.
8. Strang J, Wolkow ND, Degenhardt L, Hickman M, Johnson K, Koob GF et al. Opioid use disorder. *Nature reviews Disease primers* 2020; 6(1):1-28.
9. Degenhardt L, Grebely J, Stone J, Hickman M, Vickerman P, Marshall BDL et al. Global patterns of opioid use and dependence: harms to populations, interventions, and future action. *The Lancet* 2019; 394.10208:1560-1579.
10. Kalant H. Opium revisited: a brief review of its nature, composition, non-medical use and relative risks 1. *Addiction* 1997; 92(3): 267-277.
11. Kaplan&Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry, Benjamin J. Sadock, Virginia A. Sadock, Güneş Kitapevi Ltd. Lippincott Williams & Wilkins, Türkçe, 8. Baskı, 2007; 1137-1329.
12. Uzday IT. Madde Bağımlılığının Tarihçesi, Tanımı, Genel Bilgiler ve Bağımlılık Yapan Maddeler. *Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi* 2009; 5-15.

13. Courtwright AM. Justice, stigma, and the new epidemiology of health disparities. *Bioethics* 2009; 23.2: 90-96.
14. Özcan S. Fotoğraf Çekme Sanatının Bağımlılık Tedavisi Üzerindeki Etkileri. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, İzmir, 2018.
15. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2021. UNODC. Available at: <https://www.unodc.org/unodc/data-and-analysis/wdr2021.html>
16. European Monitoring Centre for Drugs and Drugs Addiction. European Drug Report 2021. EMCDDA. Available at: [European Drug Report 2021: Trends and Developments | www.emcdda.europa.eu](https://www.emcdda.europa.eu/eu-drug-report-2021-trends-and-developments)
17. Turkish Drug Report 2021. T.C. İçişleri Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Türkiye. Available at: <http://narkotik.pol.tr/2021-turkish-drug-report-promo>
18. James SL, Abate D, Abate KH, Abay SM, Abbafati C, Abbasi N et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet* 2018; 392.10159: 1789-1858.
19. Türkiye Uyuşturucu Raporu, 2019. T.C. İçişleri Bakanlığı, Emniyet Genel Müdürlüğü, Kaçakçılık ve Organize Suçlarla Mücadele Daire Başkanlığı, Türkiye. Available at: [Turkey, Country Drug Report 2019 | www.emcdda.europa.eu](https://www.emcdda.europa.eu/turkey-country-drug-report-2019).
20. Bauer IE, Soares JC, Nielsen DA. The role of opioidergic genes in the treatment outcome of drug addiction pharmacotherapy: A systematic review. *Am J Addict.* 2015; 24(1):15-23.
21. Aksu MH. Alkol bağımlılığı ve opiat (eroin) bağımlılığı tanısı alan ayaktan takip edilen erkek hastalarda depresyon, anksiyete, aleksitimi ve bedensel belirtilerin incelenmesi. Uzmanlık Tezi, Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı, Ankara, 2017.
22. Angst MS, Phillips NG, Drover DG, Tingle M, Galinkin LG, Christians U et al. Opioid pharmacogenomics using a twin study paradigm: methods and procedures for determining familial aggregation and heritability. *Twin Research and Human Genetics* 2010; 13.5: 412-425.
23. Liu S, Kang WJ, Abrimian A, Xu J, Cartegni L, Majumdar S et al. Alternative Pre-mRNA Splicing of the Mu Opioid Receptor Gene, OPRM1: Insight into Complex Mu Opioid Actions. *Biomolecules* 2021; 11.10: 1525.

24. Xu J, Lu Z, Xu M, Pan L, Deng Y, Xie X et al. A heroin addiction severity-associated intronic single nucleotide polymorphism modulates alternative pre-mRNA splicing of the μ opioid receptor gene OPRM1 via hnRNPH interactions. *Journal of Neuroscience* 2014; 34.33: 11048-11066.
25. Greenwald MK, Steinmiller CL, Sliwerska E, Lundahl L, Burmeister M. BDNF Val(66)Met genotype is associated with drug-seeking phenotypes in heroin-dependent individuals: a pilot study. *Addiction biology* 2013; 18(5): 836–845.
26. Nelson EC, Agrawal A, Heath AC, Bogdan R, Sherva R, Zhang B et al. Evidence of CNH3 involvement in opioid dependence. *Molecular psychiatry* 2016; 21(5): 608–614.
27. Weder N, Yang BZ, Douglas-Palumberi H, Massey J, Krystal JH, Gelernter J et al. MAOA genotype, maltreatment, and aggressive behavior: the changing impact of genotype at varying levels of trauma. *Biological psychiatry* 2009; 65(5): 417–424.
28. Drabant EM, Hariri AR, Meyer-Lindenberg A, Munoz KE, Mattay VS, Kolachana BS et al. Catechol O-methyltransferase val158met genotype and neural mechanisms related to affective arousal and regulation. *Archives of general psychiatry* 2006; 63(12): 1396–1406
29. Szumlinski KK, Kalivas PW, Worley PF. Homer proteins: implications for neuropsychiatric disorders. *Current opinion in neurobiology* 2006; 16(3): 251–257.
30. Samochowiec A, Grzywacz A, Kaczmarek L, Bienkowski P, Samochowiec J, Mierzejewski P et al. Functional polymorphism of matrix metalloproteinase-9 (MMP-9) gene in alcohol dependence: family and case control study. *Brain research* 2010; 1327: 103–106.
31. Suzuki J, El-Haddad S. A review: Fentanyl and non-pharmaceutical fentanyls. *Drug and alcohol dependence* 2017; 171: 107–116.
32. Madde Bağımlılığı Tanı ve Tedavi Kılavuzu El Kitabı. T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakanlık Yayın Numarası:879. Pozitif Matbaacılık 2011 Ankara.
33. Christie MJ. Cellular neuroadaptations to chronic opioids: tolerance, withdrawal and addiction. *Br J Pharmacol* 2008; 154(2): 384–396.
34. Levis, Sophia C., Stephen V. Mahler, Tallie Z. Baram. The developmental origins of opioid use disorder and its comorbidities. *Frontiers in Human Neuroscience* 2021; 49.

35. Cai NS, Quiroz C, Bonaventura J, Bonifazi A, Cole TO, Purks J et al. Opioid-galanin receptor heteromers mediate the dopaminergic effects of opioids. *The Journal of clinical investigation* 2019; 130.
36. Ling GS, Paul D, Simantov R, Pasternak GW. Differential development of acute tolerance to analgesia, respiratory depression, gastrointestinal transit and hormone release in a morphine infusion model. *Life sciences* 1989; 45(18): 1627–1636.
37. Christie MJ. Cellular neuroadaptations to chronic opioids: tolerance, withdrawal and addiction. *Br J Pharmacol* 2008; 154(2): 384–396.
38. Rich MM, Wenner P. Sensing and expressing homeostatic synaptic plasticity. *Trends in neurosciences* 2007; 30(3): 119–125.
39. Levenson JM, Sweatt JD. Epigenetic mechanisms: a common theme in vertebrate and invertebrate memory formation. *Cellular and molecular life sciences*. 2006; 63(9): 1009–1016.
40. Banducci AN, Hoffman E, Lejuez CW, Koenen KC. The Relationship between Child Abuse and Negative Outcomes among Substance Users: Psychopathology, Health, and Comorbidities. *Addictive Behaviors*. 2014; 39.10: 1522-1527.
41. Govindan RM, Behen ME, Helder E, Makki MI, Chugani HT. Altered water diffusivity in cortical association tracts in children with early deprivation identified with Tract-Based Spatial Statistics (TBSS). *Cerebral cortex (New York, NY: 1991)* 2010; 20(3): 561–569.
42. Kubiak S, Fedock G, Kim WJ, Bybee D. Examining perpetration of physical violence by women: the influence of childhood adversity, victimization, mental illness, substance abuse, and anger. *Violence Vict* 2017; 32(1): 22-45.
43. Tarter RE. Etiology of adolescent substance abuse: a developmental perspective. *Am J Addict* 2002; 11(3): 171-191.
44. Denton RE, Kampfe CM. The relationship between family variables and adolescent substance abuse: a literature review. *Adolescence* 1994; 29(114): 475-495.
45. Caudill BD, Hoffman JA, Hubbard RL, Flynn PM, Luckey JW. Parental history of substance abuse as a risk factor in predicting crack smokers' substance use, illegal activities, and psychiatric status. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1994; 20(3): 341-354.
46. Dumas JE, Prinz RJ, Smith EP, Laughlin J. The EARLY ALLIANCE prevention trial: an integrated set of interventions to promote competence and reduce risk for conduct

- disorder, substance abuse, and school failure. *Clin Child Fam Psychol Rev* 1999; 2(1): 37-53.
47. Feske U, Tarter RE, Kirisci L, Gao Z, Reynolds M, Vanyukov M. Peer environment mediates parental history and individual risk in the etiology of cannabis use disorder in boys: a 10-year prospective study. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2008; 34(3): 307-320.
 48. Merrick MT, Ford DC, Ports KA, Guinn AS. Prevalence of adverse childhood experiences from the 2011–2014 behavioral risk factor surveillance system in 23 states. *JAMA Pediatr* 2018; 172(11): 1038-1044.
 49. Merrick MT, Ford DC, Ports KA, Guinn AS, Chen J, Klevens J et al. Vital signs: estimated proportion of adult health problems attributable to adverse childhood experiences and implications for prevention- 25 states, 2015–2017. *Morb Mortal Wkly Rep* 2019; 68(44): 999-1005.
 50. Kwako LE, Schwandt ML, Ramchandani VA, Diazgranados N, Koob GF, Volkow ND et al. Neurofunctional domains derived from deep behavioral phenotyping in alcohol use disorder. *Am J Psychiatry* 2019; 176(9): 744-753.
 51. Mennis J, Stahler GJ, Mason MJ. Risky substance use environments and addiction: a new frontier for environmental justice research. *International journal of environmental research and public health* 2016; 13.6: 607.
 52. Fanti J. Helping the Family. In: Collins S (eds). *Alcohol Social Work and Helping*. New York, 1990: 125-150, 132-133.
 53. Ridenour TA, Tarter RE, Reynolds M, Mezzich A, Kirisci L, Vanyukov M. Neurobehavior disinhibition, parental substance use disorder, neighborhood quality and development of cannabis use disorder in boys. *Drug Alcohol Depend* 2009; 102(1–3): 71-77.
 54. Cook BL, Alegria M. Racial-ethnic disparities in substance abuse treatment: the role of criminal history and socioeconomic status. *Psychiatr Serv* 2011; 62(11): 1273-1281.
 55. Jones PT. Drug abuse and homelessness. *Br J Gen Pract* 1995; 45(396): pp 384.
 56. Spinner GF, Leaf PJ. Homelessness and drug abuse in New Haven Hosp. *Community Psychiatry* 1992; 43(2): 166-168.
 57. Compton WM, Gfroerer J, Conway KP, Finger MS. Unemployment and substance outcomes in the United States 2002–2010. *Drug Alcohol Depend* 2014; 142: 350-353.
 58. Brownstein HH, Taylor BG. Measuring the stability of illicit drug markets: why does it matter? *Drug Alcohol Depend* 2007; 90(Suppl.1): S52-S60.

59. O’Flaherty B. Homelessness research: a guide for economists (and friends). *Journal of Housing Economics* 2019; 44: 1-25.
60. Radcliff E, Crouch E, Strompolis M, Srivastav A. Homelessness in childhood and adverse childhood experiences (ACEs). *Matern Child Health J* 2019; 23(6): 811-820.
61. Volkow ND, Blanco C. The changing opioid crisis: development, challenges and opportunities. *Molecular psychiatry* 2021; 26.1: 218-233.
62. Karatsoreos IN, McEwen BS. Annual Research Review: The neurobiology and physiology of resilience and adaptation across the life course. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 2013; 54(4): 337–347.
63. Friedman EM, Karlamangla AS, Almeida DM, Seeman TE. Social strain and cortisol regulation in midlife in the US. *Social science & medicine (1982)* 2012; 74(4): 607–615.
64. Freud S. *Schriften über Kokain*. Berlin: Fischer 1887/1996.
65. Nitschke B, Freud S. Kokain und die Anfänge der Psychoanalyse. In: Bilitza KW, editor. *Göttingen: Psychodynamik der Sucht* 2008; p.25–50.
66. Freud S. Letter from Freud to Fliess, May 30, 1896. In: Glenn J, editor. *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887–1904*. Translated and edited by Jeffrey Moussaieff Masson. Cambridge, Mass./London: The Belknap Press of Harvard University Press, 1985. Abingdon: Taylor & Francis, 1986, p. 187–90. p. 505.
67. Freud S. *Drei Abhandlungen zur Sexualtheorie*. Ditzingen: Reclam. 1905/2015.
68. Subkowski P. Störungen der Trieborganisation in Suchtentwicklungen. In: Bilitza KW, editor. *Göttingen: Psychodynamik der Sucht*, 2008, p. 51–90.
69. Freud S. *Das Unbehagen in der Kultur*. Hamburg: Severus Verlag 1930/2013.
70. Rado S. The psychoanalysis of pharmacothymia (drug addiction). *Psychoanal Q* 1933; 2(1):1–23.
71. Rado S. Ueber die Psychische Wirkung der Rauschgifte. *Int Z Psychoanal* 1926; 12: 540–56.
72. Loose RA. Lacanian approach to clinical diagnosis and addiction. In: Baldwin YG, Malone KR, Svolos T, editors. *Lacan and addiction: An anthology*. London: Karnac Books, 2011, p.264–89.
73. Loose R. *The subject of addiction: Psychoanalysis and the administration of enjoyment*. London: Karnac Books, 2002.

74. Evans D. An introductory dictionary of Lacanian psychoanalysis. Abingdon: Routledge, 2006.
75. Lacan J. The Seminar of Jacques Lacan, Book II. The Ego in Freud's Theory and in the Technique of Psychoanalysis, trans. Tomaselli S, editor. New York, NY: Norton, 1988.
76. Freud A. Das Ich und die Abwehrmechanismen. Oxford: Internationaler Psychoanalyse Verlag, 1936.
77. Mahler MS. On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses. *Psychoanal Study Child* 1952; 7(1): 286–305.
78. Jacobson E. The self and the object world. Oxford: International Universities Press, 1964.
79. Schafer R. A new language for psychoanalysis. Yale: Yale University Press, 1981.
80. Marcus ER. Modern ego psychology. *J Am Psychoanal Assoc* 1999; 47(3): 843–71.
81. Rudolf G. Struktur als psychodynamisches Konzept der Persönlichkeit. Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts. Stuttgart: Schattauer, 2002, p. 2–44.
82. Heigl-Evers A. Möglichkeiten und Grenzen einer analytisch-orientierten Kurztherapie bei Suchtkranken: Vortrag, gehalten auf der Jahreskonferenz des Verbandes der Fachkrankenhäuser für Suchtkranke vom 22.-24. März 1977 in München. Hamburg: Nikol-Verlag, 1977.
83. Krystal H, Raskin HA. Drug dependence: Aspects of ego function. Detroit: Wayne State University Press, 1970.
84. Greenberg J. Object relations in psychoanalytic theory. Harvard: Harvard University Press, 1983.
85. Glover E. On the aetiology of drug addiction. *Int J Psychoanal* 1932; 13: 298–315.
86. Rosenfeld HA. On drug addiction. *Int J Psychoanal* 1960; 41: 467–75.
87. Winnicott DW. Transitional objects and transitional phenomena. *Int J Psycho-Analysis* 1953; 34: 1–9.
88. Luerssen E. Psychoanalytische Theorien über die Suchtstrukturen. Hamburg: Neuland, 1974.
89. Kernberg OF. Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies. Yale: Yale University Press, 1993.
90. Kernberg OF. Borderline conditions and pathological narcissism. Lanham: Rowman & Littlefield, 1985.

91. Jacobson E. The self and the object world: Vicissitudes of their infantile cathexes and their influence on ideational and affective development. *Psychoanal Study Child* 1954; 9(1): 75–127.
92. Hiebler-Ragger M, Unterrainer HF, Rinner A, Kapfhammer HP. Insecure attachment styles and increased borderline personality organization in substance use disorders. *Psychopathology* 2016; 49(5): 341–4.
93. Unterrainer HF, Hiebler M, Ragger K, Froehlich L, Koschutnig K, Schoeggl H, et al. White matter integrity in polydrug users in relation to attachment and personality: A controlled diffusion tensor imaging study. *Brain Imaging Behav* 2016; 10(4): 1096–107.
94. Baysan Arabacı L, Ayakdaş Dağlı D, Taş G. Madde kullanım bozukluklarında duygu düzenleme gücü ve hemşirelerin rol ve sorumlulukları. *Bağımlılık Dergisi* 2018; 19(1): s.10-16.
95. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*. 2004; 26(1): p.41-54.
96. Ziyalar N, Çalıcı C. Madde Kullanım Bozuklukları. İçinde: Anormal Psikoloji Psikopatoloji Şahin M. (Çeviri Ed.). 12. Basım. Ankara: Nobel Tıp Kitabevi, 2015, s.285-330.
97. Terraciano A, Löckenhoff CE, Crum RM, Bienvenu OJ, Costa PT. Five factor model personality profiles of drug users. *BioMed Central Psychiatry*. 2008; 8(22): p.1-10.
98. González Ester, Arias F, Szerman N, Vega P, Mesias B, Basurte I. Coexistence between personality disorders and substance use disorder. Madrid study about prevalence of dual pathology. *Actas espanolas de psiquiatria* 2019; 47.6: 218-228.
99. Khazaei Pool M, Pashaei T, Nouri R, Taymoori P, Ponnet K. Understanding the relapse process: exploring Iranian women's substance use experiences. *BioMed Central Psychiatry*. 2019; 14(27): p.1-11.
100. Cooper PD. The Person Who Experiences Mental Health and Substance Use Problems. In: *Psychiatric and Mental Health Nursing The Craft of Caring*. Barker P (Ed.). 2nd Edition. London: Hodder Arnold Publisher, 2009, p.252-268.

- 101.Doğruer Z, Türkçapar MH, İnce A. Alkol bağımlılığında relaps. Klinik Psikiyatri. 2002; 5: s.43-49.
- 102.Yüksel N, Uzbay T. Madde Kötüye Kullanımı ve Bağımlılığı. İçinde: Psikofarmakoloji. Yüksel N (Ed.). 3. Baskı. Ankara, Nobel Tıp Kitap Sarayı, 2007, s.417-440.
- 103.Brady KT. Optimizing Treatment for Opioid Use Disorder. American Journal of Psychiatry 2021; 178.7: 586-587.
- 104.Bayrak B. Madde Kullanımı ile İlişkili Bozukluklar. İçinde: Psikiyatri Hemşireliği Sertifika Konuları. Oflaz F, Yıldırım N (Eds.). Ankara, Nobel Tıp Kitabevi, 2020, s.485-500.
105. Hovelius E, Linden E, Bengtsson H, Hakansson A. Self-Schema, Attachment Style, and Treatment Outcome of Patients in an Opiate Maintenance Treatment Unit. Frontiers in psychology 2021; 12.
106. Mattick RP, Breen C, Kimber J, Davoli M. Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2014; (2): Cd002207.
107. Nielsen S, Larance B, Degenhardt L, Gowing L, Kehler C, Lintzeris N. Opioid agonist treatment for pharmaceutical opioid dependent people. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2016; (5): Cd011117.
108. Faggiano F V-TF, Versino E, Lemma P. Methadone maintenance at different dosages for opioid dependence. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2003; 3(Cd002208).
109. Haight BR, Learned SM, Laffont CM, Fudala PJ, Zhao Y, Garofalo AS et al. Efficacy and safety of a monthly buprenorphine depot injection for opioid use disorder: a multicentre, randomised, double-blind, placebo-controlled, phase 3 trial. Lancet (London, England) 2019; 393(10173): 778–790.
110. Lofwall MR, Walsh SL. A review of buprenorphine diversion and misuse: the current evidence base and experiences from around the world. Journal of addiction medicine 2014; 8(5): 315–326.

111. Falcon E, Browne CA, Leon RM, Fleites VC, Sweeney R, Kirby LG et al. Antidepressant-like Effects of Buprenorphine are Mediated by Kappa Opioid Receptors. *Neuropsychopharmacology* 2016; 41(9): 2344–2351.
112. Khanna IK, Pillarisetti S. Buprenorphine-an attractive opioid with underutilized potential in treatment of chronic pain. *Journal of pain research* 2015; 8: 859–870.
113. Rosenthal RN, Lofwall MR, Kim S, Chen M, Beebe KL, Vocci FJ. Effect of Buprenorphine Implants on Illicit Opioid Use Among Abstinent Adults With Opioid Dependence Treated With Sublingual Buprenorphine: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry* 2016; 316(3): 282–290.
114. Sullivan M, Bisaga A, Pavlicova M, Choi CJ, Mishlen K, Carpenter KM et al. Long-Acting Injectable Naltrexone Induction: A Randomized Trial of Outpatient Opioid Detoxification With Naltrexone Versus Buprenorphine. *The American journal of psychiatry* 2017; 174(5): 459–467.
115. Soyka M, Mutschler J. Treatment-refractory substance use disorder: Focus on alcohol, opioids, and cocaine. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry* 2016; 70: 148-161.
116. Tanum L, Solli KK, Latif ZE, Benth JS, Opheim A, Sharma-Haase K et al. Effectiveness of Injectable Extended-Release Naltrexone vs Daily Buprenorphine-Naloxone for Opioid Dependence: A Randomized Clinical Noninferiority Trial. *JAMA Psychiatry* 2017; 74(12): 1197–1205.
117. Dicle AN. Motivasyonel görüşme: Öğeler, ilke ve yöntemler. *Journal of Social And Humanities Sciences Research*. 2017; 4(15): s.2043-2053.
118. Kalaycı Kırlioğlu Hİ. Madde Bağımlılığı Özelinde Motivasyonel Görüşme Tekniğinin Sosyal Hizmette Kullanımı. İçinde. *Güncel Sosyal Hizmet Çalışmaları*. Kırlioğlu M, Tekin HH. Çizgi Kitabevi, 2019.
119. David P, Csaba H, Oguz K. Magatartas-valtoztatas az egeszsegügyben: a motivacios interju. *Összfoglalo Közlemeny*. 2017; 158(34): p.1331-1337.

120. am O, Engin E. Madde Bağımlılığı. İçinde: Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hemşireliği Bakım Sanatı. am O, Engin E (Eds.). 1. Baskı, İstanbul, İstanbul Tıp Kitabevi, 2014, s.449-483.
121. Franco M, Carter S. Discrimination from family and substance use for multiracial individuals. Addictive Behaviors 2019; 92: 203-207.
122. Taylan HH. Madde Bağımlılığı Sürecinde Ailenin Rolü. İçinde. Madde Bağımlılığı ve Aile. Genç Y. (Ed.). Ankara. Akademisyen Kitabevi. 2018: s. 12-29.
123. Türksoy N. Psikolojik Travma ve Tanım Sorunları. Psikolojik Travma ve Sonuçları, İstanbul, 5US Yayıncılık, 2003.
124. Somer E. Trauma, dissociation, and opiate use disorder. Current Addiction Reports 2019; 6.1: 15-20.
125. Mercandağı E. Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğunda Travma Belirtileri ve İlişkili Etmenler, Uzmanlık tezi, Sakarya Üniversitesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı, Sakarya, 2020.
126. Garami J, Vallikhani A, Parkes D, Haber P, Mahiberg J, Misiak B et al. Examining perceived stress, childhood trauma and interpersonal trauma in individuals with drug addiction. Psychological reports 2019; 122.2: 433-450.
127. Fischer, Gottfried, Peter Riedesser, and Adrian George Fischer. Lehrbuch der psychotraumatologie. E. Reinhardt, 1999.
128. Cohen ZP. Ü Kuşak Kadın Yetişkinin Çocukluk Çağı Travmaları, Dissosiyasyon ve şiddete Yönelik Tutumları Bakımından İncelenmesi, Yayımlanmamış doktora tezi, İstanbul Üniversitesi, Cerrahpaşa Adli Tıp Enstitüsü, İstanbul, 2019.
129. Kurt M. Bipolar Affektif Bozukluk Hastalarında Çocukluk Çağı Travması, Disosiyasyon, Bağlanma ve Aleksitimi İlişkisi, Uzmanlık tezi, İzmir Kâtip Çelebi Üniversitesi, İzmir, 2019.
130. Güneri-Yöyen E. Childhood trauma and self-respect as a predictor of loneliness. Journal of Current Researches on Social Sciences 2016; 6.2: 65-78.

131. Gratz KL, Chapman AL. The role of emotional responding and childhood maltreatment in the development and maintenance of deliberate self-harm among male undergraduates. *Psychology of Men & Masculinity* 2007; 8.1: 1.
132. Oflaz F. Travma yaşamış çocuk ve gençlerin ele alınmasında çocuk-ergen ruh sağlığı ve psikiyatri hemşireliği uygulamaları. *Türkiye Klinikleri Dergisi* 2015; 1.2: 46-51.
133. Buss KE, Warren JM, Horton E. Trauma and Treatment in Early Childhood: A Review of The Historical and Emerging Literature For Counselors. *Professional Counselor* 2015; 5(2).
134. Pfefferbaum B, Allen JR. Stress In Children Exposed to Violence: Reenactment and Rage. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 1998.
135. Helvacı-Çelik FG, Hocaoglu Ç. Çocukluk çağı travmaları: bir gözden geçirme. *Sakarya Tıp Dergisi* 2018; 8.4: 695-711.
136. Bostancı N, Albayrak B, Bakaoğlu İ, Çoban S. Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı travmalarının depresif belirtileri üzerine etkisi. *New/Yeni Symposium Journal* 2006; Vol.44. No.4: 189-195.
137. Shipman K, Zeman J, Penza Z, Chaöption K. Emotion management skills in sexually maltreated and nonmaltreated girls: A developmental psychopathology perspective. *Development and psychopathology* 2000; 12.1: 47-62.
138. Kendall-Tackett K. The health effects of childhood abuse: four pathways by which abuse can influence health. *Child Abuse & Neglect* 2002; 26(6-7): 715-729.
139. Jain A. Emergency Department Evaluation of Child Abuse. *Emerg Med Clin not Ham* 1999; 17: 575-593.
140. Dereboy Ç, Şahin Demirkapı E, Şakiroğlu M, Şafak Öztürk C. Çocukluk çağı travmalarının kimlik gelişimi, duygu düzenleme güçlüğü ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2018; 29 (4): s.269-278.
141. Şimşek S, Cenkseven-Önder F. An investigation the behavioral problems of adolescents, who perceived emotional abuse from parents and teachers. *Elementary Education Online* 2011; 10.3.

142. Bahadır V. Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi Uzmanlık Öğrencilerinin Çocuk İstismarı ve İhmali Hakkında Bilgi, Tutum ve Farkındalık Düzeylerinin Değerlendirilmesi İle Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Kocaeli Üniversitesi Tıp Fakültesi, Kocaeli, 2018.
143. Kuo JR., Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: The role of difficulties with emotion regulation. *Child abuse & neglect* 2015; 39: 147-155.
144. Örsel S, Karadağ H, Kahiloğulları-Karaoğlu A, Akgün-Akkaş E. Psikiyatri hastalarında çocukluk çağı travmalarının sıklığı ve psikopatoloji ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12.2.
145. Sullivan PM, Knutson JF. Maltreatment and disabilities: A population-based epidemiological study. *Child abuse & neglect* 2000; 24.10: 1257-1273.
146. Parke RD, Collmer CW. *Child abuse: An interdisciplinary analysis*. 1975.
147. Brown GR, Anderson B. Psychiatric morbidity in adult inpatients with childhood histories of sexual and physical abuse. *American journal of Psychiatry* 1991; 148.1: 55-61.
148. Hoehn EF, Wilson PM, Riney LC, Ngo Vi, Bennett B, Duma E. Identification and evaluation of physical abuse in children. *Pediatric annals* 2018; 47.3: 97-101.
149. Smith A. Nonaccidental injury in childhood. *Australian Family Physician* 2011; 40 (11): p.858-861.
150. Barth RP, Biemer P, Runyan D, Webb MB, Berrick JD, Dowd K et al. Methodological lessons from the National Survey of Child and Adolescent Well-Being: the first three years of the USA's first national probability study of children and families investigated for abuse and neglect. *Children and Youth Services Review* 2002; 24(6-7): 513–541
151. Özgentürk İ. Çocuk istismarı ve ihmal. *International Journal of Human Sciences* 2014; 11(2): s.265-278.
152. Carlo WA, Goudar SS, Jehan I, Chomba E, Tshefu A, Garces A et al. Newborn-care training and perinatal mortality in developing countries. *New England Journal of Medicine* 2010; 362.7: 614-623.

153. Goddard C, Bedi G. Intimate partner violence and child abuse: a child-centred perspective. *Child Abuse Review: Journal of the British Association for the Study and Prevention of Child Abuse and Neglect* 2010; 19.1: 5-20.
154. Üstündağ A, Şenol FB, Mağden D. Ebeveynlerin çocuk istismarına yönelik bilgi düzeylerinin belirlenmesi ve bilinçlendirilmesi. *Hacettepe Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Dergisi* 2015; 1(2): s.212-227.
155. Kılıç A, Özçetin M. Çocuk İstismarı ve İhmalini Önlemede Kanıta Dayalı Yaklaşımlar. *Firat Tıp Dergisi* 2018; 23.3.
156. Pelendecioğlu B, Bulut S. Çocuğa yönelik aile içi fiziksel istismar. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi* 2009; 9.1: 49-62.
157. Bilir Ş, Arı M, Dönmez NB, Atik B, San P. Türkiye'nin 16 ilinde 4-12 yaşlar arasındaki 50.473 çocuğa fiziksel ceza verme sıklığı ve buna ilişkin problem durumlarının incelenmesi. *Sosyal Politika Çalışmaları Dergisi* 1991; 1.1.
158. Wolf MR, Pruitt DK. Grooming hurts too: The effects of types of perpetrator grooming on trauma symptoms in adult survivors of child sexual abuse. *Journal of child sexual abuse* 2019; 28.3: 345-359.
159. Tıraşçı Y, Gören S. Çocuk istismarı ve ihmali. *Dicle Tıp Dergisi* 2007; 34.1: 70-74.
160. Taner Y, Gökler B. Çocuk istismarı ve ihmali: Psikiyatrik yönleri. *Acta Medica* 2004; 35.2: 82-86.
161. Akyüz G, Sar V, Kugu N, Doğan O. Reported childhood trauma, attempted suicide and self-mutilative behavior among women in the general population. *European Psychiatry* 2005; 20.3: 268-273.
162. Kara B, Biçer Ü, Gökalp AS. Çocuk istismarı. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2004; 47: s.140-151.
163. Duke NN, Pettingell SL, McMorris BJ, Borowsky IW. Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics* 2010; 125.4: e778-e786.

164. Yargıç İ, Ersoy E, Batmaz-Oflaz S. Çocukluk çağı travmalarının intihar girişimi ve kendine zarar verme davranışı ile ilişkisi. *Anatolian Journal of Psychiatry/Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2012; 13.4.
165. Horner G. Emotional maltreatment. *Journal of Pediatric Health Care* 2012; 26.6: 436-442.
166. Koç S. Üniversite Öğrencilerinde Depresyonun Çocukluk Çağı Travmaları, Bağlanma ve Üstbiliş Çerçevesinde İncelenmesi, Doktora tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul, 2019.
167. Turhan E, Sangün Ö, İnandı T. Birinci Basamakta Çocuk İstismarı ve Önlenmesi. 2006; 15(9): 153-157.
168. Erkman F. Çocukların duygusal ezimi. E. Konanç, G. Gürkaynak, A. Egemen içinde, Çocuk istismarı ve ihmali, 1999, s.127-134.
169. Kimber M, McTavish JR, Couturier J, Boven A, Gill S, Dimitropoulos G et al. Consequences of child emotional abuse, emotional neglect and exposure to intimate partner violence for eating disorders: a systematic critical review. *BMC psychology* 2017; 5(1): 1-18.
170. Runyuan D, Wattam C, Ikeda R, Hassan F, Ramiro L. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. E. Krug, L. Dahlberg, J. Mercy, A. Zwi, & R. Lozano içinde, World report on violence and health. Geneva: World Health Organization, 2002.
171. Siyez D. Duygusal istismara maruz kalan ve kalmayan ergenlerin benlik algıları ile depresyon ve kaygı düzeylerinin karşılaştırılması. Yüksek Lisans Tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2003.
172. Ağırman A, Maner F. Yeme Bozuklukları ve Duygusal İstismar: Olgu Sunumu. *Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi* 2010; 23.2: 121-127.
173. Saraçlı Ö. Zonguldak Karaelmas Üniversitesi Öğrencilerinde Sigara, Alkol ve Madde Kullanımı ile İlişkili Bireysel ve Psikososyal Faktörler. Yüksek Lisans Tezi, Zonguldak Karaelmas Üniversitesi, Zonguldak, 2007.
174. Kent A, Waller G. Childhood emotional abuse and eating psychopathology. *Clinical psychology review* 2000; 20.7: 887-903.

175. Jung JH, Kwak YH. Physical health and emotional and behavioral problems in maltreated children according to family economic status: Health problems of maltreated children in Korea. *Medicine* 2021; 100.13.
176. Gladstone GL, Parker GB, Mitchell PB, Malhi GS, Wilhelm K, Austin M.P. Implications of Childhood Trauma for Depressed Women: An Analysis of Pathways From Childhood Sexual Abuse to Deliberate Self-Harm and Revictimization. *American Journal of Psychiatry* 2004; 161(8): 1417–1425.
177. Aktepe E. Çocukluk çağı cinsel istismarı. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar* 2009; 1.2: 95-119.
178. Sarıkaya-Eren BD. İntihar Amacı Olmayan Kendine Zarar Verme Davranışı Olan Ergenlerin Çocukluk Çağı Travması, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağlanma Yönünden İncelenmesi. Uzmanlık tezi, Dokuz Eylül Üniversitesi, İzmir, 2019.
179. Aysev AS, Taner YI. Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları, Golden Print, İstanbul, 2007; 713-725.
180. Glaser D. Treatment issues in child sexual abuse. *The British Journal of Psychiatry* 1991; 159.6: 769-782.
181. Kars Ö. Çocuk İstismarı: Nedenleri ve Sonuçları. 3. Baskı. Ankara, Bizim Büro Basımevi, 1996.
182. Aniol K, Mullins LL, Page MC, Boyd ML, Chaney CM. The relationship between respite care and child abuse potential in parents of children with developmental disabilities: A preliminary report. *Journal of Developmental and Physical Disabilities* 2004; 16.3: 273-285.
183. Ayaz M, Ayaz AB, Soylu N. Çocuk ve Ergen Adli Olgularda Ruhsal Değerlendirme. *Klinik Psikiyatri Dergisi* 2012; 15(1): 33-40.
184. Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM. Childhood Sexual Abuse as a Risk Factor for Depression in Women: Psychosocial and Neurobiological Correlates. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156(6): 816-828.

185. Özçelik B. Çocukluk Çağı Cinsel ve Fiziksel İstismarının Erişkin Psikopatolojisi ile İlişkisi. Uzmanlık tezi, İstanbul Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, İstanbul, 2002.
186. Danielson CK, Amstadter AB, Dangelmaier RE, Resnick HS, Saunders BE, Kilpatrick DG. Does typography of substance abuse and dependence differ as a function of exposure to child maltreatment? *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse* 2009; 18.4: 323-342.
187. Page Z. Çocuk cinsel istismarı: cinsel istismara neden olan etkenler ve cinsel istismarın çocuklar üzerindeki etkileri. *Türk Psikoloji yazıları* 2004; (7): s.103-114.
188. Wilsnack SC, Vogeltanz ND, Klassen AD, Harris TR. Childhood Sexual Abuse and Women's Substance Abuse: National Survey Findings. *Journal of Studies on Alcohol* 1997; 58(3): 264-271.
189. Nurcombe B. Child sexual abuse 1: psychopathology. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 2000; 34(1): 85-91.
190. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2013; 48.3: 345-355.
191. Gilbert R, Kemp A, Thoburn J, Sidebotham Bp, Ratford L, Glaser D et al. Recognising and responding to child maltreatment. *The lancet* 2009; 373.9658: 167-180.
192. Kantor GK, Holt MK, Mebert CJ, Straus MA, Drach KM, Ricci RL et al. Development and preliminary psychometric properties of the multidimensional neglectful behavior scale-child report. *Child Maltreatment* 2004; 9.4: 409-428.
193. Ünal F. Ailede çocuk istismarı ve ihmali. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2008; 9-18.
194. Stoltenborgh M, Bakermans-Kranenburg MJ, Van-Ijzendoorn MH. The neglect of child neglect: a meta-analytic review of the prevalence of neglect. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology* 2013; 48.3: 345-355.
195. Yılmaz G, İşiten N, Ertan Ü, Öner A. Bir çocuk istismarı vakası. *Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Dergisi* 2003; 46.4: 295-298.

196. Güler N, Uzun S, Boztaş Z, Aydoğan S. Anneleri tarafından çocuklara uygulanan duygusal ve fiziksel istismar/işmal davranışı ve bunu etkileyen faktörler. Cumhuriyet Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi 2002; 24.3: 128-134.
197. Straus MA. Cross-cultural reliability and validity of the multidimensional neglectful behavior scale adult recall short form. Child Abuse & Neglect 2006; 30.11: 1257-1279.
198. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child abuse & neglect 2003; 27.2: 169-190.
199. Tucci AM, Kerr-Corrêa F, Souza-Formigoni MLO. Childhood trauma in substance use disorder and depression: an analysis by gender among a Brazilian clinical sample. Child Abuse & Neglect 2010; 34.2: 95-104.
200. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. WHO. Available: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf
201. Elliman D, Lynch M. The physical punishment of children. 2000; 83.3: 196-198.
202. Jacobi G, Dettmeyer R, Banaschak S, Brosig B, Herrmann B. Child abuse and neglect: diagnosis and management. Deutsches Arzteblatt International 2010; 107.13: 231-239.
203. Knutson J, Selner M. Punitive childhood experiences reported by young adults over a 10-year period. Child abuse & neglect 1994; 18.2: 155-166.
204. Runyan KM, May Chahal C, Hassan F. Child abuse and neglect by parents and other caregivers. 2002; 57-86.
205. Child maltreatment US. Department of health and human services, administration for children and families, administration on children, youth and families, Children's Bureau. 2020. <https://www.acf.hhs.gov/sites/default/files/documents/cb/cm2020.pdf>
206. May-Chahal C, Cawson P. Measuring child maltreatment in the United Kingdom: a study of the prevalence of child abuse and neglect. Child Abuse Negl 2005; 29: 969-984.
207. Zolotor AJ, Runyan DK, Dunne MP, Jain D, Péturs HR, Ramirez C, et.al. ISPCAN Child Abuse Screening Tool Children's Version (ICAST-C): Instrument development and multi-national pilot testing. Child Abuse Negl 2009; 33: 833-841.

208. World Health Organisation (WHO), (8 June 2020). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/child-maltreatment>. (Erişim tarihi:13.04.2022)
209. Pereda N, Guilera G, Forns M, Gómez-Benito J. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). *Child Abuse Negl* 2009; 33: 331-342.
210. Akbas S, Turla A, Karabekiroğlu K. Cinsel istismara uğramış çocuklar. *Adli Bilimler Dergisi* 2009; 8: 24-32.
211. Aksel Ş, Yılmaz Irmak T. Review of child abuse and neglect literature in Turkey. Xth ISPCAN European Regional Conference on Child Abuse and Neglect. 2005.
212. Yalın A, Avcı A, Kerimoğlu E. Çocuklarda fiziksel örselenmenin Ankara ve Adana illerinde görülme sıklığının taranması. *3P Dergisi* 1995; 3: 39-43.
213. Bilgin NG, Toros F, Çamdeviren H. Evde fiziksel ve sözel olarak cezalandırılan çocukların sosyodemografik özellikleri: prevelans çalışması. *Yeni Symposium* 2004; 42: 131-139.
214. Koten Y, Tuğlu C, Abay E. Üniversite öğrencileri arasında ensest bildirimi; XXXII. Ulusal Psikiyatri Kongresi, 25-28 Eylül 1996 Ankara, Türkiye. Kongre Özet Kitabı sayfa:154.
215. Alikasifoğlu M, Erginöz E, Ercan O ve ark. Sexual abuse among female high school students in Istanbul, Turkey. *Child Abuse Negl* 2006; 30: 247-255.
216. Zoroglu SS, Tüzün Ü, Şar V, Öztürk M, Eröcal-Kora M, Alyanak B. Çocukluk dönemi istismar ve ihmalinin olası sonuçları/Probable results of childhood abuse and neglect. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2001; 2.2: 69.
217. Yanik M, and Özmen M. Psikiyatri poliklinigine basvuran hastalarda çocukluk çağı kötüye kullanım/ihmal yasantıları ile intihar, kendine fiziksel zarar verme ve dissosiyatif belirtiler arasındaki ilişki. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2002; 3.3: 140.
218. Wright MO, Crawford E, Castillo DD. Childhood emotional maltreatment and later psychological distress among college students: The mediating role of maladaptive schemas. *Child Abuse Negl* 2009; 33: 59-68.

219. Gökler R. Eğitimde çocuk istismarı ve ihmeline genel bir bakış. Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi 2006, 3: 47-76.
220. WHO Preventing Child Maltreatment in Europe: A Public Health Approach Policy Briefing, 2018. Available at: [WHO/Europe | Violence and injuries - Preventing child maltreatment in Europe: a public health approach. Policy briefing](https://www.who.int/europe/publications-detail/who-europe-violence-and-injuries-preventing-child-maltreatment-in-europe-a-public-health-approach-policy-briefing). (Erişim tarihi: 13.04.2022)
221. Zeytinoğlu, S. Sağlık, Sosyal, Hizmeti Hukuk ve Eğitim Alanlarında Çalışanların Türkiye'de Çocuk İstismarı ve İhmali ile İlgili Görüşleri. Çocuk İstismarı ve İhmali. Ankara, Pelin Ofset, 1999.
222. Erginer, F. Ankara İlköğretim Okulu Yöneticilerinin Öğrencilerin Aileleri Tarafından İstismarı ve İhmaline İlişkin Görüşleri. Yüksek Lisans Tezi, Ankara Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Yönetimi Teftişi Planlaması ve Ekonomisi Bilim Dalı, Ankara, 2007.
223. Oliver WJ, Kuhns LR, Pomeranz ES. Family structure and child abuse. Clinical pediatrics 2006; 45.2: 111-118.
224. Child Trends Databank, Child Maltreatment, <https://www.childtrends.org/indicators/child-maltreatment>. (Erişim tarihi: 13.04.2022)
225. Fitzgerald MM, Schneider RA, Salstrom S, Zinzow HM, Jackson J, Fossel RV. Child sexual abuse, early family risk, and childhood parentification: pathways to current psychosocial adjustment. Journal of family psychology 2008; 22.2: 320.
226. Mulder TM, Kuiper KC, van der Put CE, Stams GJJ, Assink M. Risk factors for child neglect: A meta-analytic review. Child abuse & neglect 2018; 77: 198-210.
227. Van Der Kolk BA. The neurobiology of childhood trauma and abuse. Child Adolesc Psychiatric Clinics. 2003; 12: 293-317.
228. Sar V. Kötüye kullanım ve ihmalle ilişkili sorunlar. Güleç C, Köroğlu E (ed). Temel Psikiyatri. Hekimler Yayın Birliği Yayıncılık, Ankara, 1997; 823-834.
229. Khoury L, Tang YL, Bradley B, Cubels JF, Ressler KJ. Substance use childhood traumatic experience and posttraumatic stress disorder in an urban civilian population. Depression and Anxiety Journal 2010; 27: 1077-1086.

230. Feldner MT, Lewis SF, Leen-Feldner EW, Schnurr PP, Zvolensky MJ. Anxiety sensitivity as a moderator of the relation between trauma exposure frequency and posttraumatic stress symptomatology. *Journal of Cognitive Psychotherapy* 2006; 20.2: 201-213.
231. Brady KT, Back SE. Childhood trauma, posttraumatic stress disorder, and alcohol dependence. *National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism*. 2012; 34 (4): 408-413.
232. Steward SH, Conrad PJ. Psychosocial models of functional associations between posttraumatic stress disorder and substance use disorder. In: Ouimette P, Brown PJ (eds). *Trauma and substance abuse: Causes, consequences and treatment of comorbid disorders*. Washington DC, American Psychological Association, 2003.
233. Cohen FS, Densen-Gerber J. A study of the relationship between child abuse and drug addiction in 178 patients: preliminary results, *Child Abuse & Neglect* 1982; 6: 383-387.
234. Evren C, Kural S, Çakmak D. Clinical correlates of childhood abuse and neglect in substance dependents, *Addictive Behavior* 2006, 31: 475–485.
235. Kilpatrick DG, Saunders BE, Smith DW. *Youth victimization: Prevalence and Implications*. Research in Brief. 1st ed. Washington DC, National Institute of Justice, 2003.
236. Umeno M, Morita N, Ikeda T, Koda M, Abe Y, Endo K et al. Correlation between childhood traumatic stress and present drug abuse: results of a nationwide survey of drug addiction rehabilitation facilities in Japan. *Japanese Journal of Alcohol Studies & Drug Dependence* 2009; 44.6: 623-635.
237. Schafer I, Reininghaus U, Langeland W, Voss A, Zieger N, Haasen C, Karow A. Dissociative symptoms in alcohol-dependent patients: associations with childhood trauma and substance abuse characteristics. *Comprehensive Psychiatry* 2007; 48: 539-545.
238. Kerr T, Stoltz J, Marshall B, Lai C, Strathdee S, Wood E. Childhood trauma and injection drug use among high-risk youth. *Journal Of Adolescent Health* 2009; 45(3): 300-302.
239. Adriana MT, Florence K, Maria Lucia OS. Childhood trauma in substance use disorder and depression: An analysis by gender among a Brazilian clinical sample, *Child Abuse & Neglect* 2010; 34: 95-104.

240. Özen Ş, Antar S, Özkan M. Çocukluk çağı travmalarının umutsuzluk, sigara ve alkol kullanımı üzerine etkisi; üniversite son sınıf öğrencilerini inceleyen bir çalışma, *Düşünen Adam* 2007; 20(2): 79-87.
241. Herman J. *Trauma And Recovery*. 2nd ed. New York, Basic Books, 1997: p33.
242. Durmuşoğlu N, Doğru SSN. Çocukluk örseleyici yaşantılarının ergenlikteki yakın ilişkilerde bireye etkisinin incelenmesi, *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi* 2006; 15: 237- 246.
243. Palmer JA, Palmer LK, Williamson D. Childhood abuse as a factor in attrition from drug rehabilitation. *Psychological Reports* 1995; 76: 879–882.
244. Westermeyer J, Wahmanholm K, Thuras P. Effects of childhood physical abuse on course and severity of substance abuse. *Am J Addict* 2001; 10: 101-110.
245. Bowlby J. *Attachment and Loss: Volume I: Attachment*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1969, p1-401.
246. Ceglian CP, Gardner S. Attachment style and the “wicked stepmother” spiral. *Journal of Divorce & Remarriage* 2001; 34.1-2: 111-129.
247. Rees CA. All they need is love? Helping children to recover from neglect and abuse. *Archives of disease in childhood* 2011; 96.10: 969-976.
248. Brennan KA, Shaver PR. Dimensions of adult attachment, affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology Bulletin* 1995; 21.3: 267-283.
249. Ergün H. 14-18 yaş arası ergenler ve ebeveynlerinde aleksitimik özellikler, ebeveyn tutumları, bağlanma ve bağımlılık. *Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi*, Ankara Üniversitesi, Ankara, 2008.
250. Bowlby J. *Attachment and loss: Volume II: Separation, anxiety and anger*. London, The Hogarth press and the institute of psycho-analysis, 1973, p1-429.
251. Kraemer GW. A psychobiological theory of attachment. *Behavioral and Brain Sciences* 1992; 15.3: 493-511.

252. Pehlivan Türk B. Otistik bozukluğu olan çocuklarda bağlanma. *Türk Psikiyatri Dergisi* 2004; 15.1: 56-63.
253. Gibbs BG, Forste R, Lybbert E. Breastfeeding, parenting, and infant attachment behaviors. *Maternal and Child Health Journal* 2018; 22.4: 579-588.
254. Alptekin BF. Bipolar Bozukluk Tanılı Hastalarda Anne Bebek Bağlanmasının ve İlişkili Faktörlerin Değerlendirilmesi. Tıpta uzmanlık tezi, Sağlık Bilimleri Üniversitesi, İstanbul, 2019.
255. Sümer N, Güngör D. Yetişkin bağlanma stilleri ölçeklerinin Türk örneklemini üzerinde psikometrik değerlendirmesi ve kültürlerarası bir karşılaştırma. *Türk Psikoloji Dergisi* 1999; 14(43): 71-106.
256. Cooke JE, Kochendorfer LB, Stuart-Parrigon KL, Koehn AJ, Kerns KA. Parent-child attachment and children's experience and regulation of emotion: A meta-analytic review. *Emotion* 2019; 19(6): 1103.
257. Sroufe LA. Early relationships and the development of children. *Infant mental health journal* 2000; 21.1-2: 67-74.
258. Myers EA. Adult romantic attachment: Emotion regulation strategies and relationship satisfaction. Doktora tezi, Montana Üniversitesi, Montana, 1996. Available at: <http://www.mersin.edu.tr/idari/kutuphane-ve-dokumantasyon-daire-baskanligi>.
259. Görgü E. Okula devam eden 5-6 yaş grubu çocukların annelerinin bağlanma biçimleri, kişilik özellikleri ve çocukların bağlanma biçimleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Abant İzzet Baysal Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi*, 2018; 18(1): 186-209.
260. Göksel GS. Üniversite öğrencilerindeki ayrılma anksiyetesi ile bağlanma biçimleri arasındaki ilişki. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2015.
261. Akbay S. Ana babaya bağlanma ile romantik yakınlık ve otantik benlik arasındaki ilişkilerde bağlanma stillerinin aracı rolünün incelenmesi. Yayımlanmamış doktora tezi, Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Mersin, 2015
262. Hazan C, Shaver PR. Love and work: An attachment-theoretical perspective. *Journal of Personality and Social Psychology* 1990; 59(2): 270-280.

263. Bıyık BS. Depresyon hastalarında çocukluk ve yetişkin bağlanma stilleri. Diss. Bursa Uludag University, Bursa, 2019.
264. Vergili, M. Üniversite öğrencilerinde bağlanma biçimleri ile psikolojik dayanıklılık arasındaki ilişkinin incelenmesi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2018.
265. Nazlı B. Bağlanma biçimleri ve dürtüsellik arasındaki ilişkinin incelenmesi. MS thesis. Sosyal Bilimler Enstitüsü, 2018.
266. Köse Z. Yetişkinlerde bağlanma biçimleri ile mizaç ve karakter ilişkisi. Yayımlanmamış yüksek lisans tezi, Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2016.
267. Çelik Ş. The effects of an attachment-oriented-psychoeducational-group-training on improving the preoccupied attachment styles of university students. Yayımlanmamış doktora tezi, Orta Doğu Teknik Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara, 2004.
268. Weber DA. A Comparison of Individual Psychology and Attachment Theory. *Journal of Individual Psychology*. 2003; 59: 246-262.
269. Pickover S. Breaking the Cycle: A Clinical Example of Disrupting an Insecure Attachment System. *Journal of Mental Health Counseling* 2002; 24: 358-366.
270. Hazan C, Shaver PR. Attachment as an organizational framework for research on close relationships; *Psychology Inquiry*. 1994; 5: 1-22.
271. Çalışır, M. (2009). Yetişkin bağlanma kuramı ve duygulanım düzenleme stratejilerinin depresyonla ilişkisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar Dergisi*. 2009; 1: 240-255.
272. Gürkan NG. Evli Bireylerin Bağlanma Biçimleri ile Çatışma Çözüm Stillerinin Çift Uyumlarını Yordama Gücü. Doktora tezi, Marmara Üniversitesi, Türkiye, 2009.
273. Demirci E. (2004). Evlilikte bağlanma ve çatışmayı yönetmede bağlanma stillerinin etkisi. Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Karadeniz Teknik Üniversitesi, Trabzon, 2004.
274. Tüzün O, Sayar K. Bağlanma kuramı ve psikopatoloji. *Düşünen Adam* 2006; 19(1): 24-39.

275. Mitchell SA. Heinz Kohut's Theory of Narcissism1. American journal of psychoanalysis 1981; 41.4: 317-326.
276. Yaşar SÖ. Yetişkin yakın ilişkilerde bağlanma stilleri ile kullanılan savunma mekanizmalarının arasındaki ilişki. Yüksek Lisans Tezi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Üsküdar Üniversitesi, İstanbul, 2014.
277. Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. Journal of personality and social psychology 1991; 61.2: 226.
278. Özer M. Suçluluk-utanç, bağlanma, algılanan ebeveynlik (anne) tarzı ve psikolojik belirtiler arasındaki ilişkiler. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Savunma Bilimleri Enstitüsü, Kara Harp Okulu, Ankara, 2011.
279. Erzen E. Üç boyutlu bağlanma stilleri ölçeği. İnönü Üniversitesi Eğitim Fakültesi Dergisi 2016; 17.3: 1-21.
280. Akbay SE. Ana-babaya bağlanma ile romantik yakınlık ve otantik benlik arasındaki ilişkilerde bağlanma stillerinin aracı rolünün incelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Mersin Üniversitesi Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Eğitim Bilimleri Ana Bilim Dalı, Rehberlik ve Psikolojik Danışmanlık Bilim Dalı, 2015.
281. Keser CÇ. Annenin bağlanma düzeyi ve çocuk yetiştirme sürecinin çocuğun bağlanma düzeyine etkisi. Yayınlanmamış yüksek lisans tezi, Uludağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Bursa, 2006.
282. Atik EL. Liseli ergenlerde bağlanma stilleri ve psikolojik sağlamlık düzeyleri arasındaki ilişkide öz-yansıtma ve içgörünün rolü. MS thesis. İstanbul Bilim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2013.
283. Yıldırım B. Beliren Yetişkinlikte Romantik ilişki temalı ve eş odaklı obsesif kompulsif belirtilerin gelişimsel yordayıcıları: özerklik, bağlanma ve mükemmeliyetçilik. Yüksek lisans Tezi, Hacettepe Üniversitesi / Sosyal Bilimler Enstitüsü / Psikoloji Ana Bilim Dalı / Klinik Psikoloji Bilim Dalı, Ankara, 2018.
284. West M, Rose MS, Sheldon-Keller A. Assessment of patterns of insecure attachment in adults and application to dependent and schizoid personality disorders. Journal of Personality Disorders 1994; 8.3: 249-256.

285. Kuyumcu B. Evli Kişilerde Gestalt temas biçimleri ve bağlanma stilleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. Mehmet Akif Ersoy Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi 2011;3.5: 57-70.
286. Zapf JL, Greiner J, Carroll J. Attachment styles and male sex addiction. Sexual Addiction & Compulsivity 2008; 15.2: 158-175.
287. Morsünbül Ü. Attachment and risk taking: are they interrelated? World academy of science. Engineering and Technology 2009; 31: 764-768.
288. Simpson JA, Rholes WS, Nelligan JS. Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. Journal of personality and social psychology 1992; 62.3: 434.
289. Cömert IT, Ögel K. Madde kullanan ergenlerin bağlanma stilleri. Addicta: The Turkish Journal On Addictions 2014; 1.1: 9-40.
290. Koçhan K, İlhan T. Erbaş/Erlerin Ebeveyne Bağlanma Stilleri, Depresyon Düzeyleri ve Stresle Başa Çıkma Stillerinin Madde Kullanımı Açısından İncelenmesi. Addicta: The Turkish Journal on Addictions 2015; 2.2: 61-109
291. Görgün S, Tiryaki A, Topbas M. Üniversite öğrencilerinde madde kullanma ve anne babaya bağlanma biçimleri. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2010; 11.4: 305.
292. Schidler A, Thomasius R, Sack PM, Gemeinhardt B, Küstner U, Eckert J. Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. Attach Hum Dev. 2005; 7: 207-228.
293. Finzi R, Ram A, Har-Even D, Shnit D, Weizman A. Attachment Styles and Aggression in Physically Abused and Neglected Children. Journal of Youth and Adolescence. 2001; 30; 769-786.
294. Deniz ME. Ergenlerde Bağlanma Stilleri ile Çocukluk İstismarları ve Suçluluk- Utanç Arasındaki İlişki. Eurasian Journal of Educational Research 2006; 22: 89- 99.
295. Morton N, Browne KD. Theory and observation of attachment and its relation to child maltreatment: a review. Child Abuse Negl 1998; 22: 1093-1104.
296. Skevington SM, Lotfy M, O'Connell KA. The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the

international field trial. A report from the WHOQOL group. Quality of life Research 2004; 13.2: 299-310.

297. Fayers PM, Machin D. Quality of life: assessment, analysis and interpretation. Chichester: Wiley, England, 2000; 224-47.

298. Katschnig H, Krautgartner M. Quality of Life: A New Dimension in Mental Health Care. In Psychiatry in Society 2003; 171-191.

299. Tüzün EH, and Eker L. Sağlık değerlendirme ölçütleri ve yaşam kalitesi. Sağlık ve Toplum 2003; 13.2: 3-8.

300. Perim A. Trakya Üniversitesi Eğitim, Araştırma ve Uygulama Hastanesi'nde çalışan hemşirelerin kaliteli yaşam algısının belirlenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Trakya Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Halk Sağlığı Ana Bilim Dalı, Edirne, 2007.

301. Baker F, Intagliata J. Quality of life in the evaluation of community support systems. Eval Program Plann Pergamon, 1982; 5:69–79.

302. Bigelow D, Brodsky G, Stewart L, Olson M. The Concept And Measurement Of Quality Of Life As A Dependent Variable In Evaluation Of Mental Health Services. Innov Approaches to Ment Heal Eval Academic Press 1982; 345–66.

303. Tosevski DL, Milovancevic MP. Stressful life events and physical health. Curr Opin Psychiatry 2006; 19: 184–9.

304. Gündüz A, Gündoğmuş İ. Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı olumsuz yaşantıları ile otomatik düşünceler, ara inançlar, uyumsuz şemalar, anksiyete ve depresif belirti şiddeti ve yaşam kalitesi arasındaki ilişki. Klinik Psikiyatri Dergisi 2019; 22: 424-435.

305. Kıvrak Y, Gey N, Kıvrak AH, Kokaçya HM, Çöpoğlu SÜ, Arı M. Kadına yönelik eş şiddeti, çocukluk travmaları, depresyon ve yaşam kalitesi. Anadolu Psikiyatri Dergisi 2015; 16: 314-322.

306. Tunc P, Sahin D. Sınır kişilik bozukluğunda dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranışlarının yordayıcıları. Anatolian Journal of Psychiatry 2019; 20(4): 341-349.

307. Brodsky BS, Oquendo M, Ellis SP, Haas GL, Malone KM, Mann JJ. The relationship of childhood abuse to impulsivity and suicidal behavior in adults with major depression. Am J Psychiatry 2001; 158: 1871– 1877.

308. Whiteside SP, Lynam DR. The Five Factor Model and Impulsivity: Using a Structural Model of Personality to Understand Impulsivity. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30.4: 669–689.
309. Barratt E, Patton JH. Impulsivity: Cognitive, Behavioral, and Psychophysiological Correlates. M. Zuckerman (Ed.). *The Biological basis of impulsivity and sensation seeking içinde*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1983, 77-116
310. Somer E, Ginzburg K, Kramera L. The role of impulsivity in the association between childhood trauma and dissociative psychopathology: Mediation versus moderation. *Psychiatry Research* 202-12; 196: 133-137.
311. Corruble E, Hatem N, Damy C, Falissard B, Guelfi J, Reynaud M et al. Defence styles, impulsivity and suicide attempts in major depression. *Psychopathology* 2003; 36: 279-284.
312. Amerikan Psikiyatri Birliği (APA). *Ruhsal Bozuklukların Tanımsal ve Sayımsal Elkitabı*, 5. Baskı (DSM-V) (E Koroğlu, Çev.). Hekimler Yayın Birliği, Ankara, 2013.
313. Didie ER, Tortolani CC, Pope CG, Menard W, Fay C, Phillips KA. Childhood abuse and neglect in body dysmorphic disorder. *Child Abuse & Neglect* 2006; 30(10): 1105-1115.
314. Lau JT, Kim JH, Tsui HY, Cheung A, Lau M, Yu A. The relationship between physical maltreatment and substance use among adolescents: A survey of 95,788 adolescents in Hong Kong. *Journal of Adolescent Health* 2005; 37(2): 110-119.
315. Narvaez JC, Maqalhaes PV, Trindade EK, Vieira DC, Kauser-Santanna M, Gama CS. Childhood trauma, impulsivity and executive functioning in crack cocaine users. *Compr Psychiatry* 2011; 53: 238-244.
316. Tunç P. Borderline kişilik bozukluğunda depresif semptom ve çocukluk çağı travmalarının dürtüsellik, kendine zarar verme ve intihar davranışları üzerindeki yordayıcı etkisi. Doktora Tezi, İstanbul Arel Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Ana Bilim Dalı, Klinik Psikoloji Bilim Dalı, İstanbul, 2016.
- 317) Bernstein DP, Fink L, Handelsman L, Foote J. Initial reliability and validity of a new retrospective measure of child abuse and neglect. *Am J Psychiatry* 1994; 151(8): 1132-1136.

- 318) Şar V, Öztürk E, İkikardeş E. Çocukluk çağı ruhsal travma ölçeğinin türkçe uyarlamasının geçerlilik ve güvenilirliği. Türkiye Klinikleri. 2012; 32(4): 1054-1063
- 319) Bartholomew K, Horowitz LM. Attachment styles among young adults: a test of a four category model. journal of personality and social pspsychology 1991; 61(2): 226-244.
- 320) Sümer N, Güngör D. Yetişkin Bağlanma Stilleri Ölçeklerinin Türk Örneklemi Üzerinde Psikometrik Değerlendirmesi ve Kültürlerarası Bir Karşılaştırma. Türk Psikoloji Dergisi 1999; 14(43): 71-106.
- 321) The WHOQOL Group. Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. Psychol Med 1998; 551-558.
- 322) Eser S, Fidaner H, Fidaner C, Elbi H, Eser H, Gökeer E. Yaşam kalitesinin ölçülmesi, WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF. Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi 1999; 7: 5-13.
- 323) Barratt ES. Anxiety and Impulsiveness Related to Psychomotor Efficiency. Percept Mot Skills 1959; 9(3): 191-198.
- 324) Patton JH, Stanford MS, Barratt ES. Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. J Clin Psychol 1995; 51(6): 768-774.
- 325) Güleç H, Tamam L, Güleç MY, Turhan M, Karakuş G ZM. Barratt Dürtüsellik Ölçeği-11 (BIS-11)'in Türkçe uyarlamasının psikometrik özellikleri. Klin Psikofarmakol Bülteni 2008; (18): 251-258.
- 326) Evren C, Gürol DT, Ögel K. Reliability and validity of the Penn Alcohol Craving Scale (PACS) Revised Version for substance craving in male substance dependent inpatients. Turk Psikiyatri Derg 2011; 22(1): 70.
- 327) Evren C, Çetin R, Dalbudak E, Durkaya M, Çakmak D, Flannery B. Yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlisi hastalarda Cloninger'in kişilik boyutlarının alkol asermesi ile ilişkisi. Klinik Psikofarmakoloji Bulteni 2009; 19.4: 373.
- 328) First MB. Structured Clinical Interview for the DSM (SCID). The Encyclopedia of Clinical Psychology, Birinci Baskı. RL Cautin, SO Lilienfeld (Ed), Wiley-Blackwell, 2015.

- 329) Bayad S, Elbir M, Topbaş Ö, Kocabaş T, Topak O, Çetin Ş et al. DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşmenin (SCID-5) Türkçeye uyarlanması ve güvenilirliği. 22. TPD Yıllık Toplantısı ve Klinik Eğitim Sempozyumu. 2018.
330. Back SE, Payne RL, Wahlquist AH, Carter RE, Stroud Z, Haynes L et al. Comparative profiles of men and women with opioid dependence: Results from a national multisite effectiveness trial. *Am. J. Drug Alcohol Abuse* 2011; 37: 313–323.
331. Gilmore AK, Jones JL, Moreland AD, Hahn CK, Brady KT, Back SE. Gender moderates the association between distress tolerance and alcohol use among individuals with opioid use disorder. *Drug and alcohol dependence* 2018; 190: 9-12.
332. Bulut M, Savaş HA, Cansel N, Selek S, Kap Ö, Yumru M et al. Gaziantep üniversitesi alkol ve madde kullanım bozuklukları birimine başvuran hastaların sosyodemografik özellikleri. *Bağımlılık Dergisi* 2006; 7: 65-70
333. Türkcan A, Coşkun B, İlem E, Çakmak D. Alkol bağımlılarında bir tedavi programının 3 aylık izlem sonuçları. *Bağımlılık Dergis.* 2001; 2 (1): s. 30-33.
334. Erbay E, Oğuz N, Yıldırım B, Fırat E. Alkol ve Madde Bağımlılığı Olan Bireylerin Başaçekme Tutumları. *Türkiye Sosyal Araştırmalar Dergisi* 2016; 20(3): 597-609
335. Ersöğütçü F, Karakaş SA. Social functioning and self-esteem of substance abuse patients. *Archives of Psychiatric Nursing* 2016; 30(5): 587-592.
336. Zorlu N, Türk H, Manavgat Aİ, Karadaş B, Gülseren S. Denetimli serbestlik uygulaması kapsamında başvuran hastalarda sosyodemografik, klinik özelliklerin ve alkol kullanım bozukluğu sıklığının geriye dönük değerlendirilmesi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi* 2011; 12(4): 253-257.
337. Saatçioğlu Ö, Yapıcı A, Ciğerli G, Üney R, Çakmak D. Yatarak tedavi gören bağımlı hastalarda nüksün değerlendirilmesi. *Bağımlılık Dergisi* 2007; 8: 133-137.
338. Öztürk YE, Kırılıoğlu M, Kırac R. Alkol ve madde bağımlılığında risk faktörleri. *Selçuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Meslek Yüksek Okulu Dergisi* 2016; 18(2): 97-118.
339. Mustafaoğlu R, Mutlu Kaya E, Mutlu C, Çiftçi A, Özdiğerler AR. Madde kullanım bozukluğunun ergenlerde anksiyete, depresyon ve yaşam kalitesine etkisi. *Bağımlılık Dergisi* 2020; 21(4): 308-316.

340. Doğan B, Arıkan Z. Alkol ve madde bağımlılığında erişkin dikkat eksikliği hiperaktivite bozukluğu belirtileri. Balıkesir Sağlık Bilimleri Dergisi. 2014; 3(3): 141-146.
341. Evren C, Dalbudak E, Çakmak D. Değişime hazır olma ve tedavi isteği ölçeği (SOCRATES) Türkçe versiyonu'nun yatarak tedavi gören erkek alkol bağımlısı hastalarda faktör yapısı, geçerliği ve güvenirliği. Klinik Psikofarmakoloji Bülteni 2008; 18(2): 84-91.
342. Nebioğlu M, Yalnız H, Güven FM, Geçici Ö. Opiyat bağımlılarında diğer maddelerin kullanımı ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. TAF Preventive Medicine Bulletin. 2013; 12(1): 35-42.
343. Asan Ö, Tıkır B, Okay İT, Göka E. Bir AMATEM birimine başvuran alkol ve madde kullanım bozukluğu olan hastaların sosyodemografik ve klinik özellikleri. Bağımlılık Dergisi 2015; 16(1): 1-8.
344. Karaağaç H, Esenkaya Usta Z, Usta A, Gümüş Yarmalı M, Gödekmerdan A. Kayseri eğitim ve araştırma hastanesi amatem kliniğinde yatarak tedavi gören hastaların sosyodemografik özelliklerinin retrospektif analizi. Düşünen Adam Psikiyatri ve Nörolojik Bilimler Dergisi 2017; 30(3): 251-257.
345. Clarck HW, McClanahan TM, Kanas N, Smith D, Landry MJ. Substance Related Disorders: Alcohol Drugs. İn: Review of General Psychiatry. Goldman HH (Ed.). 5th Edition. Mc Graw Hill, 2000, 208-230.
346. Yalman E. Ebeveyn ve akran ilişkilerinin genç kızlarda madde kullanımına etkisi. Uluslararası Bilimsel Araştırmalar Dergisi 2019; 4(2): 372-391.
347. Ergil D. Profile of drug addiction and resistance in Turkey, UN report, Ankara, 1993.
348. Havaçeliği AD, Şaşman KD. Bağımlılıkta riskli bir durum: Suç davranışı. Yüncü Z. (Ed.) İçinde: Ergen Bağımlılığı, 1. Baskı, Ankara, Türkiye Klinikleri, 2019, p11-17.
349. Alpay N, Karamustafaoğlu N, Kükürt R. Madde bağımlılarında suç. Düşünen Adam Dergisi 1995; 8(2): 16-17.
350. Evren C, Cınar O, Evren B, Celik S. Self-mutilative behaviors in male substance-dependent inpatients and relationship with anger and aggression: mediator effect of childhood trauma. Compr Psychiatry 2012; 53(3): 252-258.

351. Roy A. Risk factors for attempting suicide in heroin addicts. *Suicide Life Threat Behav* 2010; 40: 416-420.
352. Sack D. Why relapse isn't a sign of failure. *Psychology Today*. *Journal of consulting and clinical psychology* 2012; 79: 296-306.
353. Gökler R, Koçak R. Uyuşturucu ve madde bağımlılığı. *Sosyal bilimler araştırmaları dergisi* 2008; 3(1): 89-104.
354. Vest BM, Hoopsick RA, Homish L, Daws RC. Childhood trauma, combat trauma, and substance use in National Guard and Reserve soldiers. *Substance Abuse*. 2018; 39(4): 452-460.
355. Banducci AN, Hoffman EM, Lejuez CW, Koenen KC. The impact of childhood abuse on inpatient substance users: Specific links with risky sex, aggression, and emotion dysregulation. *Child abuse & neglect* 2014; 38(5): 928-938.
356. Türkmen SN, Sevinç İ, Kırılı Ö, Erkul I. Cinsel istismara uğrayan kız çocuklarının profilleri. *İzmir Dr. Behçet Uz Çocuk Hast. Dergisi* 2017; 7(3): 197-202.
357. Kilpatrick DG, Ruggiero KJ, Acierno R, Saunders BE, Resnick HS, Best CL. Violence and risk of PTSD, major depression, substance abuse/dependence, and comorbidity: results from the National Survey of Adolescents. *Journal of consulting and clinical psychology* 2013; 71(4): 692.
358. Gil-Rivas V, Fiorentine R, Anglin MD. Sexual Abuse, Physical Abuse, and Posttraumatic Stress Disorder Among Women Participating In Outpatient Drug Abuse Treatment. *Journal Of Psychoactive Drugs* 1996; 28(1): 95-102.
359. Taşkent A. Alkol ve/veya Madde bağımlıları ile Bağımlılığı Olmayan Bireylerin Savunma Mekanizmaları Açısından Karşılaştırılması, Çocukluk Çağı Travmaları, Disosiyatif Yaşantılar ve Bağımlılık Şiddetinin Savunma Mekanizmaları Üzerindeki Etkisinin İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, Psikoloji Anabilim Dalı, İstanbul, 2010.
360. Brems C, Johnson ME, Neal D, Freeman M. Childhood abuse history and substance use among men and women receiving detoxification services. *The American journal of drug and alcohol abuse* 2004; 30(4): 799-821.

361. Demirbek B. Türkiye’de uçucu madde bağımlılığı profili. Uzmanlık Tezi, Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi, Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim dalı, İstanbul, 1991.
362. Zeren C, Yengil E, Çelikel A, Arık A, Arslam M. Üniversite öğrencilerinde çocukluk çağı istismarı sıklığı, Dicle Tıp Dergisi 2012; 39(4): 536-541.
363. Moustafa AA, Parkes D, Fitzgerald L, Underhill D, Garami J, Levy GE et al. The relationship between childhood trauma, early-life stress, and alcohol and drug use, abuse, and addiction: An integrative review. Current Psychology 2018; 40: 579-584.
364. Farley M, Golding JM, Young G, Mulligan M, Minkoff JR. Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. Journal of Substance Abuse Treatment 2004; 27: 161– 167.
365. Schückher F, Sellin T, Engström I, Berglund K. History of childhood abuse is associated with less positive treatment outcomes in socially stable women with alcohol use disorder. BMC Womens Health. 2019; 19(1): 159-168
366. Karakum MM. Yetişkinlerde Bağlanma Stillerinin Öznel İyi Oluş, Yaşam Doyumu ve Bilişsel Çarpıtmalar Üzerinde Etkisinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üsküdar Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2020.
367. Aktaş E. Ergenlerin Ebeveyne Bağlanma Stilleri ile Sosyal Görünüş Kaygısı Sosyal Algılanma Düzeyleri Arasındaki İlişkinin İncelenmesi. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Necmettin Erbakan Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Konya, 2020.
368. Durak Y. Evliliğe Karar Vermiş Bireylerin Romantik İlişki İnançlarını Yordamada Bağlanma Stilleri ve Özsaygı Düzeylerinin Rolü. Yüksek lisans tezi, Ankara Üniversitesi, Eğitim Bilimleri Enstitüsü, Ankara, 2020.
369. Kesmez E, Temel G. Cinsiyet Faktörünün, Bağlanma Stillerine ve Yalnızlığa Etkisinin Meta analizi. Yüksek lisans tezi, Çağ Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2017.
370. Wise MH, Weierbach F, Cao Y, Phillips K. Tobacco use and attachment style in Appalachia. Issues in Mental Health Nursing 2017; 38(7): 562-569.

371. Aydoğdu H. Madde Kullanım Bozukluğu Olan ve Olmayan Ergenlerin Bağlanma Stilleri Yönünden Karşılaştırılması. Yüksek lisans tezi, Ege Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir, 2013.
372. Şipit G. Yetişkin Bireylerde Bağlanma Stilllerinin Duyguları İfade Etme Şekilleri ve Empatik Eğilim Yeteneklerine Etkileri. Yüksek lisans tezi, İstanbul Gelişim Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2019.
373. Weiss NH, Tull MT, Viana AG, Anestis MD, Gratz KL. Impulsive Behaviors as an Emotion Regulation Strategy: Examining Associations between PTSD, Emotion Dysregulation, and Impulsive Behaviors among Substance Dependent Inpatients. *J anxiety disord* 2013-2; 26(3): 453-458.
374. Acton GS. Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality traits: implications for substance use. *Subst Use Misuse* 2003; 38(1): 67-83.
375. Köksal B. Madde Bağımlılarında Dürtüsellik ve Saldırganlığın İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Fakültesi, Hemşirelik Bölümü, İstanbul, 2016.
376. Uhri A, Kogan S.M., Kwon J, Wickrama KAS, Vanderbroek L, Palmer İ et al. Çocuk istismarı ve ihmalini ergenlik ve erişkinlikte madde kullanımı ile ilişkilendiren bir mekanizma olarak dürtüsellik. *Dev Psikopatol* 2018; 30(2): 417-435.
377. Chien LY, Lo LH, Chen CJ, Chen YC. Quality of life among primary caregivers of Taiwanese children with brain tumor. *Cancer Nurs* 2003; 26: 305- 11.
378. Avcı K, Pala K. Uludağ üniversitesi tıp fakültesinde çalışan araştırma görevlisi ve uzman doktorların yaşam kalitesinin değerlendirilmesi. *Uludağ Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi* 2004; 30(2): 81-85.
379. Wang X, Matsuda N, Ma H, Shinfuku N. Comparative study of quality of life between the Chinese and Japanese adolescent populations. *Psychiatry Clin Neurosci* 2000; 54: 147-52.
380. Yeşil A, Ergün Ü, Amasyalı C, Er F. Çalışanlar için yaşam kalitesi ölçeği Türkçe uyarlaması geçerlik ve güvenirlik çalışması. *Nöropsikiyatri Arşivi* 2010; 47: 111-7.

381. Nasirian S, Engström M, Forsberg A, Olsen MF. Recovery and quality of life after trauma: a 6-month follow-up study. *Journal of Trauma Nursing* 2020; 27.6: 327-334.
382. Kozalı E. Depresyonda Yaşam Kalitesi: Yetişkin Bağlanma Stilleri, Duygulanım Düzenleme Stratejileri ve Öz Duyarlılığın Rolü. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Kâtip Çelebi Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İzmir, 2017.
383. Demirel C. Yetişkinlerde Bağlanma Stillerinin Mutluluk, Yaşam Doyumu ve Depresyon ile İlişkisinin İncelenmesi. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Işık Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul, 2018.
384. Brophy K, Brahler E, Hinz A, Schmidt S, Körner A. The role of self-compassion in the relationship between attachment, depression, and quality of life. *Journal of affective disorders* 2020; 260: 45-52.
385. Heffner JL, Blom TJ, Anthenelli RM. Gender differences in trauma history and symptoms as predictors of relapse to alcohol and drug use. *The American journal on addictions* 2011; 20(4): 307-311.

EK-1

ASGARİ BİLGİLENDİRİLMİŞ GÖNÜLLÜ OLUR FORMU

Katılımcı / Gönüllünün Protokol Numarası:

1. Araştırmayla İlgili Bilgiler:

- a. Araştırmanın Adı: Remisyondaki Opiyat Kullanım Bozukluğu hastalarında çocukluk çağı travmaları ve bağlanma stillerinin işlevsellik, suisidalite, dürtüsellik ve yaşam kalitesi üzerine etkisi
- b. Araştırmanın İçeriği: 1 Eylül 2021-1 Mart 2022 tarihleri arasında remisyondaki opioid kullanım bozukluğu hastalarında bağımlılığın gelişiminde çocukluk travmaları ve bağlanma özelliklerinin sosyodemografik özellikler, dürtüsellik, suisidalite, tedavi ile temiz kalma süresi, tedaviye uyum ve devamlılıkla ilişkisi araştırılacaktır.
- c. Araştırmanın Amacı: Akdeniz Üniversitesi Hastanesi Alkol ve Madde Bağımlılığı Araştırma ve Uygulama Merkezi (AMBAUM)'da opioid kullanım bozukluğu (OKB) tanılı hastaların çocukluk travmalarını araştırmak, mevcut literatür bilgisini artırmak ve travma ile bağımlılık ilişkisini derinleştirmektir. Ek olarak OKB'nin oluşumu ve gelişiminde çocukluk travmaları ve bağlanma özelliklerinin etkisine dikkat çekmek ve bunların hastaların sosyodemografik özellikleri, dürtüsellik, suisidalite, tedavi ile temiz kalma süreleri, tedaviye uyum ve devamlılıklarıyla ilişkisinin karşılaştırılması amaçlanmıştır.
- d. Araştırmanın Nedeni:

() Bilimsel araştırma
(X) Tez çalışması
- e. Araştırmanın Öngörülen Süresi: 1 Eylül 2021-1 Mart 2022 tarihleri arasında araştırma kapsamında hedeflenen 100 hasta ve aynı sayıda sağlıklı gönüllüye ulaşılması durumunda araştırma sonlanacaktır.
- f. Araştırmaya Katılması Beklenen Katılımcı/Gönüllü Sayısı: 100 remisyonda Opioid kullanım bozukluğu tanılı hasta ile 100 sağlıklı kontrol
- g. Araştırmada İzlenecek Deneysel İşlemler: Yok

2. Gönüllünün/Katılımcının Uygulama Sırasında Karşılaşabileceği Riskler ve Rahatsızlıklar: Yukarıda açıklanan araştırma sırasında uygulanacak olan işlemlerin bana aşağıda belirtilen riskleri ve rahatsızlıkları getirebileceğinin bilincindeyim:

Çalışma boyunca herhangi bir tıbbi uygulama yapılmayacaktır, dolayısıyla oluşabilecek risk ve rahatsızlık yoktur.

3. Gönüllüler/Katılımcılar İçin Araştırmadan Beklenen Yarar: Bu çalışmada remisyonda olan opioid kullanım bozukluğu tanılı hastaların bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmalarına maruziyetleri açısından kontrol grubuna göre farklılık gösterip göstermedikleri ve olası farklılıkların hastalığın süregenleşmesi ve tedavi yanıtı üzerinde etkili olup olmadıklarının araştırılması amaçlanmıştır. Böylelikle; özellikle opioid bağımlılığı tedavisinde ve genel olarak

da opioid kullanımında çocukluk çağı travmalarının ve bağlanma stillerinin nasıl bir değişiklik gösterdiği anlaşılamaya çalışılacaktır. Çalışmadan beklenen ikinci bir sonuç da söz konusu faktörlerin (bağlanma biçimleri ve çocukluk çağı travmalarının) bu bozukluğun süregelenleşmesindeki, tedavi yanıtı ve hastalık seyri üzerindeki etkileri ile hastaların sosyodemografik özellikleri, komorbid psikiyatrik rahatsızlıkları, dürtüsellik, suisidalite, aşırma (creaving) ve yaşam kalitesiyle ilişkilerinin anlaşılması ve karşılaştırılmasıdır.

3. Araştırma Konusundaki Soruların Cevaplandırılması:

Araştırmanın yürütülmesi sırasında olası yan etkiler, riskler ve zararlar ile haklarını konusunda bilgi almak için hastaneyle bağlantı kurmam yeterli olacaktır.

4. Zararların Karşılanması:

Bu çalışmaya katıldığım için zarar göreceğim olursam, gerekli olan tıbbi bakımın sorumlu araştırmacı tarafından yerine getirileceği, uygulanan işleme bağlı olarak gelişebilecek her tür hasara (sakatlanma ve ölüm dahil) karşı güvencede olduğum, masraflarımın Müge Topcuoğlu tarafından karşılanacağı bana bildirildi.

5. Araştırma Giderleri: Araştırma kapsamındaki bütün işlemler için benden ya da bağlı bulunduğum sosyal güvenlik kuruluşundan hiçbir ücret istenmeyecektir.

6. Gönüllülük, Çalışmayı Reddetme ve Çalışmadan Çekilme Hakkı, Çalışmadan Çıkarılma:

a. Araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama altında olmaksızın gönüllü olarak katılıyorum.

b. Araştırmaya katılmayı reddetme hakkına sahip olduğum bana bildirildi.

c. Sorumlu araştırmacıya haber vermek kaydıyla, hiçbir gerekçe göstermeksizin istediğim anda bu çalışmadan çekilebileceğimin bilincindeyim.

7. Çalışmanın yürütücüsü olan araştırmacı ya da destekleyen kuruluş, çalışma programının gereklerini yerine getirmedeki ihmali nedeniyle ya da araştırma prosedürüne bağlı olarak onayımı almadan beni çalışma kapsamından çıkarabilir.

8. Gizlilik: Çalışmanın sonuçları bilimsel toplantılar ya da yayınlarda sunulabilir. Ancak, bu tür durumlarda kimliğim kesin olarak gizli tutulacaktır.

9. Çalışmaya Katılma Onayı: Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce gönüllüye / katılımcıya verilmesi gereken bilgileri gösteren Aydınlatılmış Onam Formu adlı metni kendi anadilimde okudum ya da bana okunmasını sağladım. Bu bilgilerin içeriği ve anlamı, yazılı ve sözlü olarak açıklandı. Aklıma gelen bütün soruları sorma olanağı tanındı ve sorularıma doyurucu cevaplar aldım. Çalışmaya katılmadığım ya da katıldıktan sonra çekildiğim durumda, hiçbir yasal hakkımdan vazgeçmiş olmayacağım. Bu koşullarla, söz konusu araştırmaya hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın gönüllü olarak katılmayı kabul ediyorum.

Bu metnin imzalı bir kopyasını aldım.

Gönüllünün / katılımcının Adı- Soyadı:

Yaş ve Cinsiyeti:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Velayet ya da vesayet altında bulunanlar için;

Veli ya da Vasinin Adı- Soyadı:

İmzası:

Adresi (varsa telefon ve/veya fax numarası):

.....

.....

Tarih:

Açıklamaları Yapan Araştırmacının Adı- Soyadı:

İmzası:

Tarih:

Onam alma işlemine başından sonuna kadar tanıklık eden kuruluş görevlisinin

Adı- Soyadı:

İmzası:

Görevi:

Tarih:

EK-2

AKDENİZ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Tarih:

Görüşmeyi yapan doktor:

Hastanın dosya no:

Telefon:

Adı-soyadı:

Cinsiyeti: 1- kadın 2- erkek

Doğum yeri: 1- kent 2- kırsal/köy

Doğum tarihi/yaş:

Medeni durumu:

1- Bekar

2- Evli

3- Ayrılmış/dul

Çocuk sayısı:

Kardeş sayısı:

Kimlerle yaşıyor:

1- Yalnız

2- Ailesiyle

3- Arkadaşıyla

4- Bir kurumda

5- Akraba ile

6- Evsiz/sokakta

7- Cezaevinde

Anne baba sağ mı? 1- evet 2- hayır

Birlikte mi? 1- evet 2 hayır

Öz mü? 1- evet 2- hayır

Askerlik:

1- Yaptı

2- Yapmadı, nedeni:

3- Yaptı bir sebepten tamamlayamadı veya hava değişimi oldu, nedeni:

.....

Eğitim durumu:

1- Okuryazar değil

2- İlköğretim mezunu

3- Lise mezunu

4- Üniversite mezunu

Çalışma durumu:

1- Çalışıyor:

2- Çalışmıyor:

Sigara kullanımı: 1- var 2- yok

Varsa kaç yıldır, günde kaç paket:

Alkol kullanımı: 1- var 2- yok

Başlama yaşı:

Kullanım süresi: ay/yıl

Kullanım sıklığı: 1. Ayda birkaç kez

2. Haftada 1 kez

3. Haftada 2-3 kez

4. Hergün

Kullanım dozu/miktarı: şişe/bardak

Eroin kullanımı: 1- var 2- yok

Başlama yaşı:

Kullanım süresi: ay/yıl

Kullanım sıklığı:

Kullanım dozu/miktarı: gram/paket

Kullanım yolu:

Damaryolu /enjektör kullanımı: 1- var 2- yok

Enjektör paylaşımı: 1- var 2- yok

Kendine zarar verme davranışı olmuş mu? (Jiletleme vb) 1- evet 2- hayır

İntihar girişimi olmuş mu? 1. Evet 2. Hayır

Kaç kere intihar girişimi olmuş:

Adli olay: 1- var 2- yok

Varsa nedir: 1. Cinayet

2. Kavga, Yaralama

3. Hırsızlık

4. Madde ile yakalanma

5. Cinsel saldırı, taciz

6. Çek senet vb. mali suçlar

7. Diğer

Psikiyatrik hastalık öyküsü? 1- var 2- yok

Ek hastalık öyküsü? 1- var 2- yok

Daha önceden aldığı tedaviler: 1- var 2- yok

Varsa nedir? (suboxon, ethylex, implant(çip), enjeksiyon-depo tedavi(aşı)):

.....
.....

EK-3

Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği'nin Türkçesi-2.0 (Çeviren: © Vedat Şar)

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.

	Çocukluğumda ya da ilk gençliğimde...	Hiçbir Zaman (1)	Nadiren (2)	Kimi zaman (3)	Sık olarak (4)	Çok sık (5)
1	Evde yeterli yemek olmadığından aç kalırdım.					
2	Benim bakımımı ve güvenliğimi üstlenen birinin olduğunu biliyordum.					
3	Ailemdelikler bana "salak", "beceriksiz" ya da "tipsiz" gibi sıfatlarla seslenirlerdi.					
4	Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur ya da uyuşturucu alırlardı.					
5	Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan biri vardı.					
6	Yırtık, sökülük ya da kirli giysiler içerisinde dolaşmak zorunda kalırdım.					
7	Sevdiğimi hissediyordum.					
8	Anne ve babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.					
9	Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora ya da hastaneye gitmem gerekmişti.					
10	Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.					
11	Ailemdelikler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı ya da sıyrıklar oluyordu.					
12	Kayış, sopa, kordon ya da başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.					
13	Ailemdeki kişiler birbirlerine ilgi gösterirlerdi.					
14	Ailemdelikler bana kırıcı ya da saldırganca sözler söylerlerdi.					
15	Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma (dövölme, itilip kakılma vb.) inanıyorum.					

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

EK-4

İlişki Ölçekleri Anketi (Relationship Scales Questionnaire; RSQ)

Aşağıda yakın duygusal ilişkilerinizde kendinizi nasıl hissettiğinize ilişkin çeşitli ifadeler yer almaktadır. Yakın duygusal ilişkilerden kastedilen arkadaşlık, dostluk, romantik ilişkiler ve benzerleridir. Lütfen her bir ifadeyi bu tür ilişkilerinizi düşünerek okuyun ve her bir ifadenin sizi ne ölçüde tanımladığını aşağıdaki 7 aralıklı ölçek üzerinde değerlendiriniz.

		Beni hiç tanımlamıyor			Kısmen beni tanımlıyor			Tamamıyla beni tanımlıyor
		1	2	3	4	5	6	7
1	Başkalarına kolaylıkla güvenemem.							
2	Kendimi bağımsız hissetmem benim için çok önemlidir.							
3	Başkalarıyla kolaylıkla duygusal yakınlık kurarım.							
4	Bir başka kişiyle tam anlamıyla kaynaşıp bütünleşmek isterim.							
5	Başkalarıyla çok yakınlaşırsam incitileceğimden korkuyorum.							
6	Başkalarıyla yakın duygusal ilişkilerim olmadığı sürece oldukça rahatım.							
7	İhtiyacım olduğunda yardıma koşacakları konusunda başkalarına her zaman güvenebileceğimden emin değilim.							
8	Başkalarıyla tam anlamıyla duygusal yakınlık kurmak istiyorum.							
9	Yalnız kalmaktan korkarım.							
10	Başkalarına rahatlıkla güvenip bağlanabilirim.							
11	Çoğu zaman, romantik ilişkide olduğum insanların beni gerçekten sevmediği konusunda endişelenirim.							
12	Başkalarına tamamıyla güvenmekte zorlanırım.							
13	Başkalarının bana çok yakınlaşması beni endişelendirir.							
14	Duygusal yönden yakın ilişkilerim olsun isterim.							
15	Başkalarının bana dayanıp bel bağlaması konusunda oldukça rahatımdır.							

16	Başkalarının bana, benim onlara verdiğim kadar değer vermediğinden kaygılanırım.							
17	İhtiyacınız olduğunda hiç kimseyi yanınızda bulamazsınız.							
18	Başkalarıyla tam olarak kaynaşıp bütünleşme arzum bazen onları ürkütüp benden uzaklaştırıyor.							
19	Kendi kendime yettiğimi hissetmem benim için çok önemli.							
20	Birisi bana çok fazla yakınlaştığında rahatsızlık duyarım.							
21	Romantik ilişkide olduğum insanların benimle kalmak istemeyeceklerinden korkarım.							
22	Başkalarının bana bağlanmamalarını tercih ederim.							
23	Terk edilmekten korkarım.							
24	Başkalarıyla yakın olmak beni rahatsız eder.							
25	Başkalarının bana, benim istediğim kadar yakınlaşmakta gönülsüz olduklarını düşünüyorum.							
26	Başkalarına bağlanmamayı tercih ederim.							
27	İhtiyacım olduğunda insanları yanımda bulacağımı biliyorum.							
28	Başkaları beni kabul etmeyecek diye korkarım.							
29	Romantik ilişkide olduğum insanlar, genellikle onlarla, benim kendimi rahat hissettiğimden daha yakın olmamı isterler.							
30	Başkalarıyla yakınlaşmayı nispeten kolay bulurum.							

EK-5

WHOQOL-BREF

(Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalite Ölçeği-Kısa Formu)

Hastanın Adı Soyadı: _____ Tarih: ____/____/____

Başlamadan önce kendinizle ilgili genel bir kaç soruyu cevaplamanızı istiyoruz. Lütfen doğru yanıtlara işaret koyun ya da verilen boş yerleri doldurunuz.

Cinsiyetiniz nedir?	☐ Erkek	☐ Kadın	Doğum tarihiniz nedir?	
Gördüğünüz en yüksek eğitim derecesi nedir?	Medeni durumunuz nedir?			
☐ Hiç Eğitim Almadım	☐ İlkokul-Ortaokul	☐ Hiç Evlenmemiş	☐ Evli Gibi Yaşıyor	☐ Evli
☐ Lise Veya Eşdeğeri	☐ Üniversite	☐ Boşanmış	☐ Ayrılmış	☐ Eşi Yaşamıyor
Şu anda bir hastalığınız var mı?	☐ Evet	☐ Hayır	Eğer şu anda sağlığınıza ilgili yolunda gitmeyen bir durum varsa;	
Sizce bu nedir?		_____ (hastalık/sorun)		

Bu anket sizin yaşamınızın kalitesi, sağlığınıza ve yaşamınızın öteki yönleri hakkında neler düşündüğünüzü sorgulamaktadır. Lütfen bütün soruları son 2 haftayı göz önünde bulundurarak ve size en uygun olanı seçerek cevaplayınız.

1 G1	Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?	Çok kötü ☐ 1	Biraz kötü ☐ 2	Ne iyi, ne kötü ☐ 3	Oldukça iyi ☐ 4	Çok iyi ☐ 5
2 G4	Sağlığınıza ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil ☐ 1	Çok az hoşnut ☐ 2	Ne hoşnut, ne de değil ☐ 3	Epeyce hoşnut ☐ 4	Çok hoşnut ☐ 5
3 F1.4	Ağrıların yapmanız gerekenleri ne kadar engellediğini düşünüyorsunuz?	Hiç ☐ 5	Çok az ☐ 4	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 2	Aşırı derecede ☐ 1
4 F11.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?	☐ 5	☐ 4	☐ 3	☐ 2	☐ 1
5 F4.1	Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
6 F24.2	Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
7 F5.3	Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Son derecede ☐ 5
8 F16.1	Günlük yaşamınızda kendinizi ne kadar güvende hissediyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
9 F22.1	Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
10 F2.1	Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Tamamen ☐ 5
11 F7.1	Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
12 F18.1	İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
13 F20.1	Günlük yaşamınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
14 F21.1	Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5

15 F9.1	Bedensel hareketlilik (etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?	Çok kötü ☐ 1	Biraz kötü ☐ 2	Ne iyi, ne kötü ☐ 3	Oldukça iyi ☐ 4	Çok iyi ☐ 5
16 F13.3	Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?	Hiç hoşnut değil ☐ 1	Çok az hoşnut ☐ 2	Ne hoşnut, ne de değil ☐ 3	Epeyce hoşnut ☐ 4	Çok hoşnut ☐ 5
17 F10.3	Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
18 F12.4	İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
19 F6.3	Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
20 F13.3	Aile dışı kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
21 F15.3	Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
22 F14.4	Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
23 F17.3	Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
24 F19.3	Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
25 F23.3	Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5
26 F8.1	Ne sıklıkta hüznün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi duygulara kapılırsınız?	Hiçbir zaman ☐ 5	Nadiren ☐ 4	Ara sıra ☐ 3	Çoğunlukla ☐ 2	Her zaman ☐ 1
27 U	Yaşamınızda size yakın kişilerle (eş, iş arkadaşı, akraba) ilişkilerinizde baskı ve kontrolle ilgili zorluklarınız ne ölçüdedir?	Hiç ☐ 1	Çok az ☐ 2	Orta derecede ☐ 3	Çokça ☐ 4	Aşırı derecede ☐ 5
Bu formun doldurulmasında size yardım eden oldu mu?		☐ Evet ☐ Hayır		Bu formun doldurulması ne kadar sürdü?		

THE WHOQOL Group Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment (1998) Psychological Medicine, 1998, 28, 551-558

Skorlama Yönergesi	
Alt Parametre	Oluşturan sorular
Genel sağlık durumu	1 ve 2. Soruların toplamı
Fiziksel sağlık	3, 4, 10, 15, 16, 17, 18. Soruların toplamı
Psikolojik	5, 6, 7, 11, 19, 26. Soruların toplamı
Sosyal ilişkiler	20,21,22. Soruların toplamı
Çevre	8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25. Soruların toplamı

Örnek: Fiziksel sağlık alt parametresini ele alalım; toplam 7 madde var. Hastanın skor toplamı 30 olsun

$$\left[\frac{(30-7)}{(35-7)} \right] \times 100 = \frac{(23/28)}{1} \times 100 = \%82,14$$

EK-6

Barratt Dürtüsellik Ölçeği

Açıklamalar: İnsanlar farklı durumlarda gösterdiği düşünce ve davranışları ile birbirlerinden ayrılırlar. Bu test bazı durumlarda nasıl düşündüğünüzü ve davrandığınızı ölçen bir testtir.

Lütfen her cümleyi okuyunuz ve bu sayfanın sağındaki, size en uygun daire içine X koyunuz. Cevaplamak için çok zaman ayırmayınız. Hızlı ve dürüstçe cevap veriniz.

	Nadiren/ Hiçbir zaman	Bazen	Sıklıkla	Hemen her zaman/ Her zaman
1. İşlerimi dikkatle planlarım	-	-	-	-
2. Düşünmeden iş yaparım	-	-	-	-
3. Hızla karar veririm	-	-	-	-
4. Hiç bir şeyi dert etmem	-	-	-	-
5. Dikkat etmem	-	-	-	-
6. Uçuşan düşüncelerim var	-	-	-	-
7. Seyahatlerimi çok önceden planlarım	-	-	-	-
8. Kendimi kontrol edebilirim.	-	-	-	-
9. Kolayca konsantre olurum	-	-	-	-
10. Düzenli para biriktirim	-	-	-	-
11. Derslerde veya oyunlarda yerimde duramam	-	-	-	-
12. Dikkatli düşünen birisiyim	-	-	-	-
13. İş güvenliğine dikkat ederim	-	-	-	-
14. Düşünmeden bir şeyler söylerim	-	-	-	-
15. Karmaşık problemler üzerine düşünmeyi severim.	-	-	-	-
16. Sık sık iş değiştiririm	-	-	-	-
17. Düşünmeden hareket ederim	-	-	-	-
18. Zor problemler çözmem gerektiğinde kolayca sıkılırım.	-	-	-	-
19. Aklıma estiği gibi hareket ederim	-	-	-	-
20. Düşünerek hareket ederim	-	-	-	-
21. Sıklıkla evimi değiştiririm	-	-	-	-
22. Düşünmeden alışveriş yaparım	-	-	-	-
23. Aynı anda sadece bir tek şey düşünebilirim.	-	-	-	-
24. Hobilerimi değiştiririm	-	-	-	-
25. Kazandığımdan daha fazla harcarım.	-	-	-	-
26. Düşünürken sıklıkla zihnimde konuyla ilgisiz düşünceler oluşur.	-	-	-	-
27. Şu an ile gelecekte daha fazla ilgilenirim.	-	-	-	-
28. Derslerde veya sinemada rahat oturamam.	-	-	-	-
29. Yap-boz/puzzle çözmeyi severim	-	-	-	-
30. Geleceğini düşünen birisiyim	-	-	-	-

EK-7

MADDE AŞERME ÖLÇEĞİ

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun ve geçtiğimiz hafta süresince madde aşermenizi (madde kullanma isteğinizi) en iyi tanımlayan sayıyı daire içine alın.

1. Geçtiğimiz hafta içinde madde kullanmak ile ilgili ya da madde kullanmanın sizi ne kadar iyi hissettireceği ile ilgili ne sıklıkta düşündünüz?

- 0.....Hiç (geçtiğimiz hafta içinde 0 kez)
1.....Nadiren (geçtiğimiz hafta içinde 1 ila 2 kez)
2.....Ara sıra (geçtiğimiz hafta içinde 3 ila 4 kez)
3.....Bazen (geçtiğimiz hafta içinde 5 ila 10 kez veya günde 1 ila 2 kez)
4.....Sıklıkla (geçtiğimiz hafta içinde 11 ila 20 kez veya günde 2 ila 3 kez)
5.....Çoğu zaman (geçtiğimiz hafta içinde 20 ila 40 kez veya günde 3 ila 6 kez)
6.....Neredeyse her zaman (geçtiğimiz hafta içinde 40 kezden fazla veya günde 6 kezden fazla)

2. Geçtiğimiz hafta içinde, en şiddetli noktasında, madde aşermeniz ne kadar güçlüydü?

- 0.....Hiç değildi
1.....Önemsenmeyecek düzeyde, yani çok hafif istek
2.....Hafif istek
3.....Orta düzeyde istek
4.....Güçlü istek, fakat kolaylıkla kontrol edildi
5.....Güçlü istek ve kontrol edilmesi zor
6.....Güçlü istek ve eğer elde edilebilir olsaydı madde kullanmış olurum

3. Geçtiğimiz hafta içinde adde kullanmak ile ilgili ya da madde kullanmanın sizi ne kadar iyi hissettireceği ile ilgili düşünmeye ne kadar zaman harcadınız?

- 0.....Hiç
1.....20 dakikadan az
2.....21-45 dakika
3.....46-90 dakika
4.....90 dakika – 3 saat
5.....3 ila 6 saat arası
6.....6 saatten daha fazla

4. Geçtiğimiz hafta içinde eğer evinizde madde olduğunu bilseydiniz madde kullanmaya karşı direnmek ne kadar zor olurdu?

- 0.....Hiç zor olmazdı
1.....Çok hafif zor
2.....Hafif zor
3.....Orta zorlukta
4.....Çok zor
5.....Aşırı zor
6.....Karşı koyamazdım

5. Önceki sorulara cevaplarınızı aklınızda tutarak lütfen geçen hafta için genel ortalama madde aşermenizi değerlendirin.

- 0.....Hiç madde kullanma düşüncem olmadı ve hiç madde kullanma isteğim olmadı
1.....Nadiren madde kullanma ile ilgili düşündüm ve nadiren madde kullanma isteğim oldu
2.....Ara sıra madde kullanma ile ilgili düşündüm ve ara sıra madde kullanma isteğim oldu
3.....Bazen madde kullanma ile ilgili düşündüm ve bazen madde kullanma isteğim oldu
4.....Sıklıkla madde kullanma ile ilgili düşündüm ve sıklıkla madde kullanma isteğim oldu
5.....Çoğu zaman madde kullanma ile ilgili düşündüm ve çoğu zaman madde kullanma isteğim oldu
6.....Neredeyse her zaman madde kullanma ile ilgili düşündüm ve neredeyse her zaman madde kullanma isteğim oldu