



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ**

**MADDE KULLANIM BOZUKLUğU TANILI HASTALARDA
YAKIN PARTNER şİDDETİNİN CİNSİYETLER ARASINDA
FARKLILIğI, ÇOCUKLUK AğI TRAVMALARI VE
BAğIMLILIK şİDDETİ İLE İLİşKİSİNİN ARAşTIRILMASI**

Dr. Fatma ASAN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2025



**T.C. SAğLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
ERENKÖY RUH VE SİNİR HASTALIKLARI
EğİTİM VE ARAşTIRMA HASTANESİ**

**MADDE KULLANIM BOZUKLUğU TANILI HASTALARDA
YAKIN PARTNER şİDDETİNİN CİNSİYETLER ARASINDA
FARKLILIğI, ÇOCUKLUK AğI TRAVMALARI VE
BAğIMLILIK şİDDETİ İLE İLİşKİSİNİN ARAşTIRILMASI**

Dr. Fatma ASAN

Tez Danışmanları: Başasistan Uzm. Dr. Mine ERGELEN

(TIPTA UZMANLIK TEZİ)

İSTANBUL/2025

TEŞEKKÜR

Öncelikle tez sürecimin her aşamasında desteğini ve ilgisini esirgemeyen, her aşamasında yanımda olduğunu hissettiğim, kendisinden çok şey öğrendiğim hem klinisyenliği hem araştırmacı yönüyle hepimizin örnek aldığı Başasistan Uzm. Dr. Mine Ergelen'e;

Akbaytugan servisinde, beraber çalışırken mesleğime ve hayatıma arzu ettiğim zihinsel derinlikle bakmama yardımcı olan, beni sormaktan her nedense kaçındığım soruları sormaya teşvik eden, engin mesleki bilgi ve tecrübelerinden yararlandığım, yol göstericim olan Prof. Dr. Hüseyin Güleç'e;

Uzmanlık eğitimim sürecinde bana bilgi ve deneyim kazandıran, yol gösteren, birlikte çalışma fırsatı bulduğum için çok şanslı hissettiğim hocalarım Prof. Dr. Yusuf Özay Özdemir, Prof. Dr. Medine Yazıcı, Prof. Dr. Engin Emrem Beştepe, Prof. Dr. Filiz İzci, Prof. Dr. Rabia Bilici, Doç. Dr. Bülent Kadri Gültekin, Doç. Dr. Esra Aydın Sünbül, Doç. Dr. Onur Durmaz, Doç. Dr. Mihriban Dalkıran, Doç. Dr. Hatice Kaya, Doç. Dr. Murat Yalçın, Doç. Dr. Hikmet Ekin Koç, Dr. Öğr. Üyesi Sümeyye Yasemin Çallı'ya;

Uzmanlık eğitimim sürecinde bilgi ve yardımlarını paylaşmaktan çekinmeyen, başta mesleğimi icra ederken katkılarını her daim hissettiğim canım ablam Uzm Dr. Begüm saygılı olmak üzere Uzm. Dr. Belde Baca, Dr. Öğr. Üyesi Gamze Usta Sağlam, Uzm. Dr. Ferda Can Güngör, Uzm. Dr. Ege Sipahi, Uzm. Dr. Muhsin Koray Kılıç, Uzm Dr. Özgür Süner, Uzm Dr. Yağmur Sever Fidan, Uzm Dr. Sena Aktaş ve hastanemizin değerli tüm uzman doktorlarına;

Rotasyonlarım sürecinde bilgi ve deneyimlerinden faydalandığım Prof. Dr. Füsün Mayda Domaç, Doç. Dr. Mustafa Ülker, Öğr. Gör. Dr. İbrahim Adak olmak üzere tüm Nöroloji ve Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ekibine;

Uzmanlık eğitimim boyunca beraber çalıştığım, güzel anılar biriktirdiğim canım eşkıdemlerim Dr. Hilal Kolsuz, Dr. Sema Şahin, Dr. Melike Erdemli, Dr. Burcu Güler'e, hem eşkıdemim hem de tez sürecimin kritik noktalarında ve istatistik analizlerini yapmamda yardımları ile önemli

katkılarında bulunan Uzm. Dr. Metin Aslan’a, başta Uzm. Dr. Volkan Kolcu, Dr. Elif Yılmaz Kara, Dr. Seda Kanyılmaz, Dr. İlayda Dışpınar Usta, Uzm. Dr. Meryem Topal, Uzm. Dr. Barış Makselina Özacar ve artık Erenköy’de olmamasına rağmen dostluğunu ve desteğini hiçbir zaman eksik etmeyen Dr. Alperen Karacanoğlu olmak üzere birlikte çalışmaktan mutluluk duyduğum tüm arkadaşlarıma;

Hastanemizde birlikte çalıştığım Resul Sağlam, Fatoş Ersöz, Nesteren Uygun, Mehmet Emin Tekin, Yeşim Karpuz, Şehri Çaka, tüm psikolog ve hemşire ekibine, soysal hizmet uzmanı, sağlık memuru, güvenlik görevlileri ve personel ekibine;

Beni büyüten, yetiştiren, her daim yanımda olan, sevgi ve desteklerini hiç esirgemeyen canım annem Emine Asan, canım babam İsmail Asan, canım kardeşlerim Ersin Asan, Cumali Asan ve Sude Nur Asan’a;

On yılı aşkın süredir dostluğumuzu sürdürdüğümüz, araya zaman ve mesafe girse dahi varlıklarını hep hissettiğim canım arkadaşlarım Dr. Nevin Ek, Uzm. Dr. Zülal Zor, Uzm. Dr. Besim Burcu Dudaklı, Uzm. Dr. Gözde Türedi’ye;

Varlığıyla hayatıma neşe, güven ve huzur katan hem hayatı hem de dünyayı keşfetme yolculuğumda bana yoldaşlık yapan, en zor zamanlarımda ve en zor olduğum zamanlarda desteğini esirgemeyen Emre Ulusoy’a

Teşekkürlerimle...



İÇİNDEKİLER

TEŞEKKÜR.....	i
İÇİNDEKİLER.....	iv
SİMGELER VE KISALTMALAR.....	vi
TABLO LİSTESİ.....	vii
ÖZET	1
ABSTRACT	1
GENEL BİLGİLER	6
2.1 MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU	6
2.1.1 Tanım ve Temel Kavramlar	6
2.1.2 Tarihçe	8
2.1.3 Tanı Kriterleri	8
2.1.4 Madde Türleri	10
2.1.5 Epidemiyoloji.....	14
2.1.6 Etiyoloji ve Risk Faktörleri.....	15
2.1.7 Tedavi	16
2.2 YAKIN PARTNER ŞİDDETİ.....	17
2.2.1 Yakın Partner Şiddeti Türleri.....	18
2.2.2 Epidemiyoloji.....	19
2.2.3 Yakın Partner Şiddeti ve Madde Kullanım Bozukluğu Arasındaki İlişki.....	20
2.3 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI	22
2.3.1 Çocukluk Çağı Travmaları Türleri.....	23
2.3.2 Epidemiyoloji.....	24
2.3.3 Çocukluk Çağı Travmaları ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi	25
2.3.4 Çocukluk Çağı Travmaları ve Yakın Partner Şiddeti İlişkisi	25
3. GEREÇ VE YÖNTEMLER	26
3.1 ÖRNEKLEM	26
3.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI.....	27
3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu.....	27
3.2.2 Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği (ÇÇYÖ):	27
3.2.3 Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ):.....	28
3.2.4 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ):.....	28
3.2.5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El Kitabı -5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu	29
3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ.....	29
4. BULGULAR	30
4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ BULGULARI	30
4.2.2 Bağımlılık Profil İndeksi ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeklerinin Değerlendirilmesi .	34
4.2.3 Ölçek Skorlarının Cinsiyete Göre Dağılımı.....	36
5. TARTIŞMA.....	52

5.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ	53
5.2 ÖLÇEKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ.....	56
5.2.1 Yakın Partner Şiddeti ve Madde Kullanım Bozukluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi .	56
5.2.2 Yakın Partner Şiddeti ve Cinsiyet Farklılıklarının İncelenmesi	58
5.2.3 Yakın Partner Şiddetinin Örneklem İçerisinde Tek Yönlü ve İki Yönlü Olduğu Grupların Karşılaştırılması	59
5.2.4 Psikiyatrik Eş Tanıların Yakın Partner Şiddeti ve Cinsiyet Farklılıklarına Göre İncelenmesi	60
5.2.5 Bağımlılık Şiddetinin Yakın Partner Şiddeti ile İlişkisinin İncelenmesi	61
5.2.6 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin İncelenmesi ve Yakın Partner Şiddeti Üzerindeki Öngörücü Rolü.....	62
6. KISITLILIKLAR.....	63
7. SONUÇLAR	64
KAYNAKÇA	65
EKLER.....	81

SİMGELER VE KISALTMALAR

BAPİ: Bağımlılık profil indeksi

CBD: Kannabindiol

ÇÇT: Çocukluk çağı travmaları

ÇÇTÖ: Çocukluk çağı travmaları ölçeği

ÇÇYÖ: Çatışmaların çözümüne yaklaşım ölçeği

DSÖ: Dünya Sağlık Örgütü

HPA: Hipotalamus-hipofiz-adrenal

MKB: Madde kullanım bozukluğu

SCID-5-CV: DSM-5 için yapılandırılmış klinik görüşme formu

THC: Tetrahidrokannabinoid

YPŞ: Yakın partner şiddeti

TABLO LİSTESİ

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri.....	31
Tablo 2: Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği Skorları.....	34
Tablo 3: BAPİ ve ÇÇTÖ Ölçek Skorları Ortalamaları	35
Tablo 4: Cinsiyete Göre Yakın Partner Şiddeti Mağduru Olma Oranları Karşılaştırılması	37
Tablo 5: Cinsiyete Göre Yakın Partner Şiddetini Uygulama Oranları Karşılaştırılması	39
Tablo 6: YPŞ Mağdurları Arasında Psikiyatrik Eş Tanı Alma Oranlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	41
Tablo 7: YPŞ Uygulayanlar Arasında Psikiyatrik Eş Tanı Alma Oranlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması	42
Tablo 8: YPŞ Uzlaşma Teklifinde Bulunanlar İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı.....	43
Tablo 9: YPŞ Uzlaşma Teklifi Alanlar İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı	44
Tablo 10: YPŞ Psikolojik Şiddet Uygulayanlar İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı.....	45
Tablo 11: YPŞ Psikolojik Şiddet Mağdurları İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı.....	45
Tablo 12: YPŞ Fiziksel Şiddet Uygulayanlar İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı.....	46
Tablo 13: YPŞ Fiziksel Şiddet Mağdurları İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı.....	46

Tablo 14: YPŞ Cinsel Şiddet Uygulayanlar İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı.....	47
Tablo 15: YPŞ Cinsel Şiddet Mağdurları İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı	48
Tablo 16: YPŞ Sonrası Yaralanmaya Neden Olanlar İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı.....	48
Tablo 17: YPŞ Sonrası Yaralananlar İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı	49
Tablo 18: Tüm Örneklem İçerisinde YPŞ'nin Tek Yönlü, İki Yönlü Yaşandığı ve Hiç Yaşanmamış Olan Grupların Karşılaştırılma	50
Tablo 19: YPŞ olmaması, tek yönlü veya iki yönlü olması durumlarına göre BAPİ ölçek puanlarının karşılaştırılması	50
Tablo 20: YPŞ olmaması, tek yönlü veya iki yönlü olması durumlarına göre ÇÇTÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması	51

ÖZET

MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU TANILI HASTALARDA YAKIN PARTNER ŞİDDETİNİN CİNSİYETLER ARASINDA FARKLILIĞI, ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI VE BAĞIMLILIK ŞİDDETİ İLE İLİŞKİSİNİN ARAŞTIRILMASI

Dr. Fatma ASAN

Giriş: Madde kullanım bozukluğu (MKB), bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen, sosyal ilişkilerinde ciddi sorunlara yol açan ve toplum üzerinde ciddi bir yük oluşturan önemli bir sorundur. MKB ve yakın partner şiddeti (YPS) birbiriyle yakından ilişkili iki olgudur. Özellikle, bu ilişkinin cinsiyet farklılıkları ve çocukluk çağı travmaları (ÇÇT) ile olan ilişkisi üzerine yapılan araştırmalar önemli bilgiler sunmaktadır. YPS öyküsü olan MKB tanılı hastalarda daha fazla sayıda psikiyatrik hastalık ve kişilik bozukluğu görülür. Bu çalışma, YPS'yi, MKB tanılı hasta grubunu cinsiyet farklılıklarını da göz önüne alarak araştırmak, diğer psikiyatrik eş tanılara bakmayı ve bağımlılık şiddeti ile ÇÇT bakarak bunların birbirini nasıl etkilediğini görmeyi hedeflemektedir.

Gereç ve yöntem: Çalışmamız, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM polikliniğine ayaktan başvuran, araştırmaya katılmayı kabul eden ve dahil edilme kriterlerini karşılayan 153 erkek ve 53 kadın, MKB tanılı hasta üzerinde gerçekleştirilmiştir. Katılımcılar ardışık sıralı başvurular arasından seçilmiştir. Çalışmaya katılan kişilere Sosyodemografik Veri Formu, Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği (ÇÇYÖ), Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV) uygulanmıştır.

Bulgular: Yapılan istatistiksel analizler sonucunda kadınların erkeklerden ÇÇYÖ'nün psikolojik, fiziksel ve yaralanma alt ölçeklerinde anlamlı bir şekilde daha fazla mağdur ve aynı zamanda daha fazla şiddet uygulayan olduğu gözlemlenmiştir ($p<0,05$). Ancak cinsel şiddet alt ölçeğinde anlamlı bir fark gözlemlenmemiştir ($p<0,05$). Örneklemde iki yönlü YPS tek yönlü YPS'ye göre daha fazla görülmüştür. Ek psikiyatrik tanı alma açısından bakıldığında ÇÇYÖ yaralanma alt ölçeği dışında

tüm alt ölçeklerde kadınlar daha fazla ek psikiyatrik tanı almış olduğu sonucuna varılmıştır ($p<0.05$). Bağımlılık şiddeti ve ÇÇT'nin öngörücü faktör olması açısından ÇÇYÖ ile yapılan lojistik regresyon analizinde bağımlılık şiddetinin öngörücü faktör olmadığı ($p>0.05$), ÇÇT'nin YPŞ için büyük oranda öngörücü faktör olduğu saptanmıştır ($p<0.05$).

Sonuç: Örneklemimizde YPŞ oranı çok yüksek saptanmıştır. Kadınlarda hem şiddet uygulayan olma oranı hem de mağdur olma oranı erkeklere göre daha yüksek bulunmuştur. Örneklem, YPŞ öyküsü olmayan, tek yönlü YPŞ ve iki yönlü YPŞ olarak üçe ayrıldığında en sık iki yönlü YPŞ saptanmıştır. Bu sonuçlar literatürü destekler niteliktedir ve örneklemin tamamının MKB tanılı olmasıyla ilişkili olabileceği düşünülmüştür. YPŞ öyküsü olan kadınlarda psikiyatrik eş tanı YPŞ öyküsü olan erkeklere göre daha fazla olduğu saptanmıştır. ÇÇT, örneklemimizde YPŞ için öngörücü faktör olarak saptanmıştır. Ancak bağımlılık şiddetinin öngörücü faktör olması açısından anlamlı bir sonuca ulaşılamamıştır. Sonuç olarak, çalışmamız, MKB tanılı bireylerde YPŞ'nin ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların kapsamlı bir şekilde değerlendirilmesinin tedavi süreçlerine entegrasyonunun önemini ortaya koymaktadır. Ayrıca, cinsiyet farklılıkları ve YPŞ profillerini dikkate alan travma temelli müdahalelerin geliştirilmesi bir gereklilik olarak görülmektedir. Daha kapsamlı araştırmalar, bireyselleştirilmiş tedavi yaklaşımlarının geliştirilmesine önemli katkılar sağlayabileceği düşünülmektedir.

Anahtar Kelimeler: Yakın Partner Şiddeti, Çocukluk Çağı Travması, Bağımlılık Şiddeti

ABSTRACT

UNDERSTANDING INTIMATE PARTNER VIOLENCE IN SUBSTANCE USE DISORDER: THE INTERPLAY OF GENDER, CHILDHOOD TRAUMA, AND ADDICTION SEVERITY

Dr. Fatma ASAN

Introduction: Substance Use Disorder (SUD) is a major issue that negatively affects individuals' physical and mental health, leads to serious problems in social relationships, and imposes a significant burden on society. SUD and Intimate Partner Violence (IPV) are two closely related phenomena. Research has particularly emphasized the relationship between gender differences, childhood trauma, and IPV. Individuals diagnosed with SUD who have a history of IPV are more likely to suffer from comorbid psychiatric disorders and personality disorders. This study aims to investigate IPV among patients diagnosed with SUD by taking gender differences into account, examining psychiatric comorbidities, and evaluating the associations between the severity of addiction and childhood trauma.

Methods: The study was conducted on 153 male and 53 female outpatients diagnosed with SUD who applied to the AMATEM outpatient clinic at Erenköy Mental Health and Neurological Diseases Training and Research Hospital and who met the inclusion criteria and gave informed consent. The data collection tools included the Sociodemographic Data Form, Conflict Tactics Scale (CTS), Addiction Profile Index (BAPI), Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), and the Structured Clinical Interview for DSM-5 Disorders (SCID-5-CV).

Results: Statistical analysis revealed that women had significantly higher scores than men in the psychological, physical, and injury subscales of the CTS as both victims and perpetrators ($p < 0.05$), whereas no significant difference was found in the sexual violence subscale ($p > 0.05$). Bidirectional IPV was more common than unidirectional IPV. Regarding psychiatric comorbidity, women had significantly higher rates across all CTS subscales, except for the injury subscale ($p < 0.05$).

Logistic regression analysis showed that addiction severity was not a predictive factor for IPV ($p > 0.05$), while childhood trauma was found to be a strong predictor of IPV ($p < 0.05$).

Conclusion: The prevalence of IPV was found to be very high in the sample. Women were more likely than men to be both victims and perpetrators of IPV. Bidirectional IPV was the most common type. These results align with the literature and may be related to the fact that all participants had an SUD diagnosis. Women with a history of IPV had more psychiatric comorbidities compared to men. Childhood trauma was identified as a significant predictor of IPV, while addiction severity was not. This study underscores the importance of integrating IPV screening and psychiatric evaluation into the treatment of individuals with SUD, and highlights the need for trauma-informed, gender-sensitive interventions.

Key Words: Intimate Partner Violence, Childhood Trauma, Addiction Severity

GİRİŞ VE AMAÇ

Madde kullanım bozukluğu (MKB), bireylerin fiziksel ve ruhsal sağlığını olumsuz etkileyen, sosyal ilişkilerinde ciddi sorunlara yol açan ve toplum üzerinde ciddi bir yük oluşturan önemli bir sorundur (1, 2). Son zamanlarda MKB'nin, bireylerin kişiler arası ilişkiler üzerindeki etkisini araştıran çalışmalar, MKB'nin bireylerin şiddet eğilimini arttırabileceği, aynı zamanda bireyleri şiddete daha duyarlı bir hale getirebileceğini göstermektedir (3,4). Bu bağlamda MKB ve yakın partner şiddeti (YPŞ) arasında güçlü bir ilişki olduğu bilinmektedir (3, 5). Bu ilişkinin dinamiklerini anlayabilmek için cinsiyet temelli farklılıkları da dikkate almak gerekmektedir (6). MKB'nin erkek ve kadınlardaki klinik özellikleri ve psikiyatrik komorbiditeleri farklılık göstermektedir. Erkeklerde madde kullanımı genellikle saldırganlık ve antisosyal kişilik bozukluğu ile ilişkilendirilirken, kadınlarda ise madde kullanımı daha çok depresyon, anksiyete, travma ve YPŞ mağduriyeti ile ilişkilendirilmektedir (7).

Yakın partner şiddeti, “fiziksel saldırganlık, cinsel zorlama, psikolojik istismar ve kontrol edici davranışlar” da dahil olmak üzere “yakın bir ilişki içinde fiziksel, psikolojik veya cinsel zarara neden olan herhangi bir davranış” içermektedir (8). MKB tanılı hastalarda YPŞ oranının yüksek olduğu gösterilmiştir (9, 10). Farklı araştırmalara göre, MKB tedavisi gören kişilerin %40 ila %60'ında tedavinin başlamasından önceki yıl içinde YPŞ öyküsü olduğu saptanmıştır (10). Genel popülasyonla yapılan bir çalışmada ise YPŞ türlerinin (fiziksel, psikolojik, cinsel ve yaralama) yaşam boyu prevalansı kadınlar için %29,7, erkekler için %23,3 olarak saptanmıştır (11). MKB ve YPŞ arasındaki ilişki çift yönlüdür; madde kullanımı YPŞ'nin sürdürülmesi ve mağduriyet olasılığını artırabilirken, YPŞ deneyimi uyumsuz bir başa çıkma mekanizması olarak madde kullanımının başlamasına ya da artmasına neden olabileceği gözlenmektedir (12).

Yakın partner şiddeti ile ilgili yapılan kapsamlı araştırmalara rağmen, YPŞ uygulayıcı ve mağdur ilişkisinde cinsiyet farklılıklarının olup olmadığı net değildir (13). YPŞ geçmişte erkek-şiddet uygulayan, kadın-mağdur modeliyle bildirilmiş olmasına rağmen son zamanlarda yapılan bazı çalışmalar YPŞ şiddet uygulayan-mağdur ilişkisinde cinsiyetler arasında bir simetri olduğunu ve en sık görülen türünün ilişkide her iki tarafın da şiddet uygulayan ve mağdur olduğu, yani iki yönlü YPŞ

olduğunu göstermektedir (9,10,14). YPŞ uygulayıcı ve mağdur ilişkisinde cinsiyet farklılığı ile ilgili ulaşılan sonuçların; kültürel farklılıklara, çalışılan örneklem gruplarına (örn. üniversite öğrencileri, kadın sığınma evlerindeki kadınlar, cezaevlerindeki mahkumlar vs.), kullanılan ölçeğe, hangi döneme ait partner şiddetinin (bir yıl ya da yaşam boyu) sorulduğuna göre değiştiği gözlemlenmektedir. Dünya Sağlık Örgütü'nün (DSÖ) verilerine göre gelişmekte olan ülkelerde YPŞ'de kadınların daha fazla mağdur olduğu; gelişmiş ülkelerde ise YPŞ'de cinsiyetler arasında farklılık olmadığı saptanmıştır (15).

Araştırmalar MKB tanılı erkeklerin ve kadınların iki yönlü YPŞ'yi yaygın olarak deneyimlediğini göstermektedir (16). Şiddetin tek yönlü mü yoksa iki yönlü mü olduğunun belirtilmesi önemlidir. Çünkü MKB tanılı hastalarda iki yönlü YPŞ öyküsünün varlığı, daha yüksek tedaviyi bırakma ve daha kötü terapötik sonuç ile ilişkilendirilmektedir (9). Bu bağlamda MKB tanılı hastaların tedavisinde uygun müdahale stratejilerinin belirlenmesi ve daha iyi terapötik sonuçlar elde edilebilmesinde MKB ile YPŞ arasındaki ilişki, son yıllarda daha fazla dikkat çekmektedir (5, 17).

Yakın partner şiddetinin bireylerin yaşamı üzerinde çeşitli olumsuz etkileri bulunmaktadır (10). Yapılan araştırmalar, YPŞ öyküsü olan MKB tanılı bireylerde, YPŞ öyküsü olmayanlara kıyasla daha fazla psikiyatrik hastalık, uyum sorunları ve daha yoğun alkol ve madde tüketimi görüldüğünü göstermektedir (5,10, 17). Ayrıca, bu etkiler cinsiyete göre farklılık göstermektedir. YPŞ öyküsü olan kadınların YPŞ öyküsü olan erkeklere kıyasla fiziksel ve ruhsal sağlıkları daha kötü olup, daha fazla psikiyatrik hastalık tanısı almaktadırlar (11,18) (19). Bu bakımdan YPŞ'nin varlığı, MKB tedavi programlarında cinsiyet farklılıkları da göz önüne alınarak değerlendirilmesi gereken bir değişken halini alır (20).

Madde kullanım bozukluğu ile beraberliği bu kadar fazla olan ve psikiyatrik hastalıklar, travma öyküsünün varlığı gibi durumlarla ilişkilendirilen YPŞ'nin ortaya çıkmasında etkili olan faktörlerin araştırılması önemlidir. ÇÇT, YPŞ'nin ortaya çıkmasında rol oynayan en önemli faktörlerdendir (21). ÇÇT, 18 yaşın altındaki kişiler arasındaki pek çok istismar, ihmal ve travma türünü içerir; bunların bazıları, yetişkinlikte deneyimlenen YPŞ ile ilişkilidir (22). Daha önce yapılan çalışmalarda çocukken fiziksel istismara maruz kalmanın ve ebeveyn şiddetine tanık olmanın,

ailedeki işlev bozukluklarının ve aile içi şiddetin yetişkinlikte YPŞ deneyimleriyle anlamlı bir ilişki içinde olduğunu ortaya koymuştur (18, 23, 24). Özellikle hem erkekler hem de kadınlar için YPŞ açısından en güçlü risk faktörü, çocuklukta fiziksel istismara uğramış olmaktır (22). Ayrıca ÇÇT öyküsü olan bireylerin tekrar mağdur olma yoluyla YPŞ'ye maruz kalma olasılığının yüksek olduğu bildirilmektedir (23). YPŞ ve ÇÇT, bireyin emosyonel düzenleme (regülasyon) becerilerini ve başa çıkma mekanizmalarını etkileyerek biyolojik değişimlere yol açabilir. Bu süreç, özellikle hipotalamus-hipofiz-adrenal (HPA) ekseninde bozulmalara neden olarak, MKB ve psikiyatrik hastalık riskini artırabilmektedir (25).

Madde kullanım bozukluğu, YPŞ ve cinsiyet farklılıkları arasındaki ilişkiyi anlamak, bu sorunlarla başa çıkmak ve cinsiyete duyarlı tedaviler geliştirmek için önemlidir (26). Bu bağlamda, bireylerin erken dönemdeki travmatik deneyimlerinin tanınması ve uygun destek hizmetlerinin sağlanması gerekmektedir. MKB tedavisinde, YPŞ öyküsünün varlığı ve bağımlılık şiddeti arasındaki ilişkinin göz önünde bulundurulduğu kişiselleştirilmiş bir tedavi programının oluşturulması önem arz etmektedir (20, 26). Ayrıca, MKB tanısı olan bireylerin ve partnerlerinin, ilişkilerindeki stresi azaltmaya yönelik destek almaları da gerekmektedir.

Bu çalışma, ülkemizde YPŞ'yi, daha önce çalışılmamış bir grup olan MKB tanılı hasta grubunu cinsiyet farklılıklarını göz önüne alarak araştırmaktadır. Diğer ülkelerde yapılan çalışmalara ek olarak bu hastalarda eşlik eden ek psikiyatrik tanılara ve aynı zamanda YPŞ ile bağımlılık şiddeti ve ÇÇT arasındaki ilişkiye bakarak, bunların birbirini nasıl etkilediğini görmeyi, bu konudaki verileri literatüre sunmayı ve yeni araştırma yolları açmayı hedeflemektedir.

Hipotezler:

1-Madde kullanım bozukluğu tanılı kadın hastalarda YPŞ mağduru olma oranı MKB tanılı erkek hastalardan daha fazladır.

2-Yakın partner şiddeti öyküsü olan kadınlar YPŞ öyküsü olan erkeklere göre daha fazla psikiyatrik eş tanı alır

3-Çocukluk çağı travmaları ve bağımlılık şiddetinin yüksek olması YPŞ öyküsü için risk faktörüdür



GENEL BİLGİLER

2.1 MADDE KULLANIM BOZUKLUĞU

2.1.1 Tanım ve Temel Kavramlar

Madde kullanım bozukluğu (MKB), bireyin fiziksel ve ruhsal sağlığını, sosyal işlevselliğini önemli ölçüde bozan ve olumsuz sonuçlarına rağmen madde kullanımının sürdürülmesiyle karakterize olan bilişsel, davranışsal, fiziksel ve psikolojik belirtilerden oluşan bir bozukluktur (27) (28). MKB yalnızca bireyin sağlığını tehdit etmekle kalmaz aynı zamanda aile yaşantısında derin sorunlara neden olur, toplum güvenliği ve ekonomi üzerinde olumsuz etkiler bırakır ve oldukça yıkıcı ve maliyetli toplumsal sağlık problemlerine neden olur (29). Madde kullanımının yaygınlığının yıllar içinde artmasıyla birlikte, tedavi maliyetlerinin yükselmesi ve suç oranlarının artması madde kullanımını ciddi bir halk sağlığı sorunu haline getirmiştir

(30) (31). Bunun yanı sıra, MKB bireylerde psikiyatrik ve fiziksel hastalıklarla yüksek oranda birlikte görülmekte ve hastalığın yarattığı sağlık yükünü daha da artırmaktadır (32).

Madde kullanım bozukluğu tanılı hastalarda görülen ve tanı koymaya yardımcı olan klinik bulgular bazı temel kavramlarla açıklanabilir.

İntoksikasyon: Bir maddenin kullanımı sonrası ortaya çıkan, başta merkezi sinir sistemi olmak üzere tüm sistemlerin etkilenebildiği ve maddeye özgü klinik bulguların ortaya çıktığı bir tablodur (33).

Yoksunluk: Düzenli ve uzun süre madde kullanımının ardından kullanılan maddenin miktarının azaltılması ya da aniden kesilmesi neticesinde maddeye spesifik fizyolojik ve psikolojik belirtilerle giden bir durumdur.

Yatışma (Remisyon): Hastalığın belirti ve semptomlarının ortadan kalkması olarak tanımlanır. Yatışma kalıcı veya geçici olabilmektedir (34).

İyileşme: Madde kullanımının sonlandırılması sonrasında fiziksel, psikolojik sağlığın ve sosyal işlevselliğin iyileşmesi olarak tanımlanmaktadır.

Tolerans: Maddenin aynı dozda daha az etki oluşturması ya da istenen etki veya intoksikasyona erişmek amacıyla gereken dozunun anlamlı ölçüde artması durumudur (35).

Aşerme: Bir maddeyi tüketmek veya ilişkili bir aktiviteye katılmak için güçlü bir istek hissetme durumudur (33).

Depreşme (relaps): Remisyon döneminde olan bir bireyin aktif bağımlılığın semptomlarının tekrarını deneyimlediği bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Bu süreç genellikle madde kullanımını ve diğer davranışların devamı yoluyla patolojik ödül veya rahatlama arayışının yeniden başlamasını içerir (34).

2.1.2 Tarihçe

Madde kullanımı insanlık tarihi kadar eski olup farklı dönemlerde kültürel, dini, tıbbi ve sosyal bağlamlarda çeşitli amaçlarla kullanılmıştır (36). Tarihsel kaynaklar göre, esrar ve benzeri maddeler farklı kültürlerde çeşitli anlamlar taşıdığını göstermiştir. Hintliler, esrara “vişema” adını vererek onu başarı ve mutlulukla ilişkilendirmiştir. Perslerin kutsal metinlerinde, kenevir bitkisinin insana neşe ve huzur verdiği, kederi ve üzüntüyü azalttığı belirtilmiştir. Herodot, Mezopotamya’da yaşayan Asurluların ve Sümerler ile Aral bölgesindeki İskitlerin, kenevire benzer bir bitkinin yapraklarını yakarak ortaya çıkan dumanı soluyup sarhoşluk ve neşe hali yaşadıklarını bildirmiştir (37). Madde kullanımı, tarih boyunca yalnızca keyif ve haz verici etkileriyle değil, aynı zamanda ruhsal hastalıkların tedavisi, stres azaltıcı ve ağrı kesici özellikleri nedeniyle tıbbi amaçlarla ve savaşlarda da kullanılmıştır. Kayıtlara göre, 19. yüzyılın başlarında barbitüratlar keşfedilmiş, ardından benzodiazepinler ve opioidler tedavi amacıyla geliştirilmiştir. Bağımlılık geçmişte büyük ölçüde irade zayıflığına bağlı ahlaki bir sorun olarak değerlendirilmiştir (38,39). Ancak, bağımlılığın bireylerde psikolojik ve sosyal sorunlara yol açtığı, halk sağlığını tehdit ettiği ve ekonomiye zarar verdiği anlaşıldıkça, bu alandaki bilimsel araştırmalar artmıştır. Özellikle 1980’li yıllardan itibaren, madde kullanımı, bağımlılık ve MKB üzerine yapılan çalışmalar dünya genelinde yoğunlaşmıştır (40).

2.1.3 Tanı Kriterleri

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El Kitabı (DSM)-5’e göre, madde ile ilişkili bozukluklar, on farklı madde grubunda sınıflandırılmıştır. Bu maddeler şunlardır: alkol, kafein, esrar, halüsinojenler (fensiklidin, psilosibin, meskalin, LSD, salvinorin A), inhalanlar (tolüen, benzin, çakmak gazı, uhu), opiyatlar (morfin, eroin), sedatif/hipnotik ve anksiyolitikler, uyarıcılar (amfetamin, metamfetamin, kokain ve diğer uyarıcılar), tütün ve diğer maddeler (41). DSM-5’te MKB tanısı için şiddet skalası eklenmiştir. Bu skalaya göre 2-3 kriteri karşılayanlar hafif; 4- 5 kriteri karşılayanlar orta; 6 ve üzeri kriteri karşılayanlar ağır şiddette MKB olarak tanımlanmaktadır.

Aynı zamanda gidişat belirleyicileri olarak erken remisyon, kalıcı remisyon tanımlanmaktadır. Erken remisyon: daha önce MKB tanısının karşılanmasına rağmen, 12 aydan kısa süredir fakat en az 3 aydan uzun süredir aşerme hariç, hiçbir ölçütü karşılanmaması olarak, kalıcı remisyon ise daha önce MKB tanısını karşılanmasına rağmen, 12 ay ve daha uzun süredir aşerme hariç hiçbir tanı ölçütünün karşılanmaması olarak tanımlanmaktadır (41).

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El Kitabı-5'e göre MKB tanı ölçütleri:

A. Aşağıdaki ölçütlerden en az ikisinin, klinik olarak belirgin bir sıkıntıya ya da işlevsellikte azalmaya neden olan sorunlu madde kullanım örüntüsünün, 12 aylık bir süre boyunca karşılanması gerekmektedir:

1. Genellikle istenenden daha fazla miktarda ya da daha uzun süre madde kullanma.
2. Madde kullanımını kontrol altına alma ya da durdurma konusunda sürekli bir istek ya da tekrarlayan, sonuç vermeyen çabaların bulunması.
3. Madde temin etmek, kullanmak ya da etkilerinden kurtulmak için fazla zaman harcama.
4. Maddeye karşı duyulan güçlü bir istek, zorlanma hissi ya da içsel bir rahatsızlık.
5. Okulda, işte ya da evde sorumlulukları yerine getiremeye neden olan tekrarlayıcı madde kullanımı.
6. Madde kullanımını sürdürme, madde etkilerinin artırdığı ya da doğrudan neden olduğu yineleyici kişilerarası ya da sosyal sorunlara rağmen.
7. Önemli mesleki ya da sosyal etkinliklerin ve eğlence dinlenme faaliyetlerinin madde kullanımı yüzünden azalması ya da terk edilmesi.
8. Tekrar eden bir şekilde tehlikeli olabilecek durumlarda madde kullanımı.
9. Maddenin sebep olduğu ya da tetiklediği, yineleyici ya da kronik ruhsal ya da bedensel bir sorunu olduğu halde madde kullanmaya devam etme.
10. Tolerans gelişimi (Aşağıdaki kriterlerden biri ile tanımlanmalıdır):
 - a. İstenilen etkiyi elde etmek ya da intoksikasyon için geçmişe göre belirgin şekilde artan miktarlarda madde kullanma ihtiyacı.
 - b. Madde kullanımının aynı miktarda sürdürüldüğü durumlarda geçmişe oranla belirgin şekilde daha az etki elde edilmesi.
11. Yoksunluk gelişmesi (Aşağıdakilerden biri ile tanımlanmalıdır):
 - a. Sözü edilen maddenin özgün yoksunluk sendromu.

b. Yoksunluk belirtilerinden kaçınmak ya da kurtulmak amacıyla madde (ya da benzer bir madde) alınması şeklinde sınıflandırılmıştır (41).

2.1.4 Madde Türleri

2.1.4.1 Kannabinoidler:

Kannabis, ülkemizde kenevir, Hint keneviri, kendir, marihuana ve esrar gibi çeşitli isimlerle bilinen bir bitki türüdür (42). Cannabis bitkinin tamamına ya da bir parçasına verilen isimken, kannabinoid bitkiden elde edilen doğal (fitokannabinoidler), sentetik veya yarı sentetik olarak üretilen, her zaman kimyasal olarak tanımlanmış ve genellikle kanabinoid reseptörlerine bağlanma eğilimi gösteren yapılardır (43). Kenevirde 500'den fazla bileşik bulunur ve bunlardan en az 100 tanesi fitokannabinoid olarak adlandırılan kanabinoidlerden oluşur. En yaygın olan bileşikler arasında psikoaktif etkisi olan Δ^9 -tetrahidrokanabinol (THC), psikoaktif olmayan kannabindiol (CBD) yer alır (44). İki reseptörü vardır; CB1, merkezi sinir sisteminde yoğun olarak bulunur. CB2 ise bağışıklık hücrelerinde baskın olarak bulunur (44).

Akut intoksikasyon belirtileri arasında öfori, kısa süreli hafızada zayıflama, duyunların hassasiyetinin artması ve lineer düşünmede bozulmalar, kendilik algısının kaybı ve panik ataklar bulunur. Taşikardi, gözde kızarma ve bağışıklık sisteminin zayıflaması sık görülen periferik etkiler arasındadır. Yüksek dozların kronik olarak tüketilmesi, uzun süreli veya kalıcı bilişsel bozulmalara yol açabilmektedir (45). Aynı zamanda esrar kullanımı, psikotik semptomların artması, nüksetme oranlarının yükselmesi ve sebep olduğu şizofreni benzeri bozuklukların tedavi sonuçlarının zayıf olması ile ilişkilendirilmektedir (46).

2.1.4.2 Sentetik Kannabinoidler:

Sentetik kannabinoidler (SK), "Spice," "K2," "herbal incense," "Cloud 9," "Mojo" gibi markalar altında bilinen ve hızla artan kullanımları ile halk sağlığı açısından büyük bir tehdit oluşturan bileşiklerdir. Bu maddeler, yalnızca yaygınlıkları ile değil, aynı zamanda öngörülemeyen toksisite ve kötüye kullanım potansiyelleri ile de dikkat çekmektedir (47). Δ^9 -THC ve SK'lerin her ikisi de kannabinoid reseptörleri olan CB1 ve CB2'yi uyarsa da araştırmalar SK'lerin kannabisle karşılaştırıldığında daha yüksek toksisite oranları ile ilişkilendirildiğini göstermektedir (47). Bunun nedeni, SK'lerin kannabinoid reseptörlerine doğrudan agonist olarak bağlanması, oysa

THC'nin bu reseptörlere kısmi bir agonist olarak etki etmesidir (48). Ayrıca, Spice veya K2 gibi ürünlerde bulunan SK'lerin farklı kimyasal yapıları, beklenmedik şekilde etkileşime girerek daha önce bilinmeyen etkiler yaratmaktadır ve ticari ürünlerdeki olası kontaminant maddeler de bu durumu karmaşıklştırmaktadır (47).

2.1.4.3 Opioidler:

Opioidler, başlıca ağrı kesici (analjezik) etkileri ile bilinen, sinir sistemi üzerindeki güçlü etkileri sayesinde hem tıbbi hem de bağımlılık yapıcı nitelikleri olan maddelerdir (49). Opioidler; morfin ve kodein gibi doğal opium alkaloidleri, eroin ve dilaudid gibi yarı sentetik maddeler ve meperidin, fentanil ile metadon gibi sentetik bileşikler içermektedir. Opioid reseptörleri, Mu, Kappa ve Delta olarak bilinen üç ana alt tipe ayrılır. Opioid sınıfının tüm üyeleri mü reseptörü aracılığıyla etki gösterirler (50). Opioidler, beyindeki opioid reseptörlerine etki ederek analjezi, sedasyon, öfori ve solunum depresyonu gibi etkiler ortaya çıkaran maddelerdir. Bu özellikleri nedeniyle ağrı yönetimi ve rahatlama amacıyla kullanılırlar (51). Ancak, opioid kullanımında kısa sürede tolerans ve bağımlılık gelişir. Tolerans yükseldikçe, öfori etkisi azalırken yoksunluk belirtileri daha belirgin hale gelir. Yoğun opioid bağımlılığı olan bireylerde yoksunluk sırasında midriyazis, göz yaşarması, burun akıntısı, ishal, kas ve kemik ağrıları, karın krampları, huzursuzluk, anksiyete, uykusuzluk, tüylerin diken diken olması ve aşırı terleme gibi semptomlar görülebilmektedir (52). Opioid kullanım bozukluğu olan bireyler, yoksunluk belirtilerini azaltma isteğiyle ilacı kullanmaya devam eder. Opioid doz aşımında toplu iğne başı pupiller, koma, solunum depresyonu ve hatta ölüm meydana gelebilir (53).

2.1.4.4 Halüsinojenler:

Halüsinojenler, bireyin algılarını, duygusal durumunu ve birçok bilişsel işlevini etkileyen güçlü psikoaktif maddeler olarak tanımlanmaktadır. Halüsinojenler özellikle neokortikal piramidal hücrelerde bulunan serotonerjik (5-HT_{2A}) reseptörleri kısmi agonist olarak etkiler. Psilosibin, liserjik asit dietilamid (LSD), meskalin (peyote), salvinorin A, salvia divinorum, 3,4-metilendioksimetamfetamin (MDMA) ve ibogain gibi maddeler, halüsinojenler sınıfında yer almaktadır (54). Halüsinojenlerin kullanımı zaman, benlik ve çevre algısındaki değişiklikler, derealizasyon ve depersonalizasyon, renklerin ve şekillerin farklı algılanması, duygudurumda

değişiklikler, psikoz benzeri semptomlar, baş dönmesi, mide bulantısına sebep olabilmektedir (54,55).

2.1.4.5 Uçucu Maddeler (İnhalanlar):

Oda sıcaklığında uçucu olan, bilinç düzeyinde değişiklik meydana getirmek amacıyla koklama, burna çekme, poşetleme (maddenin bir torbadan solunması), huffing (bir bezi maddeyle doyurarak ağza yerleştirme ve soluma) ya da püskürtme (ağza doğru sıkma) gibi yöntemlerle kullanılan maddelerdir (56). İnhalanlar hızlı etkili ve genellikle keyif verici bir duyuşsal deneyim ya da "sarhoşluk" hissi yaşatırlar. Bu maddelerin etkileri çabuk geçer ve genellikle "akşamdan kalma" belirtiler ortaya çıkmaz. Uçucu maddeler, geniş çapta erişilebilir olmaları, kolay kullanılabilmeleri, düşük maliyetleri ve belirli yasal amaçlarla satılabilmeleri gibi özellikleri nedeniyle sıkça tercih edilir. Özellikle genç yaş gruplarında, alternatif kötüye kullanılan maddelere erişimin sınırlı olması nedeniyle bu maddelerin yaygın kullanımı teşvik edilmektedir. En sık kötüye kullanılan inhalanlar, alifatik, aromatik veya halojenli hidrokarbonlar olup, bu bileşikler birçok yaygın tüketim ürününde bulunur. Neredeyse tüm hidrokarbonlar yüksek miktarda solunduklarında zihin üzerinde değıştirici etkiler yaratırlar (57).

Yaygın kullanılan uçucu maddeler arasında tutkal, ayakkabı cilası, toluen, sprey boyalar, benzin ve çakmak gazı bulunmaktadır. Bu maddeler solunum yoluyla alındığında hızla emilir ve büyük oranda karaciğerde, özellikle sitokrom P-450 sistemi aracılığıyla metabolize edilir. Uçucu madde zehirlenmesi, başlangıçta öfori ve hiperaktivite belirtileri ile başlayıp, merkezi sinir sistemi depresyonu, baş dönmesi, denge kaybı, geveleyerek konuşma, görsel ve işitsel halüsinasyonlar, uyuşukluk, reflekslerde yavaşlama, düşünce ve hareket hızında azalma, titreme, bulanık görme veya koma gibi semptomlarla kendini gösterir. Uzun süreli kullanımlar, hafıza problemleri ve serebral atrofi gibi kalıcı etkilerle sonuçlanabilmektedir (56).

2.1.4.6 Uyarıcılar:

Amfetamin, metamfetamin, kokain ve ekstazi (MDMA), semptomimetik etkileri olan uyarıcı maddeler arasında yer alır ve bireylerde benzer etkiler gösterir. Bu

maddeler, uyanıklığı ve dikkati artırırken öfori hissi uyandırır, dürtüselliği artırır ve iştahı baskılayıcı özelliklere sahiptir (58).

Ekstazi, enerjiyi, dayanıklılığı, sosyalleşmeyi ve cinsel uyarılmayı artırıcı etkileri nedeniyle gençler ve genç yetişkinler arasında popüler olan, tamamen sentetik bir maddedir. Sokakta “buz,” “kristal” gibi isimlerle de bilinir. Çoğunlukla “ekstazi” olarak adlandırılan bu sentetik tabletler, aktif bileşeni 3,4-metilendioksi-metamfetamin (MDMA)’dir (59).

Amfetaminler ve kokain, dopamin, noradrenalin ve serotonin gibi temel monoamin nörotransmitterlerin aktivitelerini artırarak etkilerini gösterir. Bu maddeler, sinapslarda bu nörotransmitterlerin seviyelerini yükseltir ve nöronal iletişim ile uyarılma mekanizmalarını güçlendirir. Akut kullanımları bilişsel ve motor yeteneklerde geçici iyileşmeler sağlasa da uzun süreli ve aşırı kullanımları psikotik bozuklukların yanı sıra depresif bozukluklar ve intihar düşünceleri gibi ciddi psikiyatrik sorunlara yol açabilmektedir (60).

2.1.4.7 Sedatifler/Hipnotikler ve anksiyolitikler:

Sedatif-hipnotik ajanlar kimyasal yapılarına göre benzodiazepinler, barbitüratlar ve non-benzodiazepin hipnotikler olarak kategorize edilirler. Benzodiazepinler GABA-A’ya bağlanırlar. Bağlandıklarında kanalın açılma sıklığını arttırmırlar ve hiperpolarizasyona neden olurlar (61). Barbitüratların kullanımı benzodiazepinlerin anksiyete ve insomniada kullanılmasıyla azalmıştır. Barbitüratlar GABA-A’ya bağlandıklarında kanalın açılma sıklığından ziyade açılma süresini azaltırlar. Barbitüratlar GABA-A kompleksini GABA yokluğunda aktive edebildikleri için kullanımları MSS depresyonu riskini artırır ve yüksek dozlarda daha fazla toksik etki yaratırlar. Aniden bırakıldığında, yoksunluk belirtileri, konvülsiyonlar ve hatta deliryum gibi ciddi durumlar gelişebilir. Uzun yarılanma ömrüne sahip benzodiazepinler, yoksunluk belirtilerini daha hafif düzeyde ortaya çıkarabilmektedir (62). Benzodiazepin kullanımının kesilmesi ya da yoksunluk döneminde ise uyku bozuklukları, sinirlilik, artan huzursuzluk, anksiyete, titreme, terleme, odaklanma güçlüğü ve mide bulantısı gibi semptomlar görülür (63).

2.1.5 Epidemiyoloji

Madde kullanım bozukluklarının yaygınlığı oldukça yüksektir ve bu oranlar, ülkeler arasında ve kullanılan madde türüne bağlı olarak (en çok tütün ve alkol bozukluklarında) farklılık göstermektedir. Ayrıca, toplumların demografik ve sosyoekonomik özelliklerine göre de değişmektedir. Erkeklerde bu bozuklukların görülme oranı kadınlara kıyasla daha fazladır ve genç bireylerde daha yüksek seviyededir. Hem erkeklerde hem de kadınlarda yaş ilerledikçe bu oranlar düşüş göstermektedir (27).

Birleşmiş Milletler Uluslararası Suç Ofisi'nin 2022 raporuna göre, 2020 yılı itibarıyla dünya genelinde en yaygın olarak kullanılan madde esrar olmayı sürdürmüş ve amfetamin kullanımında genel bir artış gözlenmiştir. Opioid kullanım oranları, raporlama yapan ülkelerin çoğunda stabil kalmıştır. Pandemi süreci, özellikle eğlence ve ağırlama sektöründeki mekanların kapatılmasının etkisiyle, kokain ve ekstazi gibi maddelerde daha önce görülen artış eğiliminde bir değişikliğe yol açmıştır (64). 2022 Avrupa Uyuşturucu Raporu'na göre, Avrupa Birliği'nde 15-64 yaş grubundaki bireylerin %29'u (83,4 milyon kişi) hayatlarında en az bir kez yasa dışı madde kullandıklarını belirtmiştir. Bu oran erkeklerde (50,5 milyon) kadınlara (33 milyon) göre daha yüksek bulunmuştur. Ayrıca esrar, halen en yaygın kullanılan madde olarak öne çıkmış ve geçen yıl 22 milyondan fazla kişi tarafından tüketildiği rapor edilmiştir (65).

ABD'de madde kaynaklı aşırı doz ölümlerindeki artış, özellikle son on yılda belirgin bir şekilde yükselmiş ve COVID-19 pandemisi sırasında daha da hızlanmıştır. 2021 yılında, ABD'de yıllık ölüm sayısının 107,000'i aştığı tahmin edilmektedir. Bu ölümlerin büyük bir kısmı opioidlerden kaynaklanmakta olup, yasa dışı madde piyasasında fentanilin yaygınlaşması bu durumu daha da kötüleştirmiştir. Benzer eğilimler Kanada ve Birleşik Krallık'ta da gözlenmiş ancak bu ülkelerdeki durum daha hafif seyretmiştir (27).

Türkiye'de 2022 yılında, alkol ve nikotin kullanım bozukluklarına ilişkin tanı kodları hariç tutulduğunda, tedavi merkezlerine toplamda 302.911 ayaktan başvuru yapılmıştır. Bu başvuruların 113.981'i denetimli serbestlik çerçevesinde yönlendirilmiş bireylerden olmuştur. Tedaviye başvuran bireylerin yaş ortalaması 29,45 olarak belirlenmiştir. Yaş gruplarına göre dağılım incelendiğinde, başvuruların

çoğunluğunun 25-34 yaş aralığında yoğunlaştığı ve bu yaş grubunun toplam başvuruların %52,6'sını oluşturduğu tespit edilmiştir. 2022 yılında yatarak tedavi edilen hastaların %92,3'ü erkek, %7,7'si kadındır. Bu oranlar, Türkiye genelinde tütün, alkol ve madde kullanımı üzerine yapılan diğer araştırmaların sonuçlarıyla paralellik göstermektedir. Tedavi gören bireylerin %37,4'ü eroin, %37,8'i metamfetamin, %7'si esrar, %2,9'u kokain ve %1,3'ü SK gibi diğer maddelerden dolayı tedavi almıştır (66).

2.1.6 Etyoloji ve Risk Faktörleri

Son zamanlarda gençlerin madde ve diğer maddelere başlama süreçleri ile kullanımın kötüye gitmesi ve bağımlılığa dönüşmesiyle ilişkili genetik, nörobiyolojik ve davranışsal faktörler hakkında daha derin bir bilgi ve anlayış geliştirilmiştir (67).

Madde kullanım bozukluğuna ilişkin risk faktörleri ve koruyucu faktörler bireysel, ailesel ve toplumsal düzeyde üç ana kategoriye ayrılmaktadır. Bireysel risk faktörleri arasında yüksek dürtüsellik, karşıt davranış eğilimleri, duygu düzenleme güçlükleri, düşük dini bağlılık, olumsuz çocukluk deneyimleri, risk algısının zayıf olması, davranış sorunları, psikiyatrik eş tanılar, daha önce sigaraya maruz kalma ve depresif ruh hali yer almaktadır. Ailesel risk faktörleri olarak ise annenin gebelik döneminde sigara kullanması, ebeveynlerin düşük eğitim seviyesi, annenin dürtü kontrol eksikliği, ihmal, kontrolsüz harçlık kullanımı ve madde kullanan aile bireylerinin varlığı tanımlanmıştır. Toplumsal düzeyde ise madde kullanan arkadaş çevresine sahip olmanın bir risk faktörü olduğu belirtilmektedir (68). Ergenlik dönemi, bireylerin yeni deneyimlere açık olmaları, merak duygusu, akran baskısına duyarlılık ve otoriteye karşı gelme eğilimleri nedeniyle madde kullanımına başlama açısından kritik bir dönem olarak kabul edilmektedir. Araştırmalar, madde kullanımının en yaygın olarak 18-25 yaş arasındaki gençlerde görüldüğünü ortaya koymaktadır (69). Yine erkek olmak, bekar olmak ve düşük eğitim düzeyinde olmak tanımlanmış risk faktörleridir (70).

Günümüzdeki çalışmalar, bireylerin madde kullanımı ile ilgili sorunlara yatkınlık düzeylerinde genetik faktörlerin önemli bir rol oynadığını göstermektedir. Yasadışı maddelere yönelik incelenen aday genler, alkol ve nikotin ile ilişkili olanlara benzerlik göstermekte; ödül sistemini düzenleyen genler ve belirli madde türlerine ait

reseptörler bu kapsamda değerlendirilmektedir. Ancak, şu ana kadar devam eden çok sayıda çalışmaya rağmen, yalnızca az sayıda bulgu doğrulanabilmiş ve incelenen madde türlerinin etkileriyle doğrudan ilişkili genlerin büyük kısmı henüz belirlenememiştir (71).

Madde kullanım bozukluklarının nörobiyolojisi, bu bozuklukların gelişimi ve sürmesinde önemli rol oynayan üç ana beyin bölgesine odaklanır: bazal ganglionlar, genişlemiş amigdala ve prefrontal korteks. Bazal ganglionlar, madde kullanımının ödüllendirici ve zevk verici etkilerini kontrol ederken, aynı zamanda madde alma alışkanlıklarının oluşumunda kritik bir rol oynar. Genişlemiş amigdala, madde yoksunluğu sırasında ortaya çıkan stres, huzursuzluk, kaygı ve sinirlilik gibi olumsuz duygularla ilişkilidir. Prefrontal korteks ise düşünceleri organize etme, görevleri önceliklendirme, zamanı yönetme ve karar verme gibi yürütücü işlevlerin yanı sıra, madde kullanımını kontrol etme ve sınırlandırma süreçlerinde görev alır. Bu üç bölge arasındaki etkileşim, MKB'nin anlaşılmasında önemli bir çerçeve sunar (72).

Hastanın sosyal öyküsü, madde kullanımına zemin hazırlayan risk faktörlerini ve bu kullanımın hastanın yaşam rollerine etkilerini değerlendirmede önemli bir kaynaktır. MKB tanısı olan bir partner, çoğu MKB tanısı olan arkadaş çevresi ve yoksulluk, şiddet veya alkol ve diğer maddelerin kolay erişilebilir olduğu bir çevrede yaşamak MKB açısından risk faktörleridir (73).

2.1.7 Tedavi

Tedavi süreci genellikle medikal tedavi, psikososyal müdahaleler ve sosyal rehabilitasyon programlarını kapsar (74). Medikal tedavi iki aşamadan oluşur: kısa süreli ve uzun süreli. Kısa süreli tedavi, intoksikasyon kaynaklı fiziksel ve ruhsal bozuklukların yönetilmesi ya da madde bırakma sonrasında ortaya çıkan yoksunluk belirtilerinin kontrol altına alınmasını hedefler. Uzun süreli tedavi ise yerine koyma veya sürdürme tedavisi olarak adlandırılır (75). Psikososyal tedaviler, madde kullanımının tekrarlamasını önlemek amacıyla bireylere beceri kazandırmayı, bağımlılıkla ilişkili davranışları sağlıklı davranışlarla değiştirmeyi ve kişinin ailesi ve çevresiyle sosyal ilişkilerini düzenlemeyi amaçlayan bireysel ve grup terapilerini içerir. Sosyal rehabilitasyon programları ise bireylerin topluma yeniden entegre olmasını ve sosyal işlevselliklerini geliştirmeyi hedefler (74).

2.2 YAKIN PARTNER ŞİDDETİ

Yakın partner şiddeti, dünya genelinde yaygın görülen ve ciddi sonuçlara yol açan önemli bir halk sağlığı sorunudur. Bu tür şiddet, uzun vadede fiziksel, zihinsel ve ekonomik sorunlara neden olabilmektedir (76). YPŞ, mevcut veya önceki bir partner tarafından, eş olma şartı olmaksızın uygulanan fiziksel şiddet, cinsel şiddet, takip davranışları veya psikolojik saldırganlık (zorlayıcı eylemler dahil) olarak tanımlanmaktadır (77). YPŞ hem erkekler hem de kadınlar tarafından aynı cinsiyetten veya karşı cinsten romantik partnerlere karşı uygulanabilmekte ve her iki cinsiyet de bu şiddetin hem mağduru hem de şiddet uygulayanı olabilmektedir (78) (79).

Yakın partner şiddeti, toplumun her kesiminde görülebilir ve cinsiyet, cinsel yönelim, yaş, etnik köken veya sosyoekonomik durumdan bağımsız olarak tüm grupları etkileyebilir (77). Bireysel risk faktörleri oldukça çeşitli ve fazladır. Bu faktörler arasında, etnik azınlık grubunda yer almak, kadınlarda lise altı eğitim düzeyi, planlanmamış veya istenmeyen gebelikler, madde kullanımı, çocukluk döneminde yaşanan istismar öyküsü, ergenlikte görülen antisosyal davranışlar ve geleneksel cinsiyet rolleriyle ilgili tutumlar bulunmaktadır (80). Ayrıca genç yaş, depresyon öyküsü veya intihar girişimleri ve ekonomik güvensizlik bireysel risk faktörleri arasında belirtilmektedir (81). İlişkiyle ilgili risk faktörleri arasında tek ebeveynli haneler, birlikte yaşama durumları, kıskançlık veya sahiplenme içeren ilişki çatışmaları, uyumsuz baskınlık ve kontrol davranışları ile düşük sosyoekonomik düzey yer almaktadır (81). Çocuk yaşta gerçekleştirilen evliliklerin de YPŞ'ye maruz kalma ile bağlantılı olduğu tespit edilmiştir (82). YPŞ hem şiddet mağdurları hem de aileleri üzerinde fiziksel, duygusal ve ekonomik açıdan olumsuz etkiler bırakır. Şiddet mağdurları, birinci basamak sağlık hizmetleri, uzman klinikleri veya acil servisler gibi farklı sağlık kuruluşlarına belirgin ya da daha belirsiz semptomlarla başvurabilir. YPŞ'nin etkileri, şiddetin yaşandığı dönemde görülebildiği gibi, şiddet sona erdikten sonra da uzun süre devam edebilir (77). Fiziksel sağlık üzerindeki etkiler ayrıntılı bir şekilde belgelenmiş olup, bunlar arasında fiziksel yaralanmalar; solunum yolu, idrar yolu ile ilgili hastalıklar ve cinsel yolla bulaşan hastalıklar gibi akut sağlık sorunları; fibromiyalji, adet düzensizlikleri ve pelvik ağrılar, fonksiyonel gastrointestinal hastalıklar, migren ve diğer baş ağrısı gibi kronik ve ağrı temelli hastalıklar yer

almaktadır (83). Bireyin fiziksel sağlığının ötesinde, üreme sağlığı, anne sağlığı ve gebelik sonuçları üzerinde de ciddi etkiler görölmektedir. YPŞ şiddet uygulayanlar arasında, üreme baskısı uygulama ve doğum kontrol yöntemlerini engelleme gibi davranışlar yaygın bir şekilde gözlemlenmektedir (84). YPŞ, düşük anne kilo alımı, düşük doğum ağırlığı, erken doğum, ölü doğum, fetüs kaybı, uterin rüptür, plasenta dekolmanı ve kanama gibi pek çok olumsuz gebelik sonucuyla ilişkilidir (85).

Yakın partner şiddeti öyküsü olan hastalarda, depresyon, anksiyete bozuklukları, intihar girişimi gibi psikiyatrik hastalıklar ve madde kullanımı sık görölmektedir (86). Ruh sağlığı üzerindeki bu olumsuz etkiler YPŞ'nin artmasıyla doğru orantılıdır (87). YPŞ öyküsü olan kadınlarda depresyon, YPŞ öyküsü olmayan kadınlara kıyasla iki kat daha sık görölmektedir (88). İngiltere'de yapılan bir kesitsel çalışma, intihar girişiminde bulunan kişilerin neredeyse %50'sinin yaşamları boyunca YPŞ deneyimlediğini, %23'ünün ise önceki yıl YPŞ'ye maruz kaldığını ortaya koymuştur. İntihar girişiminde bulunan bireylerin, hayatlarında YPŞ deneyimleme olasılığı iki katından fazla bulunmuştur (89). Travma sonrası stres bozukluğu prevalans oranları ise %31 ile %84 arasında değişmektedir (90). YPŞ, MKB ile de ilişkilendirilmektedir. Şiddet görmeye devam eden kadınlar, MKB tanısı alma olasılığı bakımından altı kat daha yüksek risk taşımaktadır (91). Ruh sağlığı, madde kullanımı ve YPŞ arasındaki ilişki karmaşıktır ve bu durumun dikkate alınması önemlidir. YPŞ, şüphesiz ruh sağlığını kötüleştirebilir ve potansiyel bir başa çıkma mekanizması olarak madde kullanımını artırabilir, ancak bu ilişki çift yönlüdür. Aynı zamanda ruh sağlığındaki bozulmalar ve MKB, YPŞ için yüksek risk oluşturabilmektedir (77).

2.2.1 Yakın Partner Şiddeti Türleri

Yakın partner şiddetinin fiziksel türü, bir bireye fiziksel zarar verilmesi, zarar verme tehdidinde bulunulması veya bu tür bir zarar verme girişiminde bulunulması anlamına gelen her türlü davranışı kapsamaktadır (92). Tokat atma, ısırma, saç çekme, itme, yumrukla veya bir cisimle vurma, bir nesne fırlatma, tekmeleme, yakma, dövme, boğma veya bıçak ya da silah kullanma gibi fiziksel temasları içermektedir (79). Cinsel şiddet, bir kişinin kendi isteğiyle onay vermediği hâlde başka bir kişi tarafından yapılan veya yapılmaya kalkışılan her türlü cinsel eylem olarak tanımlanmaktadır (93). Cinsel şiddet, cinsel fotoğraf veya video çekimleri yapmaya zorlamak ya da bunlara

katılmaya mecbur bırakmak gibi fiziksel temas içermeyen cinsel deneyimleri, istenmeyen öpüşme veya vücuda dokunma, mağdurun madde veya alkol kullanımı nedeniyle onay veremeyeceği durumlarda cinsel temas ve tecavüz girişimi veya tecavüzü içermektedir (94). Psikolojik şiddet, bir kişinin özsaygısını zedelemeye, aşağılamaya, değerini düşürmeye, kontrol altına almaya ve/veya onu izole etmeye yönelik tehditler, eylemler veya sözlü ve sözsüz zorlayıcı yöntemlerle gerçekleştirilen davranışlar olarak tanımlanmaktadır (93). Psikolojik şiddet, bir kişiyi kasıtlı olarak korkutmak, alay etmek, aşağılamak, aileyle iletişim kurmasını kısıtlamak, elektronik iletişimini izlemek ve müdahale etmek, mağdurun hafızasından ve algısından şüphe duymasını sağlamak amacıyla ona yanlış bilgiler sunmak gibi davranışları içermektedir (95). Psikolojik şiddet, doğası gereği gizli ve manipülatif olduğundan, çoğu zaman saldırganlık olarak algılanmayabilmekte ve genellikle diğer YPŞ türleriyle birlikte görülmektedir (93). Buna ek olarak, psikolojik şiddetin etkilerinin, fiziksel şiddet kadar yıkıcı olabileceği öne sürülmektedir (96).

2.2.2 Epidemiyoloji

Yakın partner şiddeti dünya genelinde çok yaygın görülür (97). Dünya genelinde, her dört kadından birinin ve her 13 erkekten birinin yaşamlarının bir döneminde YPŞ'ye maruz kaldığı tahmin edilmektedir (98).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 10 ülkede gerçekleştirdiği aile içi şiddet araştırmasına göre, kadınların %13-61'i yaşamlarının bir döneminde partnerleri tarafından fiziksel şiddet gördüğünü, %6-59'u cinsel şiddete maruz kaldığını ve %20-75'i psikolojik olarak istismar edici bir ya da birden fazla davranışla karşılaştığını ifade etmiştir (95).

Amerika Birleşik Devletleri'nde yapılan bir araştırma, YPŞ mağduriyetinin en çok 18-24 yaş arası genç yetişkinlerde görüldüğünü ortaya koymuştur. Çalışmaya göre, kadınların yaşamları boyunca yaklaşık %18,3'ü temas içeren cinsel şiddet, %30,6'sı fiziksel şiddet (bu oranların %21,4'ü ciddi düzeyde), %36,4'ü ise psikolojik şiddet yaşamıştır. Erkeklerde ise %8,2'sinin cinsel şiddete, %31,0'ının fiziksel şiddete (bu oranların %14,9'u ciddi düzeyde) ve %34,2'sinin psikolojik şiddete maruz kaldığı belirlenmiştir (99).

Dünya Sağlık Örgütü'nün 2005 çalışması örnek alınarak 2008 yılında Türkiye'de "Türkiye'de Kadına Yönelik Aile İçi Şiddet Araştırması" adıyla kapsamlı bir çalışma gerçekleştirilmiştir. Bu araştırmanın sonuçlarına göre, ülke genelinde kadınların yaşamlarının herhangi bir döneminde fiziksel şiddete maruz kalma oranı %39, cinsel şiddete maruz kalma oranı ise %15 olarak belirlenmiştir. Kadınların %42'si yaşamlarının bir döneminde fiziksel veya cinsel şiddete maruz kalmıştır. Başka bir ifadeyle, Türkiye'de her 10 kadından dördü eşi veya birlikte olduğu kişi/kişiler tarafından fiziksel ve/veya cinsel şiddet görmüştür. Ayrıca, cinsel şiddet yaşanan ilişkilerde genellikle fiziksel şiddetin de eşlik ettiği belirtilmiştir. Kadınların %44'ü hayatlarının bir döneminde duygusal şiddete maruz kalırken, ekonomik şiddet oranı, çalışma hayatının engellenmesi ya da işten ayrılmaya zorlanma şeklinde %23 olarak tespit edilmiştir. Kadına yönelik şiddetteki değişimi incelemek amacıyla aynı araştırma 2014 yılında yeniden yapılmıştır. Bu çalışmada, 2008 yılına kıyasla fiziksel şiddete maruz kalan kadınların oranının %36'ya, cinsel şiddete maruz kalanların oranının %12'ye ve fiziksel veya cinsel şiddete uğrayanların oranının %37'ye düştüğü görülmüştür. Ancak, duygusal şiddete maruz kalma oranının %44 ile aynı kaldığı, ekonomik şiddete maruz kalma oranının ise %24'e yükseldiği saptanmıştır (100).

Yapılan araştırmalarda cinsiyet eşitsizlikleri açısından en belirgin farkın kadınlar aleyhine cinsel şiddet türünde olduğunu ortaya koymaktadır (101). YPŞ üzerine yapılan bir çalışmada, kadınların tüm şiddet türlerinde erkeklere kıyasla daha yüksek yaralanma oranları yaşadıklarını, şiddet sırasında daha yoğun korku hissettiklerini ve daha fazla baskıcı, kontrol edici ve sindirici davranışlara maruz kaldıklarını ifade ettikleri belirtilmiştir. Ayrıca, kadınların erkek partnerlerine yönelik uyguladığı şiddetin ölüm veya ciddi yaralanmayla sonuçlanma olasılığının, erkeklerin kadınlara uyguladığı şiddete göre daha düşük olduğu tespit edilmiştir (102,103).

2.2.3 Yakın Partner Şiddeti ve Madde Kullanım Bozukluğu Arasındaki İlişki

Araştırmalar, YPŞ ile madde kullanımının neredeyse her kültürde, toplumsal sınıfta, bölgede ve ülkede bir arada görüldüğünü ortaya koymaktadır. Her madde kullanan birey YPŞ deneyimlemese de madde kullanımının hem şiddet uygulayanlar hem de mağdurlar arasında yaygın olduğu görülmektedir (12) Madde kullanımı ile

YPŞ arasındaki ilişkiye dair araştırmalar genellikle kadın madde kullanıcılarını YPŞ mağduru olarak ele almıştır (104) ve erkek madde kullanıcılarını da YPŞ uygulayan olarak ele almıştır (105). Ancak, artan sayıda araştırma, madde kullanımını kadınların şiddet uygulayan olarak ve erkeklerin şiddet mağduru olarak ilişkilendirildiği yeni sonuçlar ortaya koymaktadır (106) (107)

Kullanılan madde türü her iki cinsiyette de bireylerin şiddet uygulayan ya da mağdur olması üzerinde etkili olduğunu gösteren çalışmalar mevcuttur (106). Kokain veya metamfetamin gibi uyarıcılar ile eroin ve esrar gibi maddeler hem erkeklerin hem de kadınların şiddet uygulayan ve mağdur olmasıyla ilişkilendirilmektedir (108–110). Diğer maddelerle karşılaştırıldığında, kokainin YPŞ uygulayan olması ile en güçlü ilişkiyi gösterdiği düşünülmektedir (111, 112). Ancak bu görüş, diğer maddelerle ilgili bulguların çeşitliliğinden kaynaklanıyor olabilir. Örneğin, esrar, bazen anlamlı bir şekilde, bazen ise anlamlı olmayan bir şekilde YPŞ ile ilişkilendirilmektedir (113–115). Yine başka çalışmalara göre diğer maddelerin (Örn., eroin) hastaların şiddet uygulayan ve mağduru olmasını azaltma ihtimali bulunsa da (113, 115), bu her zaman geçerli olmayabilmektedir (116, 117). Farklı madde türleriyle ilgili bulguların çeşitliliği nedeniyle, hangi maddenin YPŞ ile en güçlü ilişkiyi gösterdiği konusunda hala bilimsel bir uzlaşma bulunmamaktadır. Madde kullanımı ile YPŞ arasındaki ilişki, sadece madde türüne bağlı olarak da değişiklik gösterebileceği (muhtemelen farmakolojik, fizyolojik ve davranışsal etkiler nedeniyle) gibi cinsiyet ve örneklem türüne göre de farklılık gösterebilmektedir (106, 111, 112, 114, 116).

Madde kullanım bozukluğu ve YPŞ arasındaki ilişkiyi açıklayan teoriler vardır. Bu teorilerin birincisi spurious (yanıltıcı) modeldir. Bazı araştırmacılar ise, madde kullanımı ile YPŞ arasında doğrudan bir nedensel ilişki olup olmadığını sorgulamaktadır (118). Spurious modeli savunanlar, YPŞ'nin, madde kullanımı dışında, bireysel, ilişkisel veya kültürel faktörler tarafından tetiklendiğini öne sürmektedir (119). MKB ve YPŞ, bazen aynı bilişsel, duygusal ve kültürel sistemlerin bir parçası olarak görülse de bu iki durum her zaman bir arada gerçekleşmez, bu nedenle başka faktörler (örn., travma aktarımı, öfke problemleri, antisosyal kişilik bozukluğu) bu ilişkiyi açıklayabilir (12). Bu modelin savunucuları, yalnızca madde kullanımına odaklanmanın YPŞ'nin tekrarını engellemeyeceğini ve bunun için daha kapsamlı bir yaklaşım gerektiğini belirtmektedir (120). YPŞ ile madde kullanımı

arasındaki ilişkiyi açıklayan integratif teoriler, biyopsikososyal modele dayanır. Bu model, YPŞ'nin ortaya çıkışını uzak (örn., bireyin mizacı, travma öyküsü, kültürel normlar) ve yakın faktörlerin (örn., madde kullanımının farmakolojik etkileri, dürtüsellik, duygusal uyarılma) etkileşimiyle açıklar (114). Uzak faktörler genellikle sabit bireysel ve kültürel özelliklerdir, yakın faktörler ise madde kullanımının akut etkileri ve bağlamsal durumlarla ilişkilidir (121). İntegratif yaklaşımlar, YPŞ'nin bireysel, ilişkisel ve kültürel yönlerini bir arada değerlendirerek bu ilişkiyi daha kapsamlı bir şekilde ele almayı amaçlar (114).

2.3 ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI

Çocukluk çağı travmaları kapsamında, bireylerin 18 yaşından önce yaşadığı cinsel, fiziksel ve duygusal istismar ile ihmalin yanı sıra, ebeveyn kaybı, ebeveyninden ayrı kalma, boşanma, göç, şiddete tanıklık etme, kazalar ve doğal afetler gibi deneyimler de ele alınmaktadır.

Çocuk istismarı ve ihmali, ebeveynler ya da bakım sağlayan diğer yetişkinler tarafından çocuğa yönelik olarak gerçekleştirilen, toplumsal normlar ve uzmanlar tarafından uygunsuz ya da zarar verici olarak değerlendirilen, çocuğun gelişimini engelleyen veya kısıtlayan tüm davranış ve ihmaller şeklinde tanımlanmaktadır. Bu tür davranışlar, çocuğun fiziksel, ruhsal, cinsel veya sosyal açıdan zarar görmesine ya da sağlık ve güvenliğinin tehlikeye girmesine neden olmaktadır (122). Çocuk istismarı ve ihmali, yetişkinin niyetinden bağımsız olarak, çocuğa zarar verme potansiyeline veya fiili zarar oluşturma durumuna dayanmakta ve çocuğa yönelik olağan etkileşim normlarının dışında gerçekleşen davranışları içermektedir. İstismar; fiziksel, cinsel ve duygusal istismar olarak, ihmal ise fiziksel ve duygusal ihmal olarak kategorize edilmektedir. Bu durum, tek bir olay, birden fazla tekrar eden olay veya çocuk ile istismarcı arasındaki etkileşim dinamiklerine bağlı bir model şeklinde ortaya çıkabilmektedir (123). ÇÇT'nin, yetişkinlik dönemindeki etkilerini anlamanın, çeşitli bozuklukların nedenlerini açıklamaya önemli bir katkı sağlayabileceği düşünülmektedir. Bu bakış açısıyla yapılan araştırmalar, ÇÇT yaşayan bireylerin yaklaşık yarısının bu travmatik deneyimleri yetişkinlik dönemine kadar unutmadığını ortaya koymaktadır (124).

Beyin gelişimi, yaşamın erken dönemlerinde çevresel uyaranlara oldukça duyarlıdır, bu nedenle istismar ve ihmal gibi olumsuz deneyimler bu kritik dönemde beyin gelişimini olumsuz etkileyebilmektedir (125). Çocuk istismarı ve ihmali, alanyazında çeşitli sağlık sorunlarıyla ilişkilendirilmektedir (125,126). ÇÇT yaşamış yetişkinlerde psikolojik sıkıntılar, uyku bozuklukları, kardiyovasküler hastalıklar, obezite, madde kullanımı, depresyon ve anksiyete gibi çeşitli rahatsızlıklar görülmektedir (127–130). Ayrıca, bu olumsuz deneyimlerin bireylerde uzun vadeli değişikliklere yol açabileceği ve istismarın etkisinin, ihmalkinden daha güçlü olduğu düşünülmektedir (131).

2.3.1 Çocukluk Çağı Travmaları Türleri

Çocukluk çağı travmaları, genellikle istismar ve ihmal olmak üzere iki ana kategoride ele alınır. İstismar, suç oluşturan bir eylem olarak tanımlanırken, ihmal, çocuğun bakımında potansiyel veya doğrudan zarar doğuran ihmaller olarak tanımlanır. İhmal fiziksel ve duygusal ihmal olmak üzere ikiye ayrılırken, istismar fiziksel, cinsel ve duygusal (psikolojik) istismar olarak sınıflandırılmaktadır (132).

Fiziksel ihmal, çocukluk döneminde beslenme, giyinme, temizlik ve genel bakım gibi temel ihtiyaçların bakım veren tarafından yeterince karşılanmaması sonucunda çocuğun zarar görmesi durumudur (133).

Duygusal ihmal, çocuğun ve gencin bakım veren tarafından yeterli ilgi, sevgi ve şefkat görmemesi ve bunun sonucunda duygusal ve psikolojik ihtiyaçlarının karşılanamaması durumunu ifade eder. Bu tür ihmal, bireyin duygusal gelişimi üzerinde olumsuz etkiler yaratmaktadır (134).

Fiziksel istismar, çocuğun ebeveyni veya bakım vereni tarafından kasıtlı olarak fiziksel zarar görmesi, örneğin vurma, itme, sarsma, yakma veya kesici-delici aletlerle yaralanması şeklinde tanımlanır. Bu eylemler, çocuğun bedensel bütünlüğüne zarar vermek amacıyla gerçekleştirilir (133).

Cinsel istismar, çocuk veya ergenin bir yetişkin tarafından güç kullanılarak, tehdit edilerek, kandırılarak veya zorbalık yoluyla cinsel amaçlarla sömürülmesi olarak tanımlanır. Bu tür istismar, çocuğun cinsel haklarına ve güvenliğine ciddi şekilde zarar verir (135).

Duygusal veya psikolojik istismar, çocuğun temel ihtiyaçlarını karşılayacak sevgi ve ilgiden yoksun bırakılması, ayrıca sosyal olarak sömürülmesi durumunu içerir. Bu tür istismar, çocuğa korku, yıldırma, küçümseme veya onu bağımlı hale getirme gibi psikolojik baskılarla, uygun olmayan bakım veren davranışlarıyla çocuğun üzerinde olumsuz etki bırakır (136).

2.3.2 Epidemiyoloji

Çocukluk çağı travmaları yaygınlığı, 2023 yılında yayımlanan bir meta analiz çalışmasında 1991 yılından 2021'e kadar yayımlanan, toplamda 546,458 yetişkinin dahil edildiği 398 çalışma incelenmiş ve 151 ülke genelinde değerlendirilmiştir. Çalışmaya göre, dünya genelinde tüm yetişkinlerin %60'ından fazlasının en az bir tür ÇÇT yaşadığını belirlenmiştir. Katılımcıların %22,4'ü bir tür ÇÇT, %13,0'ü iki tür ÇÇT, %8,7'si üç tür ÇÇT, %16,1'i dört veya daha fazla tür ÇÇT yaşamıştır. Bu oran, özellikle MKB olan bireylerde (%55,2), düşük gelirli hanelerde (%40,5), evsiz bireylerde (%59,7) ve mental sağlık öyküsü olan bireylerde (%47,5) daha yüksek bulunmuştur. Etnik farklılıklar da belirgin olup, yerli halklar (örneğin, Kuzey Amerika'nın Yerli Amerikalıları) ve diğer azınlık grupları, beyazlara ve Asyalılara kıyasla daha yüksek ÇÇT oranlarına sahip olduğu belirlenmiştir. Yerli gruplar, genellikle kolonizasyon, ayrımcılık ve sosyoekonomik eşitsizlikler nedeniyle ÇÇT'ye daha fazla maruz kaldığı gösterilmiştir. Beyazlar, baskın grup olarak değerlendirilmiş ve genellikle azınlık sayılmamıştır. Sonuçlar, ÇÇT'nin hem bireysel hem de toplumsal düzeyde yaygın bir sorun olduğunu ve sosyal eşitsizliklerin bu deneyimlerin oluşumunda etkili olduğunu ortaya koymuştur (137).

Dünya Sağlık Örgütü'nün uluslararası çalışmalarında, kadınların yaklaşık %20'sinin ve erkeklerin %5-10'unun çocukluk döneminde cinsel istismara maruz kaldığı, çocukların %25-50'sinin ise fiziksel istismar yaşadığı tespit edilmiştir (138).

Birleşmiş Milletler Çocuklara Yardım Fonu (UNICEF)'nin 2010 yılında gerçekleştirdiği çalışmaya göre, Türkiye'deki 7-18 yaş grubu çocuklarda son bir yıl içinde görülen istismar türlerinin oranları; duygusal istismar %51, fiziksel istismar %43, cinsel istismar %3 ve ihmal %25 olarak rapor edilmiştir. Ayrıca, 561 yetişkinle yapılan bir başka çalışmada, katılımcıların çocukluklarında %54'ünün fiziksel istismara, %16,2'sinin cinsel istismara, %12,3'ünün psikolojik istismara ve

%11,7'sinin ihmale uğradığı, %49,7'sinin ise ebeveyn şiddetine tanık olduğu belirlenmiştir (139).

2.3.3 Çocukluk Çağı Travmaları ve Madde Kullanım Bozukluğu İlişkisi

Son yıllarda, madde kullanımı ve bağımlılığının başlangıcını anlamaya yönelik çalışmalarda çocukluk dönemine ait faktörler daha sık ele alınmaktadır(140). Özellikle, ÇÇT etkisi üzerine artan bir ilgi bulunmaktadır (141). ÇÇT duyguların düzenlenmesini etkileyerek bireylerin zorlayıcı duyguları sağlıklı ve uyumlu bir şekilde yönetme becerisini bozabilmektedir (142). Bu nedenle madde kullanımı, bu olumsuz duygularla başa çıkma ve onları hafifletme çabası olarak görülebilmekte (143) ve bu durum, ÇÇT ile MKB arasındaki ilişkiyi açıklayabilmektedir (144). Bağımlılık tedavisi gören bireylerin, genel nüfusa kıyasla daha yüksek oranda ÇÇT'ye maruz kaldığı belirtilmektedir. Bağımlılık problemi yaşayan hastalar arasında, en az bir ÇÇT yaşamış olma oranı %85,4 ile %100 arasında değişmektedir (143,145,146). Çeşitli araştırmalar, ÇÇT kümülatif bir etkisi olduğunu göstermektedir. ÇÇT sayısı arttıkça, bireylerde yaşam boyu MKB olma riski de aynı oranda yükselmektedir (147).

2.3.4 Çocukluk Çağı Travmaları ve Yakın Partner Şiddeti İlişkisi

Çocukluk döneminde yaşanan istismar, yetişkinlikte depresyon, anksiyete bozukluğu, antisosyal kişilik bozukluğu, MKB, intihar düşünceleri ve girişimleri gibi çeşitli ruhsal bozuklukların ortaya çıkma riskini artırmaktadır (148). YPŞ ve ÇÇT bireyin emosyonel regülasyonu ve başka MKB ve psikiyatrik hastalık riskini artırabilmektedir (149).

Çocukluk döneminde istismar yaşantısı, nesiller arası aile içi şiddet aktarımı teorileriyle ilişkili olarak, YPŞ açısından önemli bir risk faktörü olarak ele alınmaktadır. Aile içi şiddete maruz kalmak veya bu şiddete tanıklık etmek hem kadınlarda hem de erkeklerde YPŞ'ye maruz kalma ya da şiddet uygulama olasılığını artırmaktadır (150,151).

Çocukların erişkinlik dönemine kadar takip edildiği iki prospektif çalışmada, çocukluk çağında ebeveynler arası şiddete tanıklık etmenin ve fiziksel istismara maruz kalmanın, erişkinlikte YPŞ mağduru olma riskini artırdığı tespit edilmiştir (152,153). Renner ve Slack'in çalışmasında, çocukluk döneminde ihmal, istismar ve ebeveynler

arası şiddete tanıklık etmenin, YPŞ'ye maruz kalma ile anlamlı bir ilişki taşıdığı belirtilmiştir. Özellikle fiziksel istismar ve şiddete tanıklık etme alt boyutlarında en güçlü ilişki saptanmıştır. Fiziksel istismara maruz kalan çocukların, bu deneyimi yaşamayanlara kıyasla, yetişkinlikte YPŞ'ye maruz kalma riskinin 2,58 kat daha fazla olduğu rapor edilmiştir (154). Başka bir çalışmada, çocukluk döneminde istismara maruz kalan bireylerin, yetişkinlikte YPŞ mağduru olma riskinin %210 oranında arttığı tespit edilmiştir (155).

3. GEREÇ VE YÖNTEMLER

3.1 ÖRNEKLEM

Araştırmamız kesitsel-analitik bir çalışmadır. Örneklem Sağlık Bakanlığı Üniversitesi Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM yataklı servisi ve polikliniği'ne Temmuz 2024-Aralık 2024 tarihleri arasında ayaktan başvuran, dahil etme ve hariç tutma kriterlerini karşılayan, çalışmaya katılmayı kabul eden ve aydınlatılmış onam formunu imzalayan MKB tanıli ardışık sıralı başvurulmuş hastalardan seçildi. Örneklem büyüklüğü G-Power 3.1.9.7 programından yararlanılarak hesaplanmıştır. Referans çalışmaya istinaden her araştırma kolu için evren temsiliinde 6 aylık sürede gözlemlenen dağılımda kadın-erkek oranı %34 olarak saptanmış ve en çok %5 1. tip hata payı ve %80 güçte istatistiksel anlamlılık tespit edebilmek amacıyla örneklem büyüklüğü erkek grubunda 153 ve kadın grubunda 52 kişi, toplamda 205 kişi olarak belirlenmiştir.

Çalışmamız, değerlendirilmek üzere Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi Klinik Araştırmalar Etik Kurulu'nda 30.05.2024 tarih ve 31 numaralı onaylanmasının ardından yapılan bilgilendirme sonrası çalışmaya katılmayı kabul eden hastalara ve sağlıklı kontrollere Sosyodemografik Veri Formu, Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği (ÇÇYÖ), Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ), Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ), Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El Kitabı-5 tanılarını koymak için oluşturulan DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV) uygulanmıştır.

Hastalar İçin Araştırmaya Dahil Etme lütleri:

- 1-Madde kullanım bozukluğu tanısının olması
- 2-18-65 yaş aralığında olma
- 3-şu an ya da geçmişte aktif partnerin olması

Hastalar İçin Araştırmaya Dahil Etmeme lütleri:

- 1-Katılımcının 18 yaşından küçük olması
- 2-lekleri dolduramayacak düzeyde mental retardasyon varlığı
- 3-Okur yazar olmama

3.2 VERİ TOPLAMA ARAÇLARI

3.2.1 Sosyodemografik Veri Formu

Bu form araştırmacılar tarafından bu çalışma için hazırlanmıştır. Bu formda yaş, meslek, medeni durum, ocuk sayısı, aile ilişkisi, adli olay öyküsü, psikiyatrik bozukluk öyküsü, fiziksel hastalık öyküsü ve soygeçmiş ile ilişkili sorular yer almaktadır.

3.2.2 atışmaların özümüne Yaklaşım leği (YÖ):

1972 yılında Straus, Hamby, Boney-McCoy, & Sugarman tarafından geliştirilen ve 1996'da revize edilen “atışmaların çözümüne Yaklaşım leği”nin (The Revised Conflict Tactics Scales (CTS 2) Türkçe formunun geçerlilik ve güvenirliği 2007 yılında Yıldı Arzu Aba tarafından yapılmıştır. Ölçeğin uzlaşmayı sorgulayan 12, psikolojik şiddeti sorgulayan 16, fiziksel şiddeti sorgulayan 24, cinsel şiddeti sorgulayan 14 ve yaralanma boyutunu sorgulayan 12 olmak üzere toplam 78 maddesi

ve 5 alt ölçeği vardır. Tek sayılı maddeler şiddeti uygulamayı, çift sayılı maddeler ise şiddete maruz kalmayı ölçmektedir. Katılımcılardan, ölçek maddelerinde belirtilen şiddet davranışlarını, geçen sene içinde ne sıklıkta yasadıklarını 8 dereceli (“0” ile “7” arasında) Likert tipi gösterge çizelgesi üzerinde işaretlemeleri istenmektedir. Maddelere “0” ile “7” arasında verilen yanıtlarda; 1 “Geçtiğimiz yıl içerisinde 1 kez”, 2 “Geçtiğimiz yıl içerisinde 2 kez”, 3 “Geçtiğimiz yıl içerisinde 3-5 kez”, 4 “Geçtiğimiz yıl içerisinde 6-10 kez”, 5 “Geçtiğimiz yıl içerisinde 11-20 kez”, 6 “Geçtiğimiz yıl içerisinde 20’den fazla kez”, 7 “Geçtiğimiz yıl içerisinde değil ama daha önce gerçekleşti”, 0 “Hiç gerçekleşmedi”yi anlatmaktadır. Puanlama prevalans değerlendirmesi ile yapılmaktadır. Bu amaçla, şiddet davranışının kaç kez uygulandığından çok maruz kalmış ya da uygulamış olmak dikkate alınmakta, 1 ve 6 arasındaki yanıtlar “EVET=1” ve 0 ve 7 yanıtları ise “HAYIR=0” olarak kaydedilmektedir (156).

3.2.3 Bağımlılık Profil İndeksi (BAPİ):

Bağımlılığın farklı boyutlarını değerlendirmek ve bağımlılık şiddetini ölçmek amacıyla, Ögel ve ark. tarafından geliştirilmiştir. Madde kullanım özellikleri, bağımlılık tanı ölçütleri, madde kullanımının kişinin yaşamına etkisi, şiddetli madde kullanma isteği, maddeyi kullanımını bırakma motivasyonu gibi kendi içinde puanlanan ve eşit ağırlıkta toplam BAPİ puanını oluşturan beş alt ölçekten oluşmaktadır. Geçerlilik, güvenirlik çalışması yine Ögel ve ark. tarafından 2012 yılında yapılmıştır (157).

3.2.4 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği (ÇÇTÖ):

İngilizce özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek yazarından izin alınarak 2012 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçe ’ye uyarlanmıştır. Ölçek toplam 28 sorudan oluşmaktadır. Bu ölçek ile çocukluk çağı cinsel, fiziksel, emosyonel (duygusal) istismarı ve emosyonel ve fiziksel ihmalini konu

alan beş, alt puan ile bunların birleşiminden oluşan toplam puan elde edilmektedir (158).

3.2.5 Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El Kitabı - 5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme Formu

Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Sınıflandırma El Kitabı-5 tanılarını koymak için oluşturulan DSM-5 için Yapılandırılmış Klinik Görüşme (SCID-5-CV), yarı yapılandırılmış bir değerlendirme formudur. Bu yapılandırılmış görüşmede 32 tanısal kategori ayrıntılı tanı ölçütleriyle, 16 tanısal kategori ise yalnızca araştırmacı sorularıyla yer almaktadır. Duygudurum dönemleri, psikotik belirtiler, psikotik bozukluklar, duygudurum bozuklukları, anksiyete bozuklukları, obsesif kompulsif bozukluk ve ilişkili bozukluklar ve travma sonrası stres bozukluğu, dikkat eksikliği ve hiperaktivite bozukluğu, MKB, diğer bozukluklar için araştırmacı sorular ve uyum bozuklukları olmak üzere toplam 10 modülden oluşmaktadır. Bu görüşmenin uygulaması DSM-5 sınıflandırmasını ve tanı ölçütlerini bilen klinisyenler veya eğitim görmüş ruh sağlığı uzmanları tarafından yapılabilmektedir. SCID-5'in Türk toplumu için geçerlilik, güvenilirlik ve uyarlama çalışması 2019 senesinde Elbir ve ark. tarafından yapılmıştır (159).

3.3 İSTATİSTİKSEL ANALİZ

Verilerin istatistiksel analizleri için Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 28 paket programı kullanılmıştır. Sosyodemografik verilerin incelenmesinde normal dağılım gösteren parametrik değişkenler için ortalama ve standart sapma, normal dağılım göstermeyen parametrik değişkenler için ortalama ve (Q1-Q3); parametrik olmayan değişkenler için sıklık ve oran hesaplandı. Gruplardaki kategorik değişkenleri karşılaştırmak için Ki-kare testi veya Fisher's Exact testi kullanıldı. Verilerin normal dağılıma uygunluğu Kolmogorov-Smirnov testi ile incelendi. 2'li grupların karşılaştırılmasında bağımsız gruplar için Mann-Whitney U, bağımlı gruplar için Wilcoxon İşaretli Sıra Testi kullanıldı. İki'den çok bağımsız

grupların incelenmesi karşılaştırılmasında Kruskal Wallis testi kullanılarak değerlendirildi ve post-hoc test için Bonferroni düzeltmeli ($p < 0.05/3 = 0.017$) Mann-Whitney U testi kullanıldı. Normal dağılım gösteren değişkenlerin karşılaştırmalarında korelasyonun hesaplanmasında Pearson normal dağılım göstermeyen değişkenlerde Spearman korelasyon analizleri kullanılmıştır. İstatistiksel anlamlılık için toplam tip-1 hata düzeyi %5 olarak kullanılmıştır. Sonuçlar, anlamlılık $p < 0,05$ düzeyinde değerlendirilmiştir.

4. BULGULAR

4.1. SOSYODEMOGRAFİK VE KLİNİK VERİ BULGULARI

Çalışmada toplam 206 hasta değerlendirilmiştir. Çalışmaya katılan bireylerin yaş ortalaması $32,41 \pm 9,14$ olarak saptanmıştır.

Cinsiyet dağılımı açısından hastaların %25,7'si kadın ($n=53$), %74,3'ü ise erkek ($n=153$) olarak saptanmıştır. Mesleki dağılım incelendiğinde hastaların %31,6'sının çalışmadığı ($n=65$), %17,5'inin işçi ($n=36$), %21,4'ünün serbest meslek sahibi ($n=44$), %29,6'sının ise diğer meslek gruplarına ($n=61$) dâhil olduğu görülmüştür. Eğitim düzeyine bakıldığında %2,9'u okur-yazar ($n=6$), %10,2'si ilkokul mezunu ($n=21$), %41,3'ü ortaokul mezunu ($n=85$), %33,5'i lise mezunu ($n=69$) ve %12,1'i üniversite mezunu ($n=25$) olarak saptanmıştır.

Medeni durum açısından, hastaların %62,1'inin bekar ($n=128$), %28,2'sinin evli ($n=58$), %7,8'inin boşanmış ($n=16$), %1,9'unun ise diğer durumlarda ($n=4$) olduğu tespit edilmiştir. Çocuk sayısına göre dağılımda %68,9'unun çocuğu olmadığı ($n=142$), %19,4'ünün 1 çocuğa ($n=40$), %7,8'inin 2 çocuğa ($n=16$), %1,5'inin 3 çocuğa ($n=3$), %2,4'ünün ise 4 çocuğa ($n=5$) sahip olduğu saptanmıştır.

Askerlik durumu değerlendirildiğinde, hastaların %54,9'unun askerliği sorunsuz tamamladığı ($n=113$), %8,3'ünün sorunlu şekilde tamamladığı ($n=17$), %11,2'sinin ise askerliği tamamlayamadığı ($n=23$) saptanmıştır.

Psikiyatrik özellikler açısından hastaların %65,5'inin ($n=135$) daha önce psikiyatrik tedavi görmediği, %34,5'inin ($n=71$) ise tedavi aldığı tespit edilmiştir. Daha

önce psikiyatrik tedavi başvurusu bulunan hastaların oranı %71,8 (n=148) olup, %28,2'sinin (n=58) böyle bir başvurusu bulunmamaktadır.

Tıbbi hastalık durumu incelendiğinde hastaların %85'inin (n=175) herhangi bir tıbbi hastalığı bulunmazken, %15'inin (n=31) tıbbi hastalığının olduğu saptanmıştır. Aile hikayesinde psikiyatrik hastalık ve alkol madde kullanımı araştırıldığında %71,8'inde (n=148) soy geçmiş özelliği bulunmadığı, %17'inde (n=35) yalnızca alkol madde kullanımı ile ilgili soy geçmiş, %5,8'inde (n=12) psikiyatrik hastalık ve alkol madde kullanımı ile ilgili soy geçmiş, %5,3'ünde (n=11) yalnızca psikiyatrik hastalık soy geçmişi olduğu saptanmıştır.

Adli öyküye sahip hastaların oranı %56,8 (n=117) olup, %43,2'sinde (n=89) böyle bir öykü bulunmamaktadır. Adli öyküsü olanların %50,0'sinde (n=103) alkol madde kullanımı ile ilişkili adli öykü bulunmuştur.

Hastaların %57,8'inde (n=119) eş tanı bulunmazken, %41,3'ünde (n=85) eş tanı saptanmıştır. Eş tanı dağılımı incelendiğinde, hastaların %26,7'sinde depresif bozukluk (n=55), %0,5'inde madde kullanımına bağlı psikoz (n=1), %3,9'unda anksiyete bozukluğu (n=8), %5,3'ünde anksiyete bozukluğu ve depresif bozukluk (n=11), %0,5'inde obsesif kompulsif bozukluk ve depresif bozukluk (n=1), %1,0'inde obsesif kompulsif bozukluk (n=2), %0,5'inde somatizasyon bozukluğu (n=1), %1,5'inde organik olmayan psikoz (n=3), %0,5'inde bipolar affektif bozukluk (n=1) ve %0,5'inde dikkat eksikliği ve hareket bozukluğu ile anksiyete bozukluğu (n=1) tespit edilmiştir. Tablo 1'de hastaların sosyodemografik özelliklerine yer verilmiştir.

Tablo 1: Hastaların Sosyodemografik Özellikleri

	n	%
Cinsiyet		
Kadın	53	%25,7
Erkek	153	%74,3
Meslek		
Çalışmıyor	65	%31,6
İşçi	36	%17,5
Serbest Meslek	44	%21,4
Diğer	61	%29,6
Eğitim		
Okur Yazar	6	%2,9
İlkokul	21	%10,2
Ortaokul	85	%41,3
Lise	69	%33,5
Üniversite	25	%12,1
Medeni Durum		
Bekar	128	%62,1
Evli	58	%28,2

	Boşanmış	16	%7,8
	Diğer	4	%1,9
Çocuk Sayısı			
	0	142	%68,9
	1	40	%19,4
	2	16	%7,8
	3	3	%1,5
	4	5	%2,4
Askerlik			
	Sorunsuz tamamlamış	113	%54,9
	Sorunlu	17	%8,3
	Tamamlayamamış	23	%11,2
Psikiyatrik Tedavi			
	Yok	135	%65,5
	Var	71	%34,5
Daha Önce Tedavi Başvurusu			
	Yok	58	%28,2
	Var	148	%71,8
Tıbbi Hastalık			
	Yok	175	%85
	Var	31	%15
Soygeçmiş			
	Yok	148	%71,8
	AMKB	35	%17,0
	Psikiyatrik Hastalık+AMKB	12	%5,8
	Psikiyatrik Hastalık	11	%5,3
Adli Öykü			
	Yok	89	%43,2
	Var	117	%56,8
AMKB ile İlgili Adli Öykü			
	Yok	103	%50,0
	Var	103	%50,0
Psikiyatrik Eş Tanı			
	Yok	118	%57,3
	Depresif Bozukluk	55	%26,7
	Anksiyete	8	%3,9
	Anksiyete+Depresyon	11	%5,3
	OKB+Depresyon	1	%0,5
	MKB Bağlı Psikoz	3	%1,5
	Somatizasyon	1	%0,5
	OOP	3	%1,5
	BAB	1	%0,5
	DEHB+Anksiyete	1	%0,5
	OKB	2	%1,0

n: sayı, %: yüzde AMKB: Alkol madde kullanım bozukluğu, OOP: Organik olmayan psikoz, BAB: Bipolar Affektif bozukluk OKB: Obsesif kompulsif bozukluk, DEHB: Dikkat eksikliği ve hareket bozukluğu

4.2 Ölçeklerin Değerlendirilmesi

4.2.1 Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeğinin Değerlendirilmesi

Örneklemimizin tamamının %89,8'i; kadınların %100'ü; erkeklerin ise %86,27'si YPŞ'yi şiddet uygulayan ya da mağdur olarak deneyimlemiştir.

Uzlaşmaya yönelik davranış sergileyen katılımcı oranı %97,6 (n=201) olup, %59,2'si (n=122) bunu son bir yıl içinde gerçekleştirdiğini, %22,3'ü (n=46) ise bu davranışı bir yıldan daha önce sergilediğini ifade etmiştir. Her iki dönemde de uzlaşma girişiminde bulunduğunu belirtenlerin oranı %16 (n=33), olarak saptanmıştır. Partnerinin uzlaşmaya geldiğini belirten katılımcıların oranı %97,6 (n=201) olup,

katılımcıların %60,7'si (n=125) bu durumu son bir yıl içinde yaşadığını, %23,8'i (n=49) bir yıldan daha önce yaşadığını, %13,1'i (n=27) ise her iki dönemde de bu deneyimi yaşadığını bildirmiştir.

Psikolojik şiddet uygulayan olarak değerlendirilen bireylerin oranı %86,9 (n=179) olup, katılımcıların %53,9'u (n=111) bu davranışı son bir yıl içinde gerçekleştirdiğini, %22,3'ü (n=46) ise bir yıldan daha önce yaptığını ifade etmiştir. Hem son bir yıl içinde hem de daha önce bu davranışı sergileyenlerin oranı %10,7 (n=22) olarak kaydedilmiştir. Psikolojik şiddet mağduriyeti yaşayanların oranı %83,5 (n=172) olup, katılımcıların %52,9'u (n=109) son bir yıl içinde, %20,9'u (n=43) bir yıldan daha önce ve %9,2'si (n=19) her iki dönemde de mağduriyet yaşamıştır.

Fiziksel şiddet uygulayan olarak değerlendirilen bireylerin oranı %50,5 (n=104) olup, katılımcıların %34'ü (n=70) son bir yıl içinde şiddet uyguladığını belirtirken, %11,7'si (n=24) bu durumu son bir yıldan daha önce uyguladığını ifade etmiştir. Aynı davranışı hem son bir yıl içinde hem daha önce gerçekleştirdiğini belirtenlerin oranı %4,9 (n=10) olarak saptanmıştır. Fiziksel şiddet mağduru olduğunu belirtenlerin oranı %53,4 (n=110) olup, katılımcıların %35'i (n=72) son bir yıl içinde, %13,1'i (n=27) son bir yıldan daha önce, %5,3'ü (n=11) her iki dönemde de mağduriyet yaşamıştır.

Cinsel şiddet uygulayan olarak değerlendirilen bireylerin oranı %33 (n=68) olup, katılımcıların %21,4'ü (n=44) son bir yıl içinde şiddet uyguladığını belirtirken, %10,2'si (n=21) bu durumu son bir yıldan daha önce uyguladığını ifade etmiştir. Aynı davranışı hem son bir yıl içinde hem daha önce gerçekleştirdiğini belirtenlerin oranı %1,5 (n=3) olarak saptanmıştır. Cinsel şiddet mağduru olanların oranı %43,2 (n=89) olup, %28,2'si (n=58) son bir yıl içinde mağduriyet yaşamış, %13,6'sı (n=28) son bir yıldan daha önce, %1,5'i (n=3) iki dönemde de mağduriyet yaşamıştır.

Yaralanma alt ölçeğinde uygulayan olarak değerlendirilen bireylerin oranı %18,9 (n=39) olup, katılımcıların %11,2'si (n=23) son bir yıl içinde şiddet uyguladığını belirtirken, %5,8'i (n=12) bu durumu son bir yıldan daha önce uyguladığını ifade etmiştir. Aynı davranışı hem son bir yıl içinde hem daha önce gerçekleştirdiğini belirtenlerin oranı %1,9 (n=4) olarak saptanmıştır. Yaralanma alt ölçeğinde mağdur olanların oranı %30,6 (n=69) olup, katılımcıların %18,4'ü (n=38) son bir yıl içinde mağduriyet yaşamış, %10,2'si (n=21) son bir yıldan daha önce maruz

kalmış ve %1,9 (n=4) her iki dönemde de mağduriyet yaşamıştır. Tablo 2’de ÇÇYÖ skorlarına yer verilmiştir.

Tablo 2: Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği Skorları

	Hiç Olmamış		Son 1 yıl içerisinde		Son 1 yıldan daha önce		Her iki dönemde	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Uzlaşma Uygulayıcı	5	%2,4	122	%59,2	46	%22,3	33	%16,0
Uzlaşma Uygulanan	5	%2,4	125	%60,7	49	%23,8	27	%13,1
Psikolojik Şiddet Uygulayıcı	27	%13,1	111	%53,9	46	%22,3	22	%10,7
Psikolojik Şiddet Mağdur	34	%16,5	109	%52,9	43	%20,9	19	%9,2
Fiziksel Şiddet Uygulayıcı	102	%49,5	70	%34,0	24	%11,7	10	%4,9
Fiziksel Şiddet Mağdur	96	%46,6	72	%35,0	27	%13,1	11	%5,3
Cinsel Şiddet Uygulayıcı	138	%67,0	44	%21,4	21	%10,2	3	%1,5
Cinsel Şiddet Mağdur	117	%56,8	58	%28,2	28	%13,6	3	%1,5
Yaralanma Uygulayıcı	167	%81,1	23	%11,2	12	%5,8	4	%1,9
Yaralanma Mağdur	143	%69,4	38	%18,4	21	%10,2	4	%1,9

n: sayı, %: yüzde

4.2.2 Bağımlılık Profil İndeksi ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeklerinin Değerlendirilmesi

Bağımlılık profil indeksi skorları değerlendirildiğinde; BAPİ-ÖKY ortalaması $2,82 \pm 1,76$, BAPİ-GDE ortalaması $4,78 \pm 2,68$, BAPİ-HAD ortalaması $2,33 \pm 1,87$, BAPİ-Dürtüsellik ortalaması $3,08 \pm 3,06$, BAPİ-Depresyon ortalaması $3,97 \pm 2,07$, BAPİ-Anksiyete ortalaması $2,44 \pm 1,76$ ve Toplam BAPİ Puanı ortalaması $13,34 \pm 3,87$ olarak saptanmıştır.

Çocukluk çağı travmaları ölçeği toplam puanı ortalaması $44,82 \pm 14,58$, cinsel istismar ortalaması $6,39 \pm 3,05$, fiziksel istismar ortalaması $7,37 \pm 3,86$, emosyonel istismar ortalaması $8,73 \pm 4,50$, fiziksel ihmal ortalaması $8,32 \pm 3,05$, emosyonel ihmal ortalaması $14,09 \pm 5,69$, Minimizasyon ortalaması $0,65 \pm 0,88$ olarak saptanmıştır. Tablo3'te BAPİ ve ÇÇTÖ ölçek puanlarına yer verilmiştir.

Tablo 3: BAPİ ve ÇÇTÖ Ölçek Skorları Ortalamaları

	Ort	ss	Q1	Q3
Örneklemin yaş ort	32,41	9,14	26,00	37,25
BAPİ ÖKY	2,82	1,76	2,00	4,00
BAPİ GDE	4,78	2,68	3,00	7,00
BAPİ HAD	2,33	1,87	1,00	3,00
BAPİ dürtüsellik	3,08	3,06	2,00	4,00
BAPİ depresyon	3,97	2,07	3,00	5,00
BAPİ anksiyete	2,44	1,76	1,00	3,00
ÇÇTÖ toplam	44,82	14,58	34,00	50,00
ÇÇTÖ cinsel istismar	6,39	3,05	5,00	6,00
ÇÇTÖ fiziksel istismar	7,37	3,86	5,00	9,00
ÇÇTÖ emosyonel istismar	8,73	4,50	5,00	10,00
ÇÇTÖ fiziksel ihmal	8,32	3,05	6,00	10,00
ÇÇTÖ emosyonel ihmal	14,09	5,69	10,00	18,00
ÇÇTÖ minimizasyon	0,65	0,88	0,00	1,00
Madde kullanım özellikleri	2,10	1,49	0,79	3,36
Tanı	26,83	5,38	24,00	30,50
Yasam Üstüne Etkileri	24,04	10,87	20,00	32,00
Şiddetli İstek	8,09	4,95	4,00	12,00
Motivasyon	9,93	3,30	9,00	12,00
BAPİ Toplam	13,34	3,87	11,41	16,09

n: sayı, ss: standart sapma, ort: ortalama, BAPİ: Bağımlılık profil indeksi, ÇÇTÖ: Çocukluk çağı travmaları ölçeği, ÖKY: Öfke kontrol yetersizliği, GDE: Güvenli davranış eksikliği, HAD: Heyecan arama davranışı, Q1: Alt çeyrek, Q3: Üst çeyrek

4.2.3 Ölçek Skorlarının Cinsiyete Göre Dağılımı

4.2.3.1 Yakın partner şiddeti mağduru olma oranlarının cinsiyete göre dağılımı:

Uzlaşma teklifi alma oranları kadınlarda %100 (n=53), erkeklerde ise %96,74 (n=148) olarak saptanmıştır. Kadınların %66,03'ü (n=35) ve erkeklerin %58,82'si (n=90) son bir yıl içinde uzlaşma teklifi aldığını ifade etmiştir. Hem son bir yıl içinde hem de daha önce uzlaşma teklifi aldığını belirtenler, kadınlarda %11,32 (n=6), erkeklerde ise %13,72 (n=21) oranında olmuştur. Uzlaşma teklifi alma oranlarında cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (p=0,641).

Psikolojik şiddet mağduru olma oranları kadınlarda %96,23 (n=51), erkeklerde ise %78,95 (n=121) olarak saptanmıştır. Kadınların %64,15'i (n=34) ve erkeklerin %49,34'ü (n=75) son bir yıl içinde psikolojik şiddet mağduru olmuştur. Son bir yıldan daha önce psikolojik şiddet mağduru olanların oranı kadınlarda %24,52 (n=13), erkeklerde %19,73 (n=30) olarak sonuçlanmıştır. İki dönemde birden mağdur olanların oranı kadınlarda %7,54 (n=4), erkeklerde ise %9,86 (n=15) olarak saptanmıştır. Psikolojik şiddet mağduru olma açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,025).

Fiziksel şiddet mağduru olma oranları kadınlarda %84,91 (n=45), erkeklerde ise %42,9 (n=65) olarak saptanmıştır. Kadınların %50,94'ü (n=27) ve erkeklerin %29,41'i (n=45) son bir yıl içinde fiziksel şiddete mağduru olmuştur. Son bir yıldan daha önce fiziksel şiddet mağduru olanların oranı kadınlarda %24,52 (n=13), erkeklerde %9,14 (n=15) olarak sonuçlanmıştır. İki dönemde birden mağdur olanların oranı kadınlarda %1,89 (n=1), erkeklerde ise %3,92 (n=6) olarak belirlenmiştir. Fiziksel şiddet mağduru olma açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,001).

Cinsel şiddet mağduru olma oranları kadınlarda %84,91 (n=45), erkeklerde ise %39,87 (n=61) olarak saptanmıştır. Kadınların %50,94'ü (n=20) ve erkeklerin %24,83'ü (n=38) son bir yıl içinde bu durumu yaşadığını belirtmiştir. Son bir yıldan daha önce cinsel şiddet mağduru olanların oranı kadınlarda %13,2 (n=7), erkeklerde

%13,72 (n=21) olarak sonuçlanmıştır. İki dönemde birden mağdur olanların oranı kadınlarda %9,43 (n=5), erkeklerde ise %1,30 (n=2) olarak belirlenmiştir. Cinsel şiddet mağduru olma oranları açısından istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır (p=0,241).

Kadınların %62,27'ü (n=33) ve erkeklerin %'19,61 (n=30) bu tür şiddet davranışına hiç maruz kalmadığını ifade etmiştir. Kadınların %35,84'ü (n=19) ve erkeklerin %12,41'i (n=19) son bir yıl içinde mağdur olduğunu belirtmiştir. Son bir yıldan daha mağdur olanların oranı kadınlarda %22,64 (n=12), erkeklerde %5,88 (n=9) olarak sonuçlanmıştır. İki dönemde birden mağdur olanların oranı kadınlarda %3,77 (n=2), erkeklerde ise %1,30 (n=2) olarak belirlenmiştir. Yaralanma alt ölçeğinde mağdur olma durumunda cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,001). Tablo 4'te cinsiyete göre YPŞ mağduru olma oranlarının karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 4: Cinsiyete Göre Yakın Partner Şiddeti Mağduru Olma Oranları Karşılaştırılması

YPŞ Mağduru Olma	Kadın		Erkek		p
	n	%	n	%	
Uzlaşma					1,699 ^a 0,641
Hiç Olmamış	0	%0	5	%3,26	
Son 1 yıl içerisinde	35	%66,03	90	%58,82	
Son 1 yıldan daha önce	12	%22,64	37	%24,18	
Her iki dönemde	6	%11,32	21	%13,72	
Psikolojik Şiddet					9,354 ^b 0,025*
Hiç Olmamış	2	%3,77	32	%21,05	
Son 1 yıl içerisinde	34	%64,15	75	%49,34	
Son 1 yıldan daha önce	13	%24,52	30	%19,73	
Her iki dönemde	4	%7,54	15	%9,86	
Fiziksel Şiddet					29,765 ^b 0,001**
Hiç Olmamış	8	%15,09	88	%57,51	
Son 1 yıl içerisinde	27	%50,94	45	%29,41	
Son 1 yıldan daha önce	13	%24,52	14	%9,15	
Her iki dönemde	5	%9,43	6	%3,92	
Cinsel Şiddet					3,888 ^a 0,241
Hiç Olmamış	25	%47,2	92	%60,13	
Son 1 yıl içerisinde	20	%37,74	38	%24,83	

Son 1 yıldan daha önce	7	%13,2	21	%13,72		
Her iki dönemde	1	%1,89	2	%1,30		
Yaralanma					32,756 ^a	0,001**
Hiç Olmamış	20	%37,73	123	%80,39		
Son 1 yıl içerisinde	19	%35,84	19	%12,41		
Son 1 yıldan daha önce	12	%22,64	9	%5,88		
Her iki dönemde	2	%3,77	2	%1,30		

n:sayı, %:yüzde *p<0,05 **p<0,001, a:Fisher Exact Test, b:Pearson Ki-kare Testi, YPŞ: Yakın Partner Şiddeti

4.2.3.2 Yakın partner şiddeti uygulayanı olma oranlarının cinsiyete göre dağılımı:

Uzlaşma teklifinde bulunma oranları kadınlarda %100 (n=53), erkeklerde %96,74 (148) olarak saptanmıştır. Kadınların %67,92'si (n=36) ve erkeklerin %56,2'si (n=86) son bir yıl içinde uzlaşma teklifinde bulunduğunu belirtmiştir. Son bir yıldan daha önce uzlaşma teklifinde bulunduğunu ifade edenlerin oranı kadınlarda %11,32 (n=6), erkeklerde ise %17,64 (n=27) olarak tespit edilmiştir. Ancak, uzlaşma teklifinde bulunma oranları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark bulunmamıştır. (p=0,368).

Psikolojik şiddet uygulayanı olma oranları kadınlarda %100 (n=53), erkeklerde ise %96,74 (n=148) olarak saptanmıştır. Kadınların %64,15'i (n=34) ve erkeklerin %50,32'si (n=77) son bir yıl içinde psikolojik şiddet uyguladığını ifade etmiştir. Son bir yıldan daha önce psikolojik şiddet uygulayanların oranı kadınlarda %26,41 (n=14), erkeklerde %20,91 (n=32) olarak sonuçlanmıştır. İki dönemde de psikolojik şiddet uygulayanların oranı kadınlarda %9,43 (n=5), erkeklerde %11,11 (n=17) olarak belirlenmiştir. Psikolojik şiddet uygulama oranları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır (p=0,01).

Fiziksel şiddet uygulayanı olma oranları kadınlarda %77,36 (n=41), erkeklerde ise %41,18 (n=63) olarak saptanmıştır. Kadınların %52,83'ü (n=28) ve erkeklerin %27,45'i (n=42) son bir yıl içinde fiziksel şiddet uyguladığını bildirmiştir. Son bir yıldan daha önce fiziksel şiddet uygulayanların oranı kadınlarda %18,86 (n=10), erkeklerde %9,15 (n=14) olarak sonuçlanmıştır. İki dönemde birden fiziksel şiddet uygulayanların oranı kadınlarda %5,66 (n=3), erkeklerde %4,57 (n=7) olarak

kaydedilmiştir. Fiziksel şiddet uygulama oranları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,001$).

Cinsel şiddet uygulayan olma oranları kadınlarda %30,19 ($n=16$), erkeklerde ise %33,99 ($n=52$) olarak saptanmıştır. Kadınların %18,86'sı ($n=10$) ve erkeklerin %22,22'si ($n=34$) son bir yıl içinde cinsel şiddet uyguladığını bildirmiştir. Son bir yıldan daha önce cinsel şiddet uygulayanların oranı kadınlarda %9,43 ($n=5$), erkeklerde %10,45 ($n=16$) olarak sonuçlanmıştır. İki dönemde de cinsel şiddet uyguladığını belirtenlerin oranı kadınlarda %1,88 ($n=1$), erkeklerde %1,30 ($n=2$) olarak saptanmıştır. Cinsel şiddet uygulama oranları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p=0,934$).

Yaralanma alt ölçeğinde uygulayan olma oranları kadınlarda %37,74 ($n=20$), erkeklerde ise %12,42 ($n=19$) olarak saptanmıştır. Kadınların %22,64'ü ($n=12$) ve erkeklerin %7,18'i ($n=11$) son bir yıl içinde bu davranışı sergilediğini belirtmiştir. Son bir yıldan daha önce bu davranışı sergileyenlerin oranı kadınlarda %13,20 ($n=7$), erkeklerde %3,26 ($n=5$) olarak sonuçlanmıştır. İki dönemde de yaralanma alt ölçeğinde uygulayan olduğunu belirtenlerin oranı kadınlarda %1,88 ($n=1$), erkeklerde %1,96 ($n=3$) olarak saptanmıştır. Yaralanma alt ölçeğinde uygulayan olma oranları açısından cinsiyetler arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır ($p=0,001$). Tablo 5'te cinsiyete göre YPŞ uygulama oranlarına yer verilmiştir.

Tablo 5: Cinsiyete Göre Yakın Partner Şiddetini Uygulama Oranları Karşılaştırılması

YPŞ Uygulayan	Kadın		Erkek		p
	n	%	n	%	
Uzlaşma					3,040 ^a 0,368

Hiç Olmamış	0	%0	5	%3,26		
Son 1 yıl içerisinde	36	%67,92	86	%56,20		
Son 1 yıldan daha önce	11	%20,75	35	%22,87		
Her iki dönemde	6	%11,32	27	%17,64		
Psikolojik Şiddet					11,386 ^b	0,01*
Hiç Olmamış	0	%0	27	%17,64		
Son 1 yıl içerisinde	34	%64,15	77	%50,32		
Son 1 yıldan daha önce	14	%26,41	32	%20,91		
Her iki dönemde	5	%9,43	17	%11,11		
Fiziksel Şiddet					21,155 ^b	0,001**
Hiç Olmamış	12	%22,64	90	%58,82		
Son 1 yıl içerisinde	28	%52,83	42	%27,45		
Son 1 yıldan daha önce	10	%18,86	14	%9,15		
Her iki dönemde	3	%5,66	7	%4,57		
Cinsel Şiddet					0,710 ^a	0,934
Hiç Olmamış	37	%69,81	101	%66,01		
Son 1 yıl içerisinde	10	%18,86	34	%22,22		
Son 1 yıldan daha önce	5	%9,43	16	%10,45		
Her iki dönemde	1	%1,88	2	%1,30		
Yaralanma					16,805 ^a	0,001**
Hiç Olmamış	33	%62,26	134	%87,58		
Son 1 yıl içerisinde	12	%22,64	11	%7,18		
Son 1 yıldan daha önce	7	%13,20	5	%3,26		
Her iki dönemde	1	%1,88	3	%1,96		

n:sayı, %:yüzde, *p<0,05, **p<0,001, a:Fisher Exact Test, b:Pearson Ki-kare Testi, YPŞ: Yakın Partner Şiddeti

4.2.3.2 Yakın partner şiddeti mağdurları arasında psikiyatrik eş tanı alma oranlarının cinsiyete göre karşılaştırılması:

Uzlaşma teklifi almış bireyler incelendiğinde, kadınların erkeklere kıyasla istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek psikiyatrik eş tanı alma oranına sahip

olduğu belirlenmiştir ($p = 0,001$). Uzlaşma teklifi almış kadınların %62,26'i, erkeklerin ise %34,25'i psikiyatrik eş tanı almıştır.

Psikolojik şiddet mağdurları incelendiğinde; kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek eş tanı alma oranı saptanmıştır ($p = 0,006$). Psikolojik şiddet mağduru kadınların %60,78'i, erkeklerin ise %37,82'si psikiyatrik eş tanı almıştır.

Fiziksel şiddet mağdurları incelendiğinde; kadınlarda erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek psikiyatrik eş tanı alma oranı saptanmıştır ($p = 0,005$). Fiziksel şiddet mağduru kadınların %66,67'si, erkeklerin ise %39,06'sı psikiyatrik eş tanı almıştır.

Cinsel şiddet mağdurları incelendiğinde; kadınlar erkeklere göre istatistiksel olarak anlamlı düzeyde daha yüksek psikiyatrik eş tanı alma oranı saptanmıştır ($p = 0,023$). Cinsel şiddet mağduru kadınların %64,29'u, erkeklerin ise %38,33'ü psikiyatrik eş tanı almıştır.

Yaralanma mağdurları incelendiğinde; kadınlar ile erkekler arasında psikiyatrik eş tanı alma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır ($p = 0,147$). Yaralanma mağduru olan kadınların %69,70'i, erkeklerin ise %51,73'ü psikiyatrik eş tanı almıştır. Tablo 6'da YPŞ mağdurları arasında psikiyatrik eş tanı alma oranlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 6: YPŞ Mağdurları Arasında Psikiyatrik Eş Tanı Alma Oranlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

YPŞ Mağdur	Kadın		Erkek		p
	n	%	n	%	
Uzlaşma					12,555 ^a
Eş tanı yok	20	%37,73	96	%65,75	0,001**
Eş tanı var	33	%62,26	50	%34,25	
Psikolojik Şiddet					7,619 ^a
Eş tanı yok	20	%39,21	74	%62,18	0,006*
Eş tanı var	31	%60,78	45	%37,82	
Fiziksel Şiddet					8,054 ^a
Eş tanı yok	15	%33,33	39	%60,94	0,005*
Eş tanı var	30	%66,67	25	%39,06	
Cinsel Şiddet					5,167 ^a
					0,023*

Eş tanı yok	10	%35,71	37	%61,67		
Eş tanı var	18	%64,29	23	%38,33		
Yaralanma					2,102 ^a	0,147
Eş tanı yok	10	%30,30	14	%48,27		
Eş tanı var	23	%69,70	15	%51,73		

n:sayı, %:yüzde, *p<0,05, **p<0,001, a:Fisher Exact Test, b:Pearson Ki-kare Testi, YPŞ: Yakın Partner Şiddeti

4.2.3.3 Yakın partner şiddeti uygulayanları arasında psikiyatrik eş tanı alma oranlarının cinsiyete göre karşılaştırılması:

Uzlaşmaya varan kişiler cinsiyete göre incelendiğinde kadınlarda erkeklere göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek eş tanı alma oranı saptanmıştır (p = 0,001). Uzlaşma teklifi ile giden kadınların %62,26'sı, erkeklerin ise %34,25'i psikiyatrik eş tanı almıştır.

Psikolojik şiddet uygulayanlar incelendiğinde kadınlarda erkeklere göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek eş tanı alma oranı saptanmıştır (p = 0,002). Psikolojik şiddet uygulayan kadınların %62,26'sı, erkeklerin ise %37,10'u psikiyatrik eş tanı almıştır.

Fiziksel şiddet uygulayanlar incelendiğinde kadınlarda erkeklere göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek eş tanı alma oranı saptanmıştır (p = 0,003). Fiziksel şiddet uygulayan kadınların %65,85'i, erkeklerin %35,48'i psikiyatrik eş tanı almıştır.

Cinsel şiddete uygulayanlar incelendiğinde kadınlarda erkeklere göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek eş tanı alma oranı saptanmıştır (p = 0,037). Cinsel şiddet uygulayan kadınların %75'i, erkeklerin ise %45,1'i psikiyatrik eş tanı almıştır.

Yaralanma uygulayanlar incelendiğinde kadınlar ile erkekler arasında psikiyatrik eş tanı alma oranları arasında istatistiksel olarak anlamlı düzeyde bir fark saptanmamıştır (p=0,152). Yaralanma uygulayanı olan kadınların %65'i, erkeklerin ise %42,11'i psikiyatrik eş tanı almıştır. Tablo 7'de YPŞ uygulayanları arasında psikiyatrik eş tanı alma oranlarının cinsiyete göre karşılaştırılmasına yer verilmiştir.

Tablo 7: YPŞ Uygulayanlar Arasında Psikiyatrik Eş Tanı Alma Oranlarının Cinsiyete Göre Karşılaştırılması

YPŞ Uygulayan	Kadın		Erkek		p	
	n	%	n	%		
Uzlaşma					12,555 ^a	0,001**
Eş tanı yok	20	%37,74	96	%65,75		
Eş tanı var	33	%62,26	50	%34,25		
Psikolojik Şiddet					9,517 ^a	0,002**
Eş tanı yok	20	%37,74	78	%62,90		
Eş tanı var	33	%62,26	46	%37,10		
Fiziksel Şiddet					9,127 ^a	0,003*
Eş tanı yok	14	%34,15	40	%64,52		
Eş tanı var	27	%65,85	22	%35,48		
Cinsel Şiddet					4,365 ^a	0,037*
Eş tanı yok	4	%25,00	28	%54,90		
Eş tanı var	12	%75,00	23	%45,10		
Yaralanma					2,055 ^a	0,152
Eş tanı yok	7	%35,00	11	%57,89		
Eş tanı var	13	%65,00	8	%42,11		

*p<0,05, **p<0,001, a:Fisher Exact Test, b:Pearson Ki-kare Testi, YPŞ: Yakın partner şiddeti

4.2.3.4 Yakın partner şiddetinde bağımlılık şiddeti ve çocukluk çağı travmalarının öngörücü etkisinin değerlendirilmesi:

Uzlaşma teklifi ile gitmek açısından öngörücü faktörleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizinde: Oluşturulan modelde BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ toplam skoru yer almaktadır. Analizin sonuçları, öngörücülerin bir set olarak önemli ölçüde öngördüğünü gösterdi ($p<0,001$, Nagelkerke $R^2 = 0.080$). Modelin uyum iyiliği Hosmer-Lemeshow 'e göre sağlanmıştır ($\chi^2: (8) = 3.928$, $p = 0,864$). Modelde yer alan öngörücüler YPŞ uzlaşma teklifi gidenleri öngörme açısından öngörücü faktörler olarak saptanmamıştır. Tablo 8'de YPŞ uzlaşma teklifinde bulunanlar için BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ açısından risk skoru hesabına yer verilmiştir.

Tablo 8: YPŞ Uzlaşma Teklifinde Bulunanlar İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı

YPŞ Uzlaşma Teklifinde	95%	
Bulunan	Güven Aralığı	
Odds Ratio (OR)	Alt- Üst	p

BAPİ Toplam	0,740	0,507 – 1,081	0,119
ÇÇTÖ Toplam	1,000	0,938 – 1,067	0,997

* $p < 0,05$, Nagelkerke $R^2 = 0.080$, Hosmer–Lemeshow test: $\chi^2: (8) = 3.928$, $p = 0.864$. YPŞ:Yakın Partner Şiddeti, BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Uzlaşma teklifi alma açısından öngörücü faktörleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizinde: Oluşturulan modelde BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ toplam skoru yer almaktadır. Analizin sonuçları, öngörücülerin bir set olarak önemli ölçüde öngördüğünü gösterdi ($p < 0,001$, Nagelkerke $R^2 = 0.169$). Modelin uyum iyiliği Hosmer-Lemeshow 'e göre sağlanmıştır ($\chi^2: (8) = 1.561$, $p = 0,992$). BAPİ toplam puanının (OR: 0,592, %95CI: 0,366 – 0,957) önemli ölçüde öngörücü faktör olduğu belirlendi. Tablo 9’da YPŞ uzlaşma alanlar için BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ açısından risk skoru hesabına yer verilmiştir

Tablo 9: YPŞ Uzlaşma Teklifi Alanlar İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı

YPŞ Uzlaşma Teklifi Alan		95% Güven Aralığı	
	Odds Ratio (OR)	Alt- Üst	p
BAPİ Toplam	0,592	0,366 – 0,957	0,032*
ÇÇTÖ Toplam	1,007	0,937 – 1,081	0,857

* $p < 0,05$, Nagelkerke $R^2 = 0.169$, Hosmer–Lemeshow test: $\chi^2: (8) = 1.561$, $p = 0,992$. YPŞ:Yakın Partner Şiddeti, BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Psikolojik şiddet uygulayıcısı olmak açısından öngörücü faktörleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizinde: Oluşturulan modelde BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ toplam skoru yer almaktadır. Analizin sonuçları, öngörücülerin bir set olarak önemli ölçüde öngördüğünü gösterdi ($p < 0,001$, Nagelkerke $R^2 = 0.090$). Modelin uyum iyiliği Hosmer-Lemeshow 'e göre sağlanmıştır ($\chi^2: (8) = 14.790$, $p = 0,063$). ÇÇTÖ’nün toplam puanının (OR: 1,057, %95CI: 1,015- 1,100) önemli ölçüde öngörücü faktör

olduğu belirlendi. Tablo 10’da YPŞ psikolojik şiddet uygulayanlar için için BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ açısından risk skoru hesabına yer verilmiştir

Tablo 10: YPŞ Psikolojik Şiddet Uygulayanlar İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı

YPŞ Psikolojik Şiddet Uygulayan	Odds Ratio (OR)	95% Güven Aralığı	
		Alt- Üst	p
BAPİ Toplam	1,031	0,930- 1,142	0,562
ÇÇTÖ Toplam	1,057	1,015- 1,100	0,007*

* $p < 0,05$, Nagelkerke $R^2 = 0.090$, Hosmer–Lemeshow test: $\chi^2: (8) = 14.790$, $p = 0.063$. YPŞ:Yakın Partner Şiddeti, BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Psikolojik şiddet mağduru olmak açısından öngörücü faktörleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizinde: Oluşturulan modelde BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ toplam skoru yer almaktadır. Analizin sonuçları, öngörücülerin bir set olarak önemli ölçüde öngördüğünü gösterdi ($p < 0,001$, Nagelkerke $R^2 = 0.068$). Modelin uyum iyiliği Hosmer-Lemeshow 'e göre sağlanmıştır ($\chi^2: (8) = 10.191$, $p = 0,252$). ÇÇTÖ toplam puanının (OR: 1,034, %95CI: 1,001- 1,068) önemli ölçüde öngörücü faktör olduğu belirlendi. Tablo 11’de YPŞ psikolojik şiddet mağdurları için BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ açısından risk skoru hesabına yer verilmiştir

Tablo 11: YPŞ Psikolojik Şiddet Mağdurları İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı

YPŞ Psikolojik Şiddet Mağdur	Odds Ratio (OR)	95% Güven Aralığı	
		Alt- Üst	p
BAPİ Toplam	1,078	0,984- 1,182	0,106
ÇÇTÖ Toplam	1,034	1,001- 1,068	0,045*

* $p < 0,05$, Nagelkerke $R^2 = 0.068$, Hosmer–Lemeshow test: $\chi^2: (8) = 10.191$, $p = 0.252$. YPŞ:Yakın Partner Şiddeti, BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Fiziksel şiddet uygulayanı olmak açısından öngörücü faktörleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizinde: Oluşturulan modelde BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ toplam skoru yer almaktadır. Analizin sonuçları, öngörücülerin bir set olarak önemli ölçüde öngördüğünü gösterdi ($p < 0,001$, Nagelkerke $R^2 = 0.0107$). Modelin uyum iyiliği Hosmer-Lemeshow 'e göre sağlanmıştır ($\chi^2: (8) = 6.157$, $p = 0,630$). ÇÇTÖ toplam puanının (OR: 1,045, %95CI: 1,021- 1,069) önemli ölçüde öngörücü faktör olduğu belirlendi. Tablo 12’de YPŞ fiziksel şiddet uygulayanlar için BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ açısından risk skoru hesabına yer verilmiştir

Tablo 12: YPŞ Fiziksel Şiddet Uygulayanlar İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı

YPŞ Fiziksel Şiddet Uygulayan	Odds Ratio (OR)	95% Güven Aralığı	
		Alt- Üst	p
BAPİ Toplam	0,999	0,928- 1,076	0,988
ÇÇTÖ Toplam	1,045	1,021- 1,069	0,000*

* $p < 0,05$, Nagelkerke $R^2 = 0.107$, Hosmer–Lemeshow test: $\chi^2: (8) = 6.157$, $p = 0.630$. YPŞ:Yakın Partner Şiddeti, BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Fiziksel şiddet mağduru olmak açısından öngörücü faktörleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizinde: Oluşturulan modelde BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ toplam skoru yer almaktadır. Analizin sonuçları, öngörücülerin bir set olarak önemli ölçüde öngördüğünü gösterdi ($p < 0,001$, Nagelkerke $R^2 = 0.097$). Modelin uyum iyiliği Hosmer-Lemeshow 'e göre sağlanmıştır ($\chi^2: (8) = 2.760$, $p = 0.949$). ÇÇTÖ toplam puanının (OR: 1,043, %95CI: 1,019- 1,067) önemli ölçüde öngörücü faktör olduğu belirlendi. Tablo 13’te YPŞ fiziksel şiddet mağdurları için BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ açısından risk skoru hesabına yer verilmiştir.

Tablo 13: YPŞ Fiziksel Şiddet Mağdurları İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı

YPŞ Fiziksel Şiddet Mağdur	Odds Ratio (OR)	95% Güven Aralığı	
		Alt- Üst	p

BAPİ Toplam	0,981	0,911- 1,056	0,608
ÇÇTÖ Toplam	1,043	1,019- 1,067	0,000*

* $p<0,05$, Nagelkerke $R^2=0.097$, Hosmer–Lemeshow test: $\chi^2: (8) = 2.760$, $p = 0.949$. YPŞ: Yakın Partner Şiddeti, BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Cinsel şiddet uygulayan olmak açısından öngörücü faktörleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizinde: Oluşturulan modelde BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ toplam skoru yer almaktadır. Analizin sonuçları, öngörücülerin bir set olarak önemli ölçüde öngördüğünü gösterdi ($p<0,001$, Nagelkerke $R^2 = 0.032$). Modelin uyum iyiliği Hosmer-Lemeshow 'e göre sağlanmıştır ($\chi^2: (8) = 10.887$, $p = 0,208$). Modelde yer alan öngörücüler YPŞ cinsel şiddet uygulayıcı öngörme açısından öngörücü faktörler olarak saptanmamıştır. Tablo 14'te YPŞ cinsel şiddet uygulayanlar için BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ açısından risk skoru hesabına yer verilmiştir.

Tablo 14: YPŞ Cinsel Şiddet Uygulayanlar İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı

YPŞ Cinsel Şiddet Uygulayan	95% Güven Aralığı		
	Odds Ratio (OR)	Alt- Üst	p
BAPİ Toplam	1,048	0,968- 1,135	0,250
ÇÇTÖ Toplam	1,017	0,997- 1,038	0,093

* $p<0,05$, Nagelkerke $R^2=0.032$, Hosmer–Lemeshow test: $\chi^2: (8) = 10.887$, $p = 0.208$. YPŞ: Yakın Partner Şiddeti, BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Cinsel şiddet mağduru olmak açısından öngörücü faktörleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizinde: Oluşturulan modelde BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ toplam skoru yer almaktadır. Analizin sonuçları, öngörücülerin bir set olarak önemli ölçüde öngördüğünü gösterdi ($p<0.001$, Nagelkerke $R^2 = 0.032$). Modelin uyum iyiliği Hosmer-Lemeshow 'e göre sağlanmıştır ($\chi^2: (8) = 4.932$, $p = 0,0765$). ÇÇTÖ toplam puanının (OR: 1,022, %95CI: 1,002- 1,043) önemli ölçüde öngörücü faktör olduğu belirlendi. Tablo 15'te YPŞ cinsel şiddet mağdurları için BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ açısından risk skoru hesabına yer verilmiştir

Tablo 15: YPŞ Cinsel Şiddet Mağdurları İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı

YPŞ Cinsel Şiddet Mağdur		95% Güven Aralığı	
	Odds Ratio (OR)	Alt- Üst	p
BAPİ Toplam	0,996	0,926- 1,071	0,910
ÇÇTÖ Toplam	1,022	1,002- 1,043	0,030*

* $p<0,05$, Nagelkerke $R^2 = 0.032$, Hosmer–Lemeshow test: $\chi^2: (8) = 4.932$, $p = 0.0765$. YPŞ: Yakın Partner Şiddeti, BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Yakın partner şiddeti sonrası yaralanmaya yol açma açısından öngörücü faktörleri belirlemek için lojistik regresyon analizi yapılmıştır. Oluşturulan modelde BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ toplam skoru yer almaktadır. Analizin sonuçları, öngörücülerin bir set olarak önemli ölçüde öngördüğünü gösterdi ($p<0,001$, Nagelkerke $R^2 = 0,127$). Modelin uyum iyiliği Hosmer-Lemeshow 'e göre sağlanmıştır ($\chi^2: (8) = 6.883$, $p = 0,549$). ÇÇTÖ toplam puanının (OR: 1,049, %95CI: 1,024- 1,074) önemli ölçüde öngörücü faktör olduğu belirlendi. Tablo 16’da YPŞ sonrası yaralanmaya neden olanlar için BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ açısından risk skoru hesabına yer verilmiştir.

Tablo 16: YPŞ Sonrası Yaralanmaya Neden Olanlar İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı

YPŞ Yaralanma Uygulayan		95% Güven Aralığı	
	Odds Ratio (OR)	Alt- Üst	p
BAPİ Toplam	1,009	0,914- 1,114	0,856
ÇÇTÖ Toplam	1,049	1,024- 1,074	0,000*

* $p < 0,05$, Nagelkerke $R^2 = 0.127$, Hosmer–Lemeshow test: $\chi^2: (8) = 6.883$, $p = 0.549$. YPŞ: Yakın Partner Şiddeti, BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

Yakın partner şiddeti sonrası yaralanmış olma açısından öngörücü faktörleri belirlemek için yapılan lojistik regresyon analizinde: Oluşturulan modelde BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ toplam skoru yer almaktadır. Analizin sonuçları, öngörücülerin bir set olarak önemli ölçüde öngördüğünü gösterdi ($p < 0,001$, Nagelkerke $R^2 = 0,111$). Modelin uyum iyiliği Hosmer-Lemeshow 'e göre sağlanmıştır ($\chi^2: (8) = 6.196$, $p = 0,0625$). ÇÇTÖ toplam puanının (OR: 1,044, %95CI: 1,022- 1,068) önemli ölçüde öngörücü faktör olduğu belirlendi. Tablo 17’de YPŞ sonrası yaralananlar için BAPİ ölçeği ve ÇÇTÖ açısından risk skoru hesabına yer verilmiştir.

Tablo 17: YPŞ Sonrası Yaralananlar İçin BAPİ Ölçeği ve ÇÇTÖ Açısından Risk Skoru Hesabı

YPŞ Yaralanma Mağdur	Odds Ratio (OR)	95% Güven Aralığı	
		Alt- Üst	p
BAPİ Toplam	0,991	0,914- 1,074	0,823
ÇÇTÖ Toplam	1,044	1,022- 1,068	0,000*

* $p < 0,05$, Nagelkerke $R^2 = 0.111$, Hosmer–Lemeshow test: $\chi^2: (8) = 6.196$, $p = 0.0625$. YPŞ: Yakın Partner Şiddeti, BAPİ: Bağımlılık Profil İndeksi, ÇÇTÖ: Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği

4.2.3.5 Yakın partner şiddetinin tek yönlü, iki yönlü yaşandığı ve hiç yaşanmamış olduğu grupların karşılaştırılması:

Tüm örnekleme, YPŞ’nin tek yönlü, iki yönlü şiddet yaşandığı ve hiç yaşanmamış olduğu grupların karşılaştırılmasında: Katılımcıların %1,9’unda uzlaşma yaşanmamıştır. %1,0’ı tek yönlü, %97,1’inde iki yönlü yaşanmıştır. Psikolojik şiddetin yaşanmadığı grup %12,1; tek yönlü yaşandığı %5,3; iki yönlü yaşandığı %82,5 oranında görülmüştür. Fiziksel şiddet yaşanmadığı grup %40,8; tek yönlü yaşandığı %14,6; iki yönlü yaşandığı %44,7 oranında saptanmıştır. Cinsel şiddet, katılımcıların %49,5’i yaşanmamış olduğu grupta, %24,8’inde tek yönlü ve %25,7’sinde iki yönlü yaşandığı görülmüştür. Yaralanma katılımcıların %66’sında yaşanmamış olup; %18,4 tek yönlü; %15,5 oranında iki yönlü yaşandığı görülmüştür.

Tablo 18’de tüm örneklemin YPŞ yaşanmadığı, tek yönlü ve iki yönlü yaşandığı gruplar arasındaki karşılaştırmaya yer verilmiştir.

Tablo 18: Tüm Örneklem İçerisinde YPŞ’nin Tek Yönlü, İki Yönlü Yaşandığı ve Hiç Yaşanmamış Olan Grupların Karşılaştırılma

	YPŞ Olmayan		YPŞ Tek Yönlü		YPŞ İki Yönlü	
	n	%	n	%	n	%
YPŞ Uzlaşma	4	%1,9	2	%1,0	200	%97,1
YPŞ Psikolojik Şiddet	25	%12,11	11	%5,3	170	%82,5
YPŞ Fiziksel Şiddet	84	%40,8	30	%14,6	92	%44,7
YPŞ Cinsel Şiddet	102	%49,5	51	%24,8	53	%25,7
YPŞ Yaralanma	136	%66,0	38	%18,4	32	%15,5

YPŞ: Yakın Partner Şiddeti, n: sayı, %:yüzde

4.2.3.6 Bağımlılık Şiddeti Profil İndeksi ve Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeği puanlarının yakın partner şiddetinin tek yönlü, iki yönlü yaşandığı ve hiç yaşanmamış olduğu gruplar arasında karşılaştırılması

Tek yönlü, iki yönlü YPŞ ve YPŞ’nin hiç yaşanmadığı gruplar arasında uzlaşma, psikolojik şiddet, fiziksel şiddet, cinsel şiddet ve yaralanma alt ölçeklerinde BAPİ puanlarının karşılaştırılmasında anlamlı bir fark saptanmamıştır ($p>0.05$). Tablo 20’de BAPİ puanlarının YPŞ yaşanmamış grup, tek yönlü YPŞ ve iki yönlü YPŞ grupları arasındaki karşılaştırmaya yer verilmiştir.

Tablo 19: YPŞ olmaması, tek yönlü veya iki yönlü olması durumlarına göre BAPİ ölçek puanlarının karşılaştırılması

	YPŞ Olmayan	YPŞ Tek Yönlü	YPŞ İki Yönlü	p ¹
	Mean (Q1-Q3)	Mean (Q1-Q3)	Mean (Q1-Q3)	
YPŞ Uzlaşma	16,84 (15,50-18,50)	15,25 (15,25 - *)	13,25 (11,35-15,97)	0,072

YPŞ Psikolojik Şiddet	12,60 (9,75-15,98)	11,11 (7,54-15,29)	13,58 (11,80-16,14)	0,191
YPŞ Fiziksel Şiddet	13,23 (11,11-16,04)	13,39 (9,30-17,05)	13,42 (11,49-15,96)	0,952
YPŞ Cinsel Şiddet	13,05 (10,37-16,00)	13,69 (11,45-16,19)	13,55 (11,72-15,97)	0,739
YPŞ Yaralanma	13,36 (11,70-15,98)	12,61 (10,25-15,54)	14,12 (11,63-16,72)	0,128

p¹: YPŞ olmayan, YPŞ tek yönlü olan ve YPŞ iki yönlü olanla karşılaştırılması

Tek yönlü, iki yönlü YPŞ ve YPŞ'nin hiç yaşanmadığı gruplar arasında ÇÇTÖ puanlarının karşılaştırılmasında; fiziksel şiddet açısından iki yönlü YPŞ olan grup YPŞ olmayan gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptanmıştır. Yaralanma açısından incelendiğinde iki yönlü YPŞ, tek yönlü YPŞ ve YPŞ'nin hiç yaşanmadığı gruba göre istatistiksel anlamlı olarak daha yüksek saptanmış YPŞ olmayan ve tekli grup açısından istatistiksel olarak anlamlı fark saptanmamıştır (p<0.001). Bununla birlikte, diğer alt ölçekler (uzlaşma, psikolojik şiddet, cinsel şiddet) açısından gruplar arasında anlamlı bir fark saptanmamıştır (p>0,05). Tablo 21'de ÇÇTÖ puanlarının YPŞ yaşanmamış grup, tek yönlü YPŞ ve iki yönlü YPŞ grupları arasındaki karşılaştırmaya yer verilmiştir.

Tablo 20: YPŞ olmaması, tek yönlü veya iki yönlü olması durumlarına göre ÇÇTÖ ölçek puanlarının karşılaştırılması

	YPŞ Olmayan	YPŞ Tek Yönlü	YPŞ İki Yönlü	p ¹	p ²	p ³	p ⁴
	Mean (Q1-Q3)	Mean (Q1-Q3)	Mean (Q1-Q3)				
YPŞ Uzlaşma	47,50(41,75-52,25)	41,50 (41,00-*)	44,80 (34,00-50,00)	0,581			

YPŞ Psikolojik Şiddet	38,20 (30,50- 46,00)	40,55 (30,00- 49,00)	46,07 (35,00- 52,00)	0,052			
YPŞ Fiziksel Şiddet	39,71 (31,00- 46,75)	45,27 (35,00- 50,50)	49,34 (37,00- 57,00)	<0,001*	0,092	<0,001*	1,000
YPŞ Cinsel Şiddet	42,19 (32,00- 50,00)	46,76 (34,00- 52,00)	48,02 (35,50- 55,00)	0,126			
YPŞ Yaralanma	42,13 (33,25- 49,00)	44,03 (31,75- 52,00)	57,22(44,25- 70,00)	<0,001*	1,000	<0,001*	0,006*

p¹: YPŞ olmayan, YPŞ tek yönlü olan ve YPŞ iki yönlü karşılaştırılması

p²: YPŞ olmayan ve YPŞ tek yönlü karşılaştırılması

p³: YPŞ olmayan ve YPŞ iki yönlü karşılaştırılması

p⁴: YPŞ tek yönlü ve YPŞ iki yönlü karşılaştırılması

-p¹ için Kruskal Wallis testi kullanıldı.

-p², p³ ve p⁴ için p<0,017 olarak Benferroni düzeltmesi uygulanmıştır.

* p<0,05 istatistiksel olarak anlamlıdır.

5. TARTIŞMA

Araştırmamıza, Erenköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi AMATEM yataklı servisi ve polikliniğine MKB tanısıyla başvuran ardışık 153 erkek ve 53 kadın hasta dahil edilmiştir. Bu hasta grubunda, YPŞ ile eşlik eden psikiyatrik eş tanıların kadın ve erkekler arasındaki farklılıkları incelenmiş; ayrıca YPŞ'nin ÇÇT ve bağımlılık şiddeti ile olan ilişkisi araştırılmıştır. Araştırmamızda, kadınların ÇÇYÖ'nün psikolojik şiddet, fiziksel şiddet ve yaralanma alt ölçeklerinde hem YPŞ mağduru hem de şiddet uygulayanı olma oranlarının erkeklere kıyasla daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Psikiyatrik eş tanı oranları incelendiğinde, yaralanma alt ölçeği hariç tüm alt ölçeklerde hem YPŞ mağduru hem de şiddet uygulayanı olan kadınların, erkeklere kıyasla daha fazla eş tanı aldığı belirlenmiştir. Cinsiyet farkı gözetilmeksizin tüm örneklem incelendiğinde, YPŞ'nin hiç yaşanmadığı, tek yönlü yaşandığı ve iki yönlü yaşandığı gruplar karşılaştırıldığında, en fazla görülen YPŞ türünün iki yönlü YPŞ olduğu belirlenmiştir. Bağımlılık

şiddetinin, YPŞ mağduru ya da şiddet uygulayanı olmayı öngören bir faktör olmadığı; ancak ÇÇT'nin, cinsel şiddet uygulayanı olma dışında, YPŞ'nin hem mağduru hem de uygulayanı olma açısından önemli bir öngörücü faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır.

5.1 SOSYODEMOGRAFİK VERİLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Örneklemimizde hastaların yaş ortalaması $32,41 \pm 9,14$ olarak saptanmıştır. 2024 Türkiye Uyuşturucu Raporu'na göre 2023 yılında madde kullanımı nedeniyle tedaviye başvuranların yaş ortalaması 29,78'dir ve tedaviye başvuran kişilerin çoğunlukla 25-34 yaş grubu arasında olduğu saptanmıştır (160). Türkiye'de yapılan başka bir çalışmada yaş ortalaması 31,5 olarak bulunmuştur (161). Örneklemimizin yaş ortalaması literatür ile uyumludur. Bununla birlikte, örneklemimizde yaş ortalamasının biraz daha yüksek olması, merkezimizin 3. basamak bir dal hastanesi olması nedeniyle daha ileri yaş gruplarından bireylerin çalışmamıza dahil edilmesiyle ilişkilendirilebilir.

Cinsiyet dağılımı açısından çalışmamızda hastaların %25,7'si kadın, %74,3'ü erkek olarak saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir araştırmada, madde kullanımının erkekler arasında kadınlara oranla daha yaygın olduğu tespit edilmiştir. Özellikle esrar ve kokain gibi maddelerin kullanımının erkeklerde kadınlara kıyasla yaklaşık üç kat daha fazla olduğu belirlenmiştir (162). Avrupa 2022 Uyuşturucu Raporu'na göre madde kullanımının erkeklerde (50,5 milyon) kadınlara (33 milyon) oranla daha fazla olduğu saptanmıştır (65). 1990 ile 2016 arasında yapılan, 195 ülkeye ait çalışmanın incelendiği bir çalışmaya göre MKB prevalansının erkeklerde kadınlara göre 1,5 ile 2,3 kat daha yüksek olduğu tahmin edilmektedir (163). Örneklem grubumuzun yaş ortalaması ve cinsiyet dağılımı literatürle uyumludur. Yapılan bazı çalışmalarda geçmişten günümüze MKB'nin erkeklerde kadınlardan daha fazla olduğu ancak son zamanlarda bu farkın giderek azaldığı sonucuna ulaşılmıştır (7,164). Eslek ve çalışma arkadaşları, ülkemizdeki tedavi programlarında kadın hasta oranının erkek hasta oranına kıyasla oldukça düşük olduğunu ve kadınların tedaviye erişim ile tedaviyi sürdürmede daha fazla zorluk yaşadıklarını vurgulamışlardır (165). Dünya genelinde, bağımlılık tedavi programlarında cinsiyete özel yaklaşımların eksikliği, damgalanma

endişesi ve yaşam tarzına bağlı diğer engellerin, kadınların tedaviye katılım oranlarını düşürdüğü düşünülmektedir (165).

Hasta grubumuzun eğitim düzeyine bakıldığında %2,9'u okur-yazar, %10,2'si ilkokul mezunu, %41,3'ü ortaokul mezunu, %33,5'i lise mezunu ve %12,1'i üniversite mezunu olarak saptanmıştır, literatürde ülkemizde ve dünyada yapılan çalışmaların sonuçlarıyla uyumludur. 2024 Türkiye Uyuşturucu raporu verilerinde: 2023 yılında tedavi gören hastaların eğitim durumları incelendiğinde, katılımcıların %7,7'sinin yükseköğretim mezunu, %53,5'inin ortaöğretim mezunu, %37,5'inin ilköğretim mezunu ve %1,3'ünün ise hiç okula gitmediği tespit edilmiştir (160). AMATEM kliniğinde tedavi gören 141 katılımcıyla yapılan bir araştırmada, katılımcıların %91,5'inin lise ve daha düşük eğitim seviyesine sahip olduğu belirlenmiştir (161). Türkiye'de yapılan bir başka çalışmada alınan sonuçlar eğitim düzeyinin düşük olmasının bağımlılık için zemin oluşturduğu düşüncesini destekler niteliktedir (166). ABD'de yapılan bir çalışmada lise diplomasına sahip olmamanın, üniversite diploması olan bireylere kıyasla ilerleyen dönemde MKB geliştirme riskini 3-4 kat artırdığı tespit edilmiştir (167). Eğitim düzeyi hem alınan toplam eğitim yılı hem de eğitim seviyesi açısından değerlendirildiğinde, madde kullanımı ve bu kullanımın yol açtığı sorunlarla ters orantılı bir ilişki göstermektedir (168). Araştırmanın tedaviye başvuran hastalar üzerinde yapıyor olması ve örneklemimizin %45'inin lise ve üzeri eğitim seviyesine sahip olması, eğitim seviyesinin madde kullanımının yol açtığı sorunlara dair farkındalık yaratmada ve hastaları tedavi arayışına yönlendirmede etkili olduğunu göstermektedir.

Örneklemimizin %31,6'sının çalışmadığı anlaşılmıştır ve geri kalanı işçi olarak ya da farklı meslek gruplarında çalışmaktadır. 2023 yılında tedavi gören kişilerin iş durumları incelendiğinde, katılımcıların %14,3'ünün işsiz, %45'inin düzenli bir işine sahip olmadığı, %36,5'inin düzenli bir işinin olduğu ve %3,5'inin ise öğrenci olduğu tespit edilmiştir (160). Çeşitli araştırmalar, MKB tanısı olan bireyler arasında işsizlik oranlarının %12 ile %38 arasında değiştiğini ortaya koymuştur (169,170). MKB tanılı bireylerin, erken emekli olma, işsiz kalma, düşük gelir seviyesine sahip olma ve sosyal yardıma ihtiyaç duyma olasılıklarının daha yüksek olduğu belirtilmektedir (171).

Medeni durum açısından, çalışmamızda hastaların %62,1'inin bekar, %28,2'sinin evli, %7,8'inin ise boşanmış olduğu tespit edilmiştir. Aynı zamanda örneklemimizin %68,9'unun çocuğunun olmadığı; %31,1'inin çocuk sahibi olduğu saptanmıştır. Ülkemizde yapılan bir çalışmada katılımcıların %49,2'sinin; yurtdışında madde kullanan hastalarla yapılan bir çalışmada da %57,5'inin bekar olduğu saptanmıştır (172), (173). Maddeyi bırakmış olan ve kullanan kişilerle yapılan bir çalışmada madde kullananların %76,4' ünün çocuk sahibi olmadığı sonucuna varılmıştır (174). Örneklemimizin çoğunluğunun bekar ve çocuk sahibi olmaması literatürü destekler niteliktedir. Yapılan araştırmalarda evli olmanın ve geniş bir aile içinde bulunmanın MKB'ya karşı koruyucu bir faktör olduğu belirtilmiş olup; örneklemimizin çoğunlukla bekar ve çocuğu olmayan kişilerden oluşmuş olması MKB'ye karşı bu koruyucu faktörlere sahip olmayabileceğini düşündürmüştür (175,176). Aynı zamanda örneklemimizin çoğunluğunun bekar olması ve çocuk sahibi olmamasının nedeni madde kullanımının evlilik, evliliği sürdürme ve çocuk sahibi olma gibi sorumlulukları yerine getirmeyi zorlaştırması olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda, hastaların %85'inin herhangi bir tıbbi hastalığı bulunmazken, %15'inin tıbbi hastalığı olduğu saptanmıştır. Sürekli madde kullanımı ve MKB, vücudun pek çok organ ve sisteminde zarar oluşturabilir. Bu etkiler, birden fazla sağlık sorununa neden olabileceği gibi, enfeksiyonlara yakalanma olasılığını da yükseltebilir (177). 2018 yılında yapılan bir çalışmada, alkol/madde kullanım bozukluklarının (sigara dahil), kronik hastalıklarla çoklu komorbidite gösterdiği ve bu durumun hastaneye yatış için güçlü bir öngörücü olduğu sonucuna ulaşılmıştır (178). Örneklemimiz genç hastalardan oluştuğu için henüz MKB kaynaklı sağlık sorunlarının ortaya çıkmamış olabileceği düşünülmüştür.

Çalışmamızda ailede psikiyatrik hastalık ve alkol madde kullanımı ile ilgili soy geçmiş analizi yapıldığında %71,8'inde soy geçmiş özelliği bulunmadığı, %17,0'inde yalnızca alkol-madde kullanımı ile ilgili soy geçmiş, %5,8'inde hem psikiyatrik hastalık hem de alkol madde kullanımı ile ilgili aile öyküsü saptanmıştır. Ailede madde kullanımının olması, genetik faktörler, sosyal öğrenme ve olumsuz aile koşullarının bazı kişilik bozukluklar ve psikiyatrik hastalıklar meydana getirmesi yoluyla kişide MKB ortaya çıkmasına neden olduğu belirtilmiştir (179, 180). Yapılan bir çalışmada

da verilerimize benzer şekilde, madde kullanan ergenlerin %19'unun aile üyelerinden en az birinin madde kullandığı tespit edilmiştir (181).

Çalışmamızda adli öyküye sahip hastaların oranı %56,8 olup, %43,2'sinde böyle bir öykü bulunmamıştır. Adli öyküsü olanların %50,0'sinde alkol madde kullanımı ile ilişkili adli öykü bulunmuştur. Madde kullanımı ile suç işleme davranışı arasındaki ilişki, literatürde sıkça incelenen bir konudur (182). Son 10 yılda gerçekleştirilen 61 çalışmayı kapsayan bir meta-analiz, madde kullanımı ile suç işleme davranışı arasında bir bağlantı olduğunu ortaya koymuştur (183). Ülkemizde cezaevlerinde yapılan bir çalışmada madde kullanımının genellikle suç işleme davranışından önce olduğu sonucuna varılmıştır (184). Ülkemizde yapılan bir çalışmada, çalışmamıza uygun olarak MKB tanılı hastaların %52,2'sinde suç öyküsü saptanmıştır (185).

5.2 ÖLÇEKLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

5.2.1 Yakın Partner Şiddeti ve Madde Kullanım Bozukluğu Arasındaki İlişkinin İncelenmesi

Örnekleminizin tamamı incelendiğinde, %80,8'inin ilişkisinde YPŞ yaşamış olduğu bulunmuştur. Bu bulgu, literatürde madde kullanımının hem YPŞ uygulayan hem de mağdurları arasında yaygın olduğunu gösteren çalışmalarla uyumludur (186,187). MKB tedavisi alan hastalar yapılan araştırmalar, geçen yıl içinde YPŞ yaşama oranlarının çoğunlukla %50'yi aştığını göstermektedir (188,189). Toplumdaki örneklerde görülen yaklaşık %16–20 oranına kıyasla bu değer oldukça yüksektir (190,191).

Çalışmamızda hem şiddet uygulayan hem de mağdur olarak en çok deneyimlenen şiddet türü psikolojik şiddet olup; örnekleminizin %87,89'u psikolojik şiddet deneyimlemiştir. MKB tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada, psikolojik şiddet uygulayan ve mağduru oranları %87 olarak saptanmıştır ve çalışmamızın sonuçlarıyla uyumludur (9). Bu durum psikolojik şiddetin bireyler arasında çok yaygın olduğunu gösterir. Diğer şiddet türlerinin gerçekleşmesinden önce psikolojik şiddetin yaşanmış olabileceği düşünülmüş olup; psikolojik YPŞ'nin erken dönemde tanınması ve bu

konuda yapılacak müdahaleler, ilişkinin diğer şiddet türlerine evrilmesinin önüne geçebilir (192).

Fiziksel şiddet uygulayanların oranı yaklaşık %50 ve fiziksel şiddet mağduru olanların oranı yaklaşık %53 olarak saptanmıştır. Önceki çalışmalarla uyumlu olarak, MKB tedavisi alan erkek ve kadınların fiziksel şiddet oranlarının %50'yi aştığı ve toplum temelli örneklemelerde görülen oranlardan daha yüksek olduğu gözlemlenmiştir (193–196). Bu durum MKB tanılı bireylerde fiziksel şiddetin topluma göre daha fazla görüldüğünü doğrulamaktadır.

Örneklemimizde cinsel şiddet uygulama oranı yaklaşık %33 ve cinsel şiddet mağduru olma oranı yaklaşık %43 olarak saptanmıştır. MKB tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada cinsel şiddet uygulayanların oranı %40 olarak; bir başka çalışmada MKB tanılı hastalarda cinsel şiddet uygulayanların ve mağdurlarının oranı yaklaşık %33 olarak saptanmıştır (5,9). Türkiye’de toplum temelli örneklemle yapılan bir çalışmada kadınlarda cinsel şiddet mağduriyeti oranı %14 olarak saptanmıştır (197). MKB’nin cinsel şiddeti, maddenin etkisi ile şiddete başvurma eşiğini düşürerek arttırabileceği belirtilmiştir (198). Ancak başka bir çalışmada ise MKB’nin YPŞ’de cinsel şiddetin olma ihtimalini arttırmadığı belirtilmiştir (199). Literatürdeki çalışmalar partnerler arasındaki cinsel şiddeti çoğunlukla kadınlar üzerinde ve mağduriyet oranları baz alınarak ayrıca fiziksel şiddet ile aynı kategoride araştırmıştır. Bu durum cinsel şiddetin yaygınlığının ve MKB ile ilişkisinin anlaşılmasına engel olmuştur. Bizim çalışmamızda literatürdeki bazı çalışmalara uygun olarak; MKB, cinsel şiddetin görülme oranlarının yüksek olmasına neden olmuş olabilir. Ancak MKB ve partnerler arasındaki cinsel şiddet arasındaki ilişkiyi daha iyi anlayabilmek için her iki cinsiyeti ele alan daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır.

Çalışmamızda, ÇÇYÖ’nün yaralanma alt ölçeğinde şiddet uygulayanların oranı yaklaşık %18 iken mağdurların oranı ise yaklaşık %30 olarak saptanmıştır. Çalışmamızdaki şiddet sonrası yaralanmaya neden olma oranları, ÇÇYÖ’nün güvenilirlik ve geçerlilik çalışmasındaki normatif üniversite öğrencisi örnekleminde belirtilen %13’lük oranından yüksek bulunmuştur (200). Örneklemimizdeki şiddet mağduriyeti sonrası yaralanma oranları ise, toplum örneklemelerindeki şiddet sonrası yaralanmanın incelendiği çalışmalardaki %10–15 oranlarına göre daha yüksek

bulunmuştur (201,202). MKB tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada katılımcıların %32'sinden fazlasının partnerlerini yaraladığını, %33'ünün ise partnerlerinin şiddet uygulaması sonrası yaralandığını ifade etmiştir (193). MKB tanılı hastalarla yapılan bir başka çalışmada YPŞ mağduriyeti sonrası yaralanma oranı %23,8'ken; şiddet uygulama sonrası partnerini yaralama oranı %19 bulunmuştur (9). Hastaların MKB tanılı olmaları nedeniyle akut intoksikasyonda olması ya da yoksunluk bulgularının olması agresyonu ve dürtülerini kontrol etmelerine engel olarak şiddet mağduriyeti sonrası yaralanma ve şiddet uygulama sonrası yaralanma meydana gelmiş olmasına neden olabilir (203). Çalışmamızda şiddet uygulama sonrası yaralanmaya neden olanlarla mağduriyet sonrası yaralanmış olanların oranları arasındaki farkın nedeni hastaların yaralanmaya neden olmayı bildirmek istememeleri olabilir.

5.2.2 Yakın Partner Şiddeti ve Cinsiyet Farklılıklarının İncelenmesi

Çalışmamızda örneklemimizdeki kadın hastaların ilişkilerinde ÇÇYÖ'nün psikolojik, fiziksel şiddet ve yaralanma alt ölçeklerinde hem YPŞ uygulayan hem de mağduru rollerinde daha fazla bulunduğu saptanmıştır. ÇÇYÖ'nün cinsel şiddet alt ölçeğinde şiddet uygulayan ve mağdur gruplar arasında cinsiyetler arasında anlamlı bir farklılık gözlemlenmemiştir. İspanya'da MKB tanılı hastalarla yapılan bir çalışmada çalışmamızın sonuçlarına paralel olarak kadınlar hem şiddet uygulayan hem de mağdur rolünde daha fazla oranda yer almıştır (9). Yapılan bir başka çalışmada madde kullanan kadınların, kullanmayanlara göre 2.2 ile 3,4 kat daha fazla YPŞ mağduru olduğu; bir başka çalışmada MKB tanılı kadınların genel popülasyondaki kadınlara oranla iki kat daha yüksek YPŞ şiddet uygulayanı olduğu saptanmıştır (26). Madde kullanımı neden olduğu akut etkileri (intoksikasyon, madde etkisi altında olma, uyarılmada artış vs.) ve kronik etkileri (örn. algısal bozukluklar, eşlik eden psikiyatrik rahatsızlıkları, dürtüsellikte artış) yoluyla YPŞ'yi arttırabilir (204). MKB tanısı ile tedavi merkezlerine başvuran kadınların erkeklere göre psikiyatrik hastalıklar (özellikle anksiyete ve duygudurum bozuklukları) ve bağımlılık profili açısından daha ağır bir profil sergilediğini ortaya konmuştur (26). Kadınlardaki şiddet davranışı uyumsuz bir başa çıkma stratejisi veya hayatta kalma mekanizmasına işaret ediyor olabilir. YPŞ uygulayanı olmak için kadınlarda bulunan başlıca motivasyonlar, öfke

ve hayal kırıklığı gibi olumsuz duyguları ifade etme, kendini savunma, partnerlerini kontrol etme çabası veya kıskançlık ile ilişkili olabildiği bildirilmiştir (205). Literatürdeki araştırmalar, YPŞ mağduru kadınların, mağdur olmayan kadınlara kıyasla yakın ilişkilerinde şiddet uygulayan olma olasılığının daha yüksek olduğunu ortaya koymaktadır (206–208). Çalışmamızdaki MKB tanılı kadın hastaların erkek hastalara kıyasla daha fazla psikiyatrik eş tanı almış olması, ilişkilerinde daha fazla mağdur olması ve uğradıkları şiddete yine şiddetle karşılık vermesinin; kadınların erkeklere göre daha fazla oranda hem şiddet mağduru ve şiddet uygulayan olmasında katkısı olmuş olabilir. Çalışmamızda erkeklerin şiddet uygulamayı bildirmek istememelerinden dolayı da şiddet uygulama oranları kadınlara göre daha düşük çıkmış olabilir. Literatürde bazı çalışmalarda kadınların daha çok mağdur ve erkeklerin daha çok şiddet uygulayan olduğuna dair sonuçlar ortaya konmuştur (209–215). Bu çalışmaların sonuçlarının çalışmamızdan farklı olmasının nedeni şiddet uygulamayı ele alan çalışmaların çoğunlukla erkek katılımcılarla yapılması, erkeklerde mağduriyetin; kadınlarda da şiddet uygulayan olmanın incelenmemesi olabileceği düşünülmüştür (216,217). Aynı zamanda bu çalışmalardaki katılımcıların MKB tanılı hastalardan oluşmaması nedeniyle örneklemimizdeki hastalardan farklı bir profile (psikiyatrik hastalıklar, kişilik bozuklukları açısından) sahip olması olabilir. Çalışmamızın sonuçları, MKB tanılı hastalarda YPŞ'nin, cinsiyet farklılıkları göz önüne alınarak sorgulanması ve tedavi stratejilerinin geliştirilmesinin önemini ortaya koymaktadır

5.2.3 Yakın Partner Şiddetinin Örneklem İçerisinde Tek Yönlü ve İki Yönlü Olduğu Grupların Karşılaştırılması

Örneklemimizde iki yönlü ve tek yönlü şiddet oranları karşılaştırılmasında, ÇÇYÖ'nün alt ölçeklerine göre baktığımızda, iki yönlü psikolojik şiddet, %82,5; iki yönlü fiziksel şiddet, %44; iki yönlü cinsel şiddet, %25 oranlarıyla bu alt ölçeklerde şiddetin tek yönlü görüldüğü gruba kıyasla daha yüksek saptanmıştır. Son zamanlarda yapılan bazı çalışmalarda da çalışmamızın bulgularını destekler nitelikte şiddetin sıklıkla iki yönlü olduğu sonucuna varılmıştır (218–221). MKB tanılı hastalarda yapılan bir çalışmada sonuçlarımıza benzer şekilde iki yönlü psikolojik şiddet oranı yaklaşık %86; iki yönlü fiziksel ve cinsel şiddet oranları ise yaklaşık %32 saptanmıştır. Bir başka çalışmada hem MKB tanılı hem de YPŞ öyküsü olan hastaların %98,4'ünde

iki yönlü YPŞ görülmüştür (5). İki yönlü YPŞ görülen MKB tanılı hastalarda dürtüsellik ve saldırganlık daha fazla saptanmıştır (9). Yapılan bazı çalışmalarda MKB'nin kişilerin hem şiddet uygulayan hem mağdur olma ihtimalini, yani iki yönlü olma ihtimalini arttırdığı sonucuna varılmıştır (5, 9, 223). Çalışmamızda iki yönlü YPŞ oranlarının yüksek olması, bireylerin ilişkilerinde aynı zamanda hem şiddet uygulayan hem de mağdur rollerinde olabildiğini göstermiştir. YPŞ'de yalnızca mağdura veya yalnızca şiddet uygulayana odaklanan geleneksel tedavi yaklaşımlarının YPŞ'ye müdahalede yetersiz olabileceğini düşünülmektedir. Aynı zamanda MKB tanılı hastalarda iki yönlü YPŞ'nin yaygınlığı göz önüne alınarak MKB tanılı hastalarda spesifik müdahale stratejilerinin geliştirilmesi gerektiğini ortaya koymuştur (20).

5.2.4 Psikiyatrik Eş Tanıların Yakın Partner Şiddeti ve Cinsiyet Farklılıklarına Göre İncelenmesi

Çalışmamızda MKB tanılı hastalarda psikiyatrik eş tanı ve YPŞ arasındaki ilişkiler detaylı olarak ele alınmıştır. Bulgularımız, MKB ve psikiyatrik hastalıkların sıklıkla bir arada görüldüğünü göstermektedir. Hastaların %42,7'sinde eşlik eden psikiyatrik hastalık tespit edilmiştir. En sık eşlik eden psikiyatrik hastalıklar ise depresif epizod ve anksiyete bozuklukları olmuştur. ABD'de bir MKB tedavi merkezine başvuran hastaların %51,8'inde (n=210/405) eşlik eden psikiyatrik hastalık saptanmıştır ve bu oranın toplumdaki psikiyatrik hastalık oranlarına göre daha yüksek olduğu ortaya konmuştur. Depresif epizod ve anksiyete bozuklukları en fazla görülen psikiyatrik hastalıklar arasında yer almıştır (223). Çalışmamızın sonuçları, literatürde MKB tanılı hastalarla yapılan çalışmalardaki psikiyatrik eş tanı oranlarını destekler niteliktedir. Örneklemimizin tamamının MKB tanılı olması saptanan psikiyatrik eş tanı oranlarını açıklayabilir. MKB ve psikiyatrik hastalıkların beraber görülmesi hem psikiyatrik hastalıkların hem de MKB'nin kliniğinin daha ağır seyretmesine neden olmaktadır. Ayrıca daha kötü tedavi sonuçları, tedavi maliyetlerinin yükselmesi ve ölüm oranlarını arttırması gibi etkileri vardır (224). Bu anlamda MKB tanılı hastaların tedavisinde eşlik eden psikiyatrik hastalıkların araştırılması önemlidir.

Çalışmamızda, YPŞ ve cinsiyet farklılıklarına göre psikiyatrik eş tanıları incelendiğinde ÇÇYÖ'nün psikolojik, fiziksel ve cinsel şiddet alt ölçeklerinde hem şiddet uygulayan hem de mağdur rollerindeki kadınların erkeklere kıyasla psikiyatrik

eş tanı alma oranlarının anlamlı şekilde daha yüksek olduğu saptanmıştır. Bununla birlikte, yaralanma alt ölçeğinde her iki rolde de cinsiyetler arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır. Literatürde MKB tanılı hastalarla yapılan çalışmalarda, YPŞ öyküsü olan kadınların erkeklere göre daha fazla psikiyatrik hastalık eş tanısı aldığı sonucuna varılmıştır (19, 26). YPŞ mağduru olmanın psikiyatrik hastalık riskinin artmasıyla ilişkili olduğu ve en sık görülen hastalıkların ise depresyon, anksiyete ve duygudurum bozuklukları olduğu saptanmıştır (225,226). YPŞ uygulayan MKB hastalarında daha ciddi psikiyatrik hastalıklar, yüksek öfke düzeyi ve artmış madde kullanımı gibi sorunlar saptanmıştır (227,228). Literatürle uyumlu bir şekilde, örneklemimizde YPŞ görülme oranlarının yüksek olması yüksek psikiyatrik eş tanı saptanmasını açıklar. Örneklemimizdeki kadınların YPŞ mağduru ve uygulayanı olma oranlarının erkeklerden daha fazla olması kadınların daha fazla psikiyatrik eş tanı almış olmasını açıklayabilir. Bu bağlamda hastaların psikiyatrik tedavisinde cinsiyet farklılıkları ve YPŞ öyküleri göz önüne alınarak hastaya özgü stratejilerin geliştirilmesi önemlidir.

5.2.5 Bağımlılık Şiddetinin Yakın Partner Şiddeti ile İlişkisinin İncelenmesi

Bu çalışmada, bağımlılık şiddetinin YPŞ için bir öngörücü faktör olduğu hipotezi test edilmiş ancak ÇÇYÖ'nün hiçbir alt ölçeğiyle anlamlı bir ilişki saptanmamıştır. Bu bulgu, literatürde bağımlılık şiddetinin YPŞ ile ilişkili olabileceğini öne süren bazı çalışmalarla uyumsuzdur (4,228, 5). Bu durum hasta sayısının değerlendirme için az olması ile açıklanabilir. Özellikle YPŞ'nin çok boyutlu bir olgu olduğu ve bağımlılık şiddeti ile ilişkisinde ÇÇT, eşlik eden psikiyatrik bozukluklar gibi aracı faktörlerin önemli bir rol oynayabileceği düşünülmektedir. Bizim çalışmamızda örneklemin büyük bir çoğunluğunda YPŞ'nin görülmesi bağımlılık şiddeti gibi öngörücü olabilecek faktörlerin YPŞ üzerindeki etkisini istatistiksel olarak değerlendirmeyi zorlaştırmaktadır. YPŞ'nin bu kadar yaygın olduğu bir örnekleme, değişkenler arasındaki farklılıkların belirginleşmesi zorlaşabilir. Bu bulgular, YPŞ'yi öngörmede bağımlılık şiddetinin tek başına yeterli bir gösterge olmayabileceğini, bu nedenle daha geniş kapsamlı ve çok boyutlu bir yaklaşımın gerekli olduğunu ortaya koymaktadır. Gelecekteki çalışmalar, YPŞ ve bağımlılık

şiddeti arasındaki ilişkiyi daha iyi anlamak için aracı faktörler, daha geniş örneklem ve longitudinal çalışmalarla bu konu daha kapsamlı bir şekilde araştırılabilir.

5.2.6 Çocukluk Çağı Travmaları Ölçeğinin İncelenmesi ve Yakın Partner Şiddeti Üzerindeki Öngörücü Rolü

Örneklemin ÇÇT puan ortalamaları incelendiğinde, tüm alt ölçeklerde kesme puanlarının üzerinde bir sonuç elde edilmiştir. Bu bulgular, örneklem grubunun ortalama olarak tüm alt ölçeklerde ÇÇT yaşadığını göstermektedir. Elde edilen puanlar, örneklemin çocukluk döneminde çok yönlü travmalara maruz kalmış olabileceğini işaret etmektedir. 12 yayının derlendiği bir çalışmada, ÇÇT'nin ilerleyen yaşlarda konan MKB tanısı ile pozitif bir ilişkisi olduğu ve MKB tedavisi gören kişilerde ÇÇT'nin genel popülasyona göre daha yüksek prevalansta görüldüğü sonucuna varılmıştır (229). ÇÇT yaşayan bireylerin erişkinlikte duygusal sorunlarla baş etmekte zorlanıyor olabilecekleri ve travmayla ilgili olumsuz duygularını hafifletmek için madde kullanımına yönelmiş olabilecekleri düşünülmüştür (230). Örnekleminizin tamamının MKB tanılı hastalardan seçilmiş olması örneklemin tüm alt ölçeklerin puan ortalamalarının kesme puanının üzerinde puan almış olmasını açıklayabilir.

Çalışmamızda ÇÇT'nin YPŞ için öngörücü faktör olup olmaması açısından incelendiğinde ÇÇYÖ'nün psikolojik şiddet, fiziksel şiddet ve yaralanma alt ölçeklerinde hem şiddet uygulayanı hem de şiddet mağduru olma; cinsel şiddet alt ölçeğinde ise mağdur olma açısından öngörücü faktör olduğu sonucuna varılmıştır. ÇÇT ve YPŞ kesitsel, boylamsal ve prospektif çalışmalarda MKB ile pozitif ilişkili olarak saptanmıştır (231–233). Çocukluk döneminde maruz kalınan şiddet, stres yönetiminin ve duygusal kontrol mekanizmalarının zayıflamasına neden olarak, bireyin şiddet davranışı sergileme olasılığını artırabilir (234). Yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre çocuklukta ailede alkol/madde kullanımı, depresyon gibi ihmal ya da istismara yol açabilecek durumlar ve fiziksel istismar geçmişi, erişkinlikte büyük oranda şiddet görme ve şiddet uygulama sonuçlarıyla anlamlı bir şekilde ilişkilendirilmiştir (235). Bu bulgu, ebeveyn şiddetine maruz kalan bireylerin erişkinlikte daha fazla şiddet eğilimli davranışlar sergilediğini ortaya koyan önceki çalışmaları doğrulamaktadır (241, 242). Çalışmamızın sonuçları literatürle uyumludur

ve klinikte MKB tanılı hastalarda YPŞ öyküsü varlığında, ÇÇT'nin öngörücü faktör olabileceği düşünülerek sorgulanması gerektiği ve buna yönelik tedavilerin geliştirilmesi gerektiğini göstermektedir.

Madde kullanım bozukluğu tedavi programlarında, özellikle YPŞ uygulayan ve mağduru olmanın tedaviye düşük yanıt verme olasılığının bir göstergesi olabileceğini göstermektedir (3). MKB tanılı kadın hastalarla yapılan bir çalışmada, kadın hastalar ve partnerleri MKB tedavisi devam ederken 6. ve 12. aydaki kontrollerinde kadın hastaların partnerlerine uyguladığı şiddet ve partnerlerinin kadın hastalara uyguladığı şiddetin azaldığı gözlemlenmiştir (238). Bu hastalarla kişiselleştirilmiş bir müdahale, tedavi sonuçlarını ve devam oranlarını iyileştirme potansiyeline sahiptir (239). Çalışmamızın sonuçlarına göre kadınlar erkeklere göre daha fazla oranda YPŞ uygulayan ve mağduru olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Örneklemimizdeki hem YPŞ uygulayan hem de mağduru rolündeki kadınların erkeklere oranla daha fazla oranda psikiyatrik eş tanı almıştır. Aynı zamanda literatürdeki birçok çalışmayı destekler nitelikte iki yönlü şiddetin MKB tanılı hastalarda sıklıkla görüldüğü saptanmıştır. Bu durumlarda, terapötik müdahale hem şiddet içeren davranışın gelişimini kontrol etmeyi hem de maruz kalınan şiddetle başa çıkma becerilerini öğrenmeyi hedeflemelidir (5, 244). Çalışmamız sonucunda, ÇÇT'nin YPŞ için öngörücü faktör olduğu sonucuna ulaşılmıştır. Bu çalışmanın sonuçları hem YPŞ'nin önlenmesi hem de travma temelli müdahalelerin geliştirilmesi açısından önem taşımaktadır. Sonuç olarak, çalışmamız MKB tanılı bireylerde YPŞ'nin ve eşlik eden psikiyatrik bozuklukların değerlendirilmesinin tedavi süreçlerine etkili bir şekilde entegre edilmesi gerektiğini ortaya koymaktadır. Bu alanda, cinsiyet farklılıklarını ve YPŞ profillerini dikkate alan daha kapsamlı çalışmalar, tedaviye yönelik bireyselleştirilmiş yaklaşımların geliştirilmesine katkı sağlayabilir (26).

6. KISITLILIKLAR

Çalışmamızda örneklem sayımız sınırlıdır; belirli bir popülasyonu ve bağlamı ele almaktadır. İkincisi örneklemde az sayıda kadın yer aldığı için, cinsiyet meselelerini ele alan daha fazla çalışmaya ihtiyaç vardır. Üçüncüsü bu çalışmada partnerlerin cinsel yönelimi (heteroseksüel ya da eşcinsel çiftler) göz önünde bulundurulmamıştır. Aynı cinsiyete dayalı YPŞ'yle ilgili belirli özelliklerin varlığı göz önüne alındığında, bu durum sonuçların genelleştirilebilirliğini etkileyebilir. Dördüncüsü bu çalışmada, YPŞ davranışlarının belirlenmesinde ÇÇYÖ kullanılmıştır. ÇÇYÖ, partner ilişkilerindeki şiddet davranışlarını değerlendirmek için dünya genelinde yaygın olarak kullanılan öz bildirim araçlarından biridir. Ancak, son yıllarda şiddet oranlarını olduğundan daha yüksek bildirdiği yönünde eleştiriler almıştır (241). Bizim çalışmamızda da YPŞ görülme oranının bu kadar yüksek olması diğer değişkenlerin etkisini maskeleyebilir. Beşincisi araştırmada kullanılan ölçeklerin öz bildirim ölçekleri olması dolayısıyla katılımcıların o anki yanıtlarının birçok faktörden etkilenebilecek olması kısıtlılıklarımız arasındadır. Yine aynı şekilde şiddet davranışları yalnızca katılımcıların öz bildirimlerine dayanılarak değerlendirilmiş ve partnerlerin görüşleri dikkate alınmamıştır. Araştırmalar, kadınların hem kendilerine hem de partnerlerine yönelik şiddeti erkeklere oranla daha sık rapor ettiğini ortaya koymaktadır (13). Altıncısı çalışmanın kesitsel oluşu analiz edilen değişkenler arasındaki ilişkinin nedensellik yönünü belirleme konusunda kısıtlıdır bu sebeple bulguları doğrulamak için ileriye yönelik çalışmalara ihtiyaç vardır.

7. SONUÇLAR

- 1- Örneklem grubunun ortaokul mezunu ve düşük eğitim düzeyine sahip olduğu, üçte birinin işsiz olduğu ve çoğunun bekar olduğu saptanmıştır. Bu durumun MKB ve YPŞ riskini arttırabileceği saptanmıştır.

- 2- YPŞ varlığı örneklemede çok yüksek saptanmıştır. En fazla görülen şiddet türü psikolojik şiddet olmuştur. Diğer şiddet türleri de toplum temelli çalışmalara göre daha yüksek saptanmıştır.
- 3- Cinsiyet farklılıklarına baktığımızda cinsel şiddet uygulayan ve mağduru olma dışında tüm alt ölçeklerde kadınlar erkeklere göre hem daha fazla şiddet uygulayan hem de daha fazla mağdur olmuştur.
- 4- Örneklemin tamamı incelendiğinde ve şiddetin hiç olmadığı, tek yönlü olduğu ve iki yönlü olduğu gruplara bölündüğünde en fazla görülen şiddet tipinin iki yönlü şiddet olduğu sonucuna varılmıştır.
- 5- Örnekleminimizin %42,7'sinin psikiyatrik bir eş tanıya sahip olduğu saptanmıştır.
- 6- YPŞ öyküsü olan kadınlar erkeklere göre anlamlı derecede daha fazla psikiyatrik eş tanı almıştır.
- 7- Depresif epizod ve anksiyete bozukluğu en sık görülen eş tanıları olarak saptanmıştır.
- 8- Bağımlılık şiddetinin yüksek olmasının YPŞ için öngörücü faktör olup olmadığı hipotezi test edilmiş ancak öngörücü faktör olarak saptanmamıştır.
- 9- Örneklemede tüm ÇÇTÖ alt ölçeklerinde kesme puanlarının üzerinde sonuçlar elde edildi.
- 10- Çalışmamızda cinsel şiddet uygulayanı olmak dışındaki tüm alt ölçeklerde ÇÇT'nin hem şiddet uygulayan hem mağdur olmak için öngörücü faktör olduğu saptanmıştır

KAYNAKÇA

1. Swimmer KR, Sandelich S. Substance Use Disorder. Emerg Med Clin North Am. 2024 Feb 1;42(1):53–67.
2. Pettersen H, Landheim A, Skeie I, Biong S, Brodahl M, Oute J, et al. How Social Relationships Influence Substance Use Disorder Recovery: A Collaborative Narrative Study. Subst Abuse [Internet]. 2019 Feb 1 [cited 2025 Feb 3];13. Available from: <https://doi.org/10.1177/1178221819833379>
3. Chermack ST, Walton MA, Fuller BE, Blow FC. Correlates of expressed and received violence across relationship types among men and women substance abusers. Psychol Addict Behav [Internet]. 2001 [cited 2024 Dec 12];15(2):140–51. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11419230/>

4. López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J, Arteaga A, Cacho R. Differential profile and treatment development of drug-addicted patients depending on violent behaviours and/or criminal acts. *J Addict Dis*. 2015 Jan 2;34(1):63–74.
5. Arteaga A, Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ. Prevalence and differential profile of patients with drug addiction problems who commit intimate partner violence. *Am J Addict* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2024 Dec 12];24(8):756–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26541639/>
6. Caldwell JE, Swan SC, Woodbrown VD. Gender differences in intimate partner violence outcomes. *Psychol Violence*. 2012 Jan;2(1):42–57.
7. Fonseca F, Robles-Martínez M, Tirado-Muñoz J, Alias-Ferri M, Mestre-Pintó JJ, Coratu AM, et al. A Gender Perspective of Addictive Disorders. [cited 2024 Dec 24]; Available from: <https://doi.org/10.1007/s40429-021-00357-9>
8. Joksimovic N, Vallières F, Hyland P. Gender differences in intimate partner violence: Risk factors and associations with suicide. *Psychol Trauma* [Internet]. 2024 Apr 27 [cited 2024 Dec 12];16(3):470–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37104774/>
9. Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Arteaga A, Haro B. Gender differences in unidirectional and bidirectional intimate partner violence in addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2020 Mar 3 [cited 2024 Dec 12];46(2):194–202. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31498655/>
10. Arteaga A, López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J. Differential profiles of drug-addicted patients according to gender and the perpetration of intimate partner violence. *Drug Alcohol Depend* [Internet]. 2015 Oct 1 [cited 2024 Dec 12];155:183–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26243507/>
11. Coker AL, Davis KE, Arias I, Desai S, Sanderson M, Brandt HM, et al. REPRINT OF: Physical and Mental Health Effects of Intimate Partner Violence for Men and Women. *Am J Prev Med* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 Dec 12];61(6):777–86. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34801207/>
12. Cafferky BM, Mendez M, Anderson JR, Stith SM. Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychol Violence*. 2018;8(1):110–31.
13. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: a meta-analytic review. *Psychol Bull* [Internet]. 2000 [cited 2024 Dec 12];126(5):651–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10989615/>
14. Bates EA. Current Controversies within Intimate Partner Violence: Overlooking Bidirectional Violence. *J Fam Violence* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2024 Dec 12];31(8):937–40. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-016-9862-7>
15. Ahmadabadi Z, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM, d'Abbs P. Gender Differences in Intimate Partner Violence in Current and Prior Relationships. <https://doi.org/10.1177/0886260517730563> [Internet]. 2017 Sep 14 [cited 2024 Dec 13];36(1–2):915–37. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260517730563>
16. Arteaga A, Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ. Prevalence and differential profile of patients with drug addiction problems who commit intimate partner violence. *Am J Addict* [Internet]. 2015 Dec 1 [cited 2024 Dec 12];24(8):756–64. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26541639/>
17. Arteaga A, Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ. Differences in personality variables in drug-addicted patients with and without intimate partner violence. *Acción Psicológica* [Internet]. 2012 May 5 [cited 2024 Dec 12];9(1):19–32. Available from: <https://revistas.uned.es/index.php/accionpsicologica/article/view/699>
18. Holmes SC, Johnson NL, Rojas-Ashe EE, Ceroni TL, Fedele KM, Johnson DM. Prevalence and Predictors of Bidirectional Violence in Survivors of Intimate Partner Violence Residing at Shelters. <https://doi.org/10.1177/0886260516670183> [Internet]. 2016 Sep 27 [cited 2024 Dec 12];34(16):3492–515. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260516670183>
19. Wong FY, Huang ZJ, DiGangi JA, Thompson EE, Smith BD. Gender Differences in Intimate Partner Violence on Substance Abuse, Sexual Risks, and Depression among a Sample of South Africans in Cape Town, South Africa. <https://doi.org/10.1521/aeap.2008.20.1.56> [Internet]. 2008 Feb 29 [cited 2024 Dec 12];20(1):56–64. Available from: <https://guilfordjournals.com/doi/10.1521/aeap.2008.20.1.56>

20. Fernández-Montalvo J, ... AAP of, 2019 undefined. Treatment effectiveness of intimate partner violence perpetration among patients in a drug addiction program. psycnet.apa.orgJ Fernández-Montalvo, A Arteaga, JJ López-GoñiPsychology of violence, 2019•psycnet.apa.org [Internet]. [cited 2024 Dec 12]; Available from: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2018-14587-001.html>
21. Cavanaugh C, Rucci S, Vasquez-Home O. Sex/gender differences in the associations between adverse childhood experiences and intimate partner violence with mental disorders. *Psychiatry Res* [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2024 Dec 12];328. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37688838/>
22. Pro G, Camplain R, de Heer B, Chief C, Teufel-Shone N. A National Epidemiologic Profile of Physical Intimate Partner Violence, Adverse Childhood Experiences, and Supportive Childhood Relationships: Group Differences in Predicted Trends and Associations. *J Racial Ethn Health Disparities* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2024 Dec 13];7(4):660–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31912443/>
23. Pro G, Camplain R, de Heer B, Chief C, Teufel-Shone N. A National Epidemiologic Profile of Physical Intimate Partner Violence, Adverse Childhood Experiences, and Supportive Childhood Relationships: Group Differences in Predicted Trends and Associations. *J Racial Ethn Health Disparities* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2024 Dec 12];7(4):660–70. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31912443/>
24. Mulawa M, Kajula LJ, Yamanis TJ, Balvanz P, Kilonzo MN, Maman S. Perpetration and Victimization of Intimate Partner Violence Among Young Men and Women in Dar es Salaam, Tanzania. *J Interpers Violence* [Internet]. 2018 Aug 1 [cited 2024 Dec 12];33(16):2486–511. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26802044/>
25. Alhalal E, Falatah R. Intimate partner violence and hair cortisol concentration: A biomarker for HPA axis function. *Psychoneuroendocrinology* [Internet]. 2020 Dec 1 [cited 2024 Dec 12];122. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33068953/>
26. Arteaga A, López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J. Differential profiles of drug-addicted patients according to gender and the perpetration of intimate partner violence. *Drug Alcohol Depend*. 2015 Oct 1;155:183–9.
27. Volkow ND, Blanco C. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry* [Internet]. 2023 Jun 1 [cited 2024 Nov 21];22(2):203. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10168177/>
28. Tanı Ölçütleri Başvuru El Kitabı'ndan çev. yay. yön. KEHYB. Amerikan Psikiyatri Birliği, Ruhsal Bozuklukların Tanısal ve Sayımsal Elkitabı, Beşinci Baskı (DSM-5). ankara; 2014.
29. GEZEK Funda. Halk Eğitimi Bilim Dalı (Yüksek Lisans Tezi). 2007 [cited 2024 Nov 4]. p. 0–117 SOKAKTA YAŞAYAN GENÇLERİN AİLE YAPISI VE MADDE BAĞIMLILIĞI ARASINDAKİ İLİŞKİ". Available from: <https://katalog.marmara.edu.tr/veriler/yordambt/cokluortam/D/F/A/C/E/T0058999.pdf>
30. Peterson C, Li M, Xu L, Mikosz CA, Luo F. Assessment of Annual Cost of Substance Use Disorder in US Hospitals. *JAMA Netw Open* [Internet]. 2021 Mar 3 [cited 2024 Nov 4];4(3):e210242. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7936257/>
31. Ögel K, Tamar D, Evren C, Sır A, Psikiyatri, ABD. Madde kullanımı ve suç. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji Dergisi*, 1999. [Internet]. [cited 2024 Nov 4]. Available from: <https://www.google.com/search?client=safari&rls=en&q=%C3%96gel+K%2C+Tamar+D%2C+Evren+C%2C+S%C4%B1r+A%2C+Psikiyatri%2C+ABD.+Madde+kullan%C4%B1m%C4%B1+ve+su%C3%A7.+Psikiyatri+Psikoloji+Psikofarmakoloji+Dergisi%2C+1999.&ie=UTF-8&oe=UTF-8>
32. kargin meral, hiçdurmaz duygu. Kargin M, Hiçdurmaz D. Madde Kullanım Bozukluğu olan Bireylerde Sosyal İşlevsellik, Algılanan Esenlik ve Stresle Başa Çıkma. *Bağımlılık Derg* [Internet]. [cited 2024 Nov 5];19(2):35-9. Available from: <https://dergipark.org.tr/tr/download/article-file/480068>
33. Ray LA, Courtney KE, Bacio G, MacKillop J. The Assessment of Craving in Addiction Research. *The Wiley-Blackwell Handbook of Addiction Psychopharmacology* [Internet]. 2013 Jan 15 [cited 2025 Feb 6];345–80. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/9781118384404.ch13>

34. Worley J. Recovery in Substance Use Disorders: What to Know to Inform Practice. *Issues Ment Health Nurs* [Internet]. 2017 Jan 2 [cited 2025 Feb 6];38(1):80–91. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/01612840.2016.1245375>
35. Organization WH. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. 1993 [cited 2025 Feb 6]; Available from: <https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=cnU0DgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Organization+WH.+The+ICD-10+classification+of+mental+and+behavioural+disorders:+diagnostic+criteria+for+research:+World+Health+Organization%3B+1993.&ots=HbY0HXIogt&sig=jCMDd-bEOdmclbcdad1jRDcRepI>
36. Köknel Ö. Bağımlılık. “Alkol ve Madde Bağımlılı... - Google Akademik [Internet]. [cited 2025 Feb 5]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=K%C3%B6knel+%C3%96.+Ba%C4%9F%C4%B1ml%C4%B1l%C4%B1k.+%E2%80%9CAlkol+ve+Madde+Ba%C4%9F%C4%B1ml%C4%B1l%C4%B1l%C4%9F%C4%B1l%C4%B1l%C4%B1k+A.%C5%9E.%2C+%C4%B0stanbul%2C+1998.&btnG=#d=gs_cit&t=1738765718940&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3Aadr7xBU-nVcAJ%3AAscholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Dtr
37. Uzbay İT. Mezopotamya uygarlığında eczacılık... - Google Akademik [Internet]. [cited 2025 Feb 5]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Uzbay+%C4%B0T.+Mezopotamya+uygarl%C4%B1l%C4%9F%C4%B1l%C4%B1l%C4%B1l%C4%B1k+mesle%C4%9Fine+dair+bir+inceleme.+Eczac%C4%B1l%C4%B1l%C4%B1k+B%C3%BClteni%2C+23%3A57-60%2C+1981.&btnG=#d=gs_cit&t=1738778943926&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3A8eS CNMyoFpcJ%3AAscholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Dtr
38. DUNDEE JW, McILROY PDA. The history of barbiturates. *Anaesthesia* [Internet]. 1982 [cited 2025 Feb 5];37(7):726–34. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7048989/>
39. Drugs and Behavior. An Introduction to Behavioral... - Google Akademik [Internet]. [cited 2025 Feb 5]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Drugs+and+Behavior.+An+Introduction+to+Behavioral+Pharmacology&btnG=#d=gs_cit&t=1738778918650&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3A6YqIV_ARLFUJ%3AAscholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Dtr
40. meslek içi sürekli eğitim dergisi madde bağımlılığı.
41. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. American Psychiatric Association Publishing; 2022 [cited 2024 Nov 5]. Available from: <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/practice/dsm>
42. Dip A. Synthetic cannabinoids: A new generation marihuana. *Türkiye aile hekimliği dergisi* [Internet]. 2017 Mar 15 [cited 2024 Nov 8]; Available from: https://www.academia.edu/111093489/Synthetic_cannabinoids_A_new_generation_marihuana
43. Finn DP, Haroutounian S, Hohmann AG, Krane E, Soliman N, Rice ASC. Cannabinoids, the endocannabinoid system, and pain: A review of preclinical studies. *Pain* [Internet]. 2021 Jul 1 [cited 2024 Nov 8];162:S5–25. Available from: https://journals.lww.com/pain/fulltext/2021/07001/cannabinoids,_the_endocannabinoid_system,_and.3.aspx
44. Pagano C, Navarra G, Coppola L, Avilia G, Bifulco M, Laezza C. Cannabinoids: Therapeutic Use in Clinical Practice. *International Journal of Molecular Sciences* 2022, Vol 23, Page 3344 [Internet]. 2022 Mar 19 [cited 2024 Nov 8];23(6):3344. Available from: <https://www.mdpi.com/1422-0067/23/6/3344/htm>
45. Ameri A. The effects of cannabinoids on the brain. *Prog Neurobiol*. 1999 Jul;58(4):315–48.
46. Uliana V, Tomassini A, Pollice R, Gennarelli M, Faravelli F, Casacchia M, et al. Cannabis and Psychosis: A Systematic Review of Genetic Studies. *Curr Psychiatry Rev* [Internet]. 2013 Dec 27 [cited 2024 Nov 8];9(4):302–15. Available from: <https://www.eurekaselect.com/article/56236>

47. Mills B, Yepes A, Nugent K. Synthetic Cannabinoids. *Am J Med Sci*. 2015 Jul 1;350(1):59–62.
48. Spaderna M, Addy PH, D'Souza DC. Spicing things up: Synthetic cannabinoids. *Psychopharmacology (Berl)*. 2013 Aug;228(4):525–40.
49. Kosten TR, George TP. The Neurobiology of Opioid Dependence: Implications for Treatment. *Sci Pract Perspect* [Internet]. 2002 [cited 2024 Nov 14];1(1):13. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2851054/>
50. Pergolizzi J, Böger RH, Budd K, Dahan A, Erdine S, Hans G, et al. Opioids and the management of chronic severe pain in the elderly: Consensus statement of an international expert panel with focus on the six clinically most often used world health organization step III opioids (Buprenorphine, Fentanyl, Hydromorphone, Methadone, Morphine, Oxycodone). *Pain Practice*. 2008 Jul;8(4):287–313.
51. Trescot AM, Datta S, Lee M, Hansen H. Opioid Pharmacology. [cited 2025 Feb 6]; Available from: www.painphysicianjournal.com
52. Wang S. Historical Review: Opiate Addiction and Opioid Receptors. <https://doi.org/10.1177/0963689718811060> [Internet]. 2018 Nov 13 [cited 2025 Feb 6];28(3):233–8. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0963689718811060>
53. Zöllner C, Stein C. Opioids. *Handb Exp Pharmacol*. 2007;177:31–63.
54. Nichols DE. Hallucinogens. *Pharmacol Ther*. 2004 Feb 1;101(2):131–81.
55. Vollenweider FX. Brain mechanisms of hallucinogens and entactogens. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2001 Dec 31 [cited 2024 Nov 18];3(4):265–79. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.31887/DCNS.2001.3.4/fxvollenweider>
56. Williams JF, Storck M, Joffe A, Behnke M, Knight JR, Kokotailo PK, et al. Inhalant Abuse. *Pediatrics* [Internet]. 2007 May 1 [cited 2024 Nov 18];119(5):1009–17. Available from: [/pediatrics/article/119/5/1009/70263/Inhalant-Abuse](https://pediatrics/article/119/5/1009/70263/Inhalant-Abuse)
57. Brouette T, Anton R. Clinical review of inhalants. *American Journal on Addictions*. 2001;10(1):79–94.
58. Drake LR, Scott PJH. DARK Classics in Chemical Neuroscience: Cocaine. *ACS Chem Neurosci* [Internet]. 2018 Oct 17 [cited 2024 Nov 20];9(10):2358–72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29630337/>
59. Kalant H. The pharmacology and toxicology of “ecstasy” (MDMA) and related drugs. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal* [Internet]. 2001 [cited 2024 Nov 20];165(7):917. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC81503/>
60. Nestler EJ (Eric JK, RSJ, SAM. Nestler, Hyman & Malenka's molecular neuropharmacology : a foundation for clinical neuroscience. (No Title) [Internet]. [cited 2024 Nov 20]; Available from: <https://cir.nii.ac.jp/crid/1130848327029003904>
61. Tan K, Rudolph U, neurosciences CLT in, 2011 undefined. Hooked on benzodiazepines: GABAA receptor subtypes and addiction. *cell.com* KR Tan, U Rudolph, C Lüscher Trends in neurosciences, 2011 • cell.com [Internet]. [cited 2025 Feb 6]; Available from: [https://www.cell.com/trends/neurosciences/fulltext/S0166-2236\(11\)00005-1?large_figure=true&code=cell-site](https://www.cell.com/trends/neurosciences/fulltext/S0166-2236(11)00005-1?large_figure=true&code=cell-site)
62. McCabe S, Veliz P, Boyd C, Behaviors JSA, 2017 undefined. Medical and nonmedical use of prescription sedatives and anxiolytics: Adolescents' use and substance use disorder symptoms in adulthood. Elsevier SE McCabe, P Veliz, CJ Boyd, JE Schulenberg Addictive Behaviors, 2017 • Elsevier [Internet]. [cited 2025 Feb 6]; Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S030646031630301X>
63. The American Psychiatric Association Publishing Textbook of Substance Use ... - Google Kitaplar [Internet]. [cited 2024 Nov 20]. Available from: https://books.google.com.tr/books?hl=tr&lr=&id=Fq0WEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA295&dq=sedative/hypnotic+and+anxiolytic&ots=g4cRfGZaQg&sig=Ai-_zIrlb6SSR6omXrr0nsALdfo&redir_esc=y#v=onepage&q=sedative%20hypnotic%20and%20anxiolytic&f=true
64. Citaristi I. United Nations Office on Drugs and Crime—UNODC. The Europa Directory of International Organizations 2022 [Internet]. 2022 Jul 28 [cited 2024 Nov 25];248–52. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003292548-54/united-nations-office-drugs-crime%E2%80%94unodc-ileana-citaristi>

65. Avrupa Uyuşturucu Raporu [Internet]. Lüksemburg: Avrupa Toplulukları Resmî Yayınlar Bürosu; 2022. Available from: www.emecdda.europa.eu
66. TÜRKİYE UYUşTURUCU RAPORU 2023 [Internet]. 2066 [cited 2024 Nov 25]. Available from: https://www.narkotik.pol.tr/kurumlar/narkotik.pol.tr/TUB%C4%B0M/Ulusal%20Yay%C4%B1nlar/2023_TURKIYE_UYUSTURUCU_RAPORU.pdf
67. Sloboda Z, Glantz MD, Tarter RE. Revisiting the Concepts of Risk and Protective Factors for Understanding the Etiology and Development of Substance Use and Substance Use Disorders: Implications for Prevention. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2012 Jun [cited 2024 Nov 25];47(8–9):944–62. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/10826084.2012.663280>
68. Nawi AM, Ismail R, Ibrahim F, Hassan MR, Manaf MRA, Amit N, et al. Risk and protective factors of drug abuse among adolescents: a systematic review. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2024 Dec 4];21(1):1–15. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12889-021-11906-2>
69. Degenhardt L, Stockings E, Patton G, Hall WD, Lynskey M. The increasing global health priority of substance use in young people. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2024 Dec 4];3(3):251–64. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S2215036615005088/fulltext>
70. Nebioğlu M, Yalnız H, Geçici Ö. Opiyat bağımlılarında diğerk maddelerin kullanımı ve sosyodemografik özellikler ile ilişkisi. 2013 [cited 2024 Dec 4]; Available from: <https://acikerisim.bartın.edu.tr/handle/11772/2902>
71. Prescott CA, Madden PAF, Stallings MC. Challenges in genetic studies of the etiology of substance use and substance use disorders: Introduction to the special issue. *Behav Genet*. 2006 Jul;36(4):473–82.
72. (US) SA and MHSA, (US) O of the SG. THE NEUROBIOLOGY OF SUBSTANCE USE, MISUSE, AND ADDICTION. 2016 [cited 2024 Dec 4]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK424849/>
73. Substance Abuse and Mental Health Service Administration.... - Google Akademik.
74. Erükçü Akbaş Gamze, Muflu Ercan. Madde bağımlılığı tedavisi gören kişilerin bağımlılık ve tedavi deneyimleri. G. Balint, Antala B, Carty C, Mabieme JMA, Amar IB, Kaplanova A, editors. *Toplum ve Sosyal Hizmet* [Internet]. 2016 [cited 2024 Dec 4];27(1):343–54. Available from: <https://desytamara.blogspot.com/2017/11/sistem-pelayanan-perpustakaan-dan-jenis.html>
75. Dergisi EKOT, 2014 undefined. Madde kullanım bozuklukları. *jag.journalagent.com* [Internet]. [cited 2025 Feb 6]; Available from: https://jag.journalagent.com/eamr/pdfs/OTD_30_2_79_83.pdf
76. Miller E, McCaw B. Intimate Partner Violence. Ropper AH, editor. *New England Journal of Medicine* [Internet]. 2019 Feb 28 [cited 2024 Dec 5];380(9):850–7. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1807166>
77. Kyle J. Intimate Partner Violence. *Med Clin North Am* [Internet]. 2023 Mar 1 [cited 2024 Dec 5];107(2):385–95. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36759104/>
78. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse* [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2024 Dec 6];3(2):231–80. Available from: <https://connect.springerpub.com/content/sgrpa/3/2/231>
79. American Medical Association Diagnostic and Treatment Guidelines on Domestic Violence. *Arch Fam Med* [Internet]. 1992 [cited 2024 Dec 6];1(1):39–47. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1341587/>
80. Yakubovich AR, Stöckl H, Murray J, Melendez-Torres GJ, Steinert JI, Glavin CEY, et al. Risk and protective factors for intimate partner violence against women: Systematic review and meta-analyses of prospective–longitudinal studies. *Am J Public Health* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2024 Dec 6];108(7):e1–11. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.2018.304428>
81. Dills J, Brown P, Jones K. National Center for Injury Prevention and Control Division of Violence Prevention (USA): Continuing the Dialogue: Learning from the Past and Looking to the. 2020 [cited 2024 Dec 6]; Available from: <https://anrows.intersearch.com.au/anrowsjspui/bitstream/1/20570/1/Continuing-The-Dialogue-508.pdf>

82. Kidman R. Child marriage and intimate partner violence: a comparative study of 34 countries. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2024 Dec 6];46(2):662–75. Available from: <https://dx.doi.org/10.1093/ije/dyw225>
83. Campbell JC. Health consequences of intimate partner violence. *The Lancet*. 2002 Apr 13;359(9314):1331–6.
84. Miller E, Decker MR, McCauley HL, Tancredi DJ, Levenson RR, Waldman J, et al. Pregnancy coercion, intimate partner violence and unintended pregnancy. *Contraception*. 2010 Apr 1;81(4):316–22.
85. El Kady D, Gilbert WM, Xing G, Smith LH. Maternal and neonatal outcomes of assaults during pregnancy. *Obstetrics and Gynecology* [Internet]. 2005 Feb [cited 2024 Dec 6];105(2):357–63. Available from: https://journals.lww.com/greenjournal/fulltext/2005/02000/maternal_and_neonatal_outcomes_of_assaults_during.24.aspx
86. Organization WH. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. 2013 [cited 2024 Dec 6]; Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf
87. Ferrari G, Agnew-Davies R, Bailey J, Howard L, Howarth E, Peters TJ, et al. Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Glob Health Action* [Internet]. 2016 [cited 2024 Dec 6];9(1). Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3402/gha.v9.29890>
88. Satyanarayana VA, Chandra PS, Vaddiparti K. Mental health consequences of violence against women and girls. *Curr Opin Psychiatry* [Internet]. 2015 Aug 24 [cited 2024 Dec 6];28(5):350–6. Available from: https://journals.lww.com/co-psychiatry/fulltext/2015/09000/mental_health_consequences_of_violence_against.4.aspx
89. McManus S, Walby S, Barbosa EC, Appleby L, Brugha T, Bebbington PE, et al. Intimate partner violence, suicidality, and self-harm: a probability sample survey of the general population in England. *Lancet Psychiatry*. 2022 Jul 1;9(7):574–83.
90. Dutton MA, Green BL, Kaltman SI, Roesch DM, Zeffiro TA, Krause ED. Intimate Partner Violence, PTSD, and Adverse Health Outcomes. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260506289178> [Internet]. 2006 Jul 1 [cited 2024 Dec 6];21(7):955–68. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0886260506289178>
91. Bonomi AE, Anderson ML, Reid RJ, Rivara FP, Carrell D, Thompson RS. Medical and Psychosocial Diagnoses in Women With a History of Intimate Partner Violence. *Arch Intern Med* [Internet]. 2009 Oct 12 [cited 2024 Dec 6];169(18):1692–7. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/773615>
92. Costs of intimate partner violence against women in the United States [Internet]. 2003 [cited 2024 Dec 6]. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/6543>
93. Breiding M, Basile KC, Smith SG, Black MC, Mahendra RR. Intimate partner violence surveillance : uniform definitions and recommended data elements. Version 2.0 [Internet]. 2015 [cited 2024 Dec 6]. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/31292>
94. Sugg N. Intimate partner violence: Prevalence, health consequences, and intervention. *Medical Clinics of North America*. 2015 May 1;99(3):629–49.
95. García-Moreno C, Jansen H, ... MEGW health, 2005 undefined. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *researchgate.net* [Internet]. [cited 2024 Dec 6]; Available from: https://www.researchgate.net/profile/Lori-Heise/publication/288482508_Associations_between_violence_by_intimate_partner_and_women's_sexual_and_reproductive_health/links/5742f6c008ae298602ee6572/Associations-between-violence-by-intimate-partner-and-womens-sexual-and-reproductive-health.pdf
96. Coker AL, Smith PH, McKeown RE, King MJ. Frequency and correlates of intimate partner violence by type: physical, sexual, and psychological battering. <https://doi.org/10.2105/AJPH904553> [Internet]. 2011 Oct 10 [cited 2024 Dec 6];90(4):553–9. Available from: <https://ajph.aphapublications.org/doi/10.2105/AJPH.90.4.553>
97. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet* [Internet]. 2006 Oct 7 [cited 2024 Dec 6];368(9543):1260–9. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S0140673606695238/fulltext>

98. Black MC. Intimate Partner Violence and Adverse Health Consequences. <http://dx.doi.org/10.1177/1559827611410265> [Internet]. 2011 Jun 17 [cited 2024 Dec 7];5(5):428–39. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1559827611410265>
99. Smith SG, Zhang X, Basile KC, Merrick MT, Wang J, Kresnow M jo, et al. The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey : 2015 data brief – updated release [Internet]. 2018 [cited 2024 Dec 7]. Available from: <https://stacks.cdc.gov/view/cdc/60893>
100. Erden G, Akdur S. Türkiye’de kadına yönelik aile içi şiddet ve kadın cinayetleri. *Klinik Psikoloji Dergisi* [Internet]. 2018 Dec 25 [cited 2024 Dec 7];2(3):128–39. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/klinikpsikoloji/issue/76354/1271269>
101. Carney MM, Barner JR. Prevalence of Partner Abuse: Rates of Emotional Abuse and Control. *Partner Abuse* [Internet]. 2012 Jan 1 [cited 2024 Dec 7];3(3):286–335. Available from: <https://connect.springerpub.com/content/sgrpa/3/3/286>
102. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2000;126(5):651–80.
103. Phelan MB, Hamberger LK, Guse CE, Edwards S, Walczak S, Zosel A. Domestic Violence Among Male and Female Patients Seeking Emergency Medical Services. *Violence Vict* [Internet]. 2005 Apr 1 [cited 2024 Dec 7];20(2):187–206. Available from: <https://connect.springerpub.com/content/sgrvv/20/2/187>
104. Panchanadeswaran S, Frye V, Nandi V, Galea S, Vlahov D, Ompad D. Intimate Partner Violence and Consistent Condom Use Among Drug-Using Heterosexual Women in New York City. *Women Health* [Internet]. 2010 Mar [cited 2024 Dec 7];50(2):107–24. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03630241003705151>
105. Chan KL, Brownridge DA, Tiwari A, Fong DYT, Leung WC. Understanding Violence Against Chinese Women in Hong Kong. <http://dx.doi.org/10.1177/1077801208325088> [Internet]. 2008 Sep 22 [cited 2024 Dec 7];14(11):1295–312. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801208325088>
106. Stuart GL, Temple JR, Follansbee KW, Bucossi MM, Hellmuth JC, Moore TM. The Role of Drug Use in a Conceptual Model of Intimate Partner Violence in Men and Women Arrested for Domestic Violence. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2008 Mar;22(1):12–24.
107. Shorey RC, Elmquist J, Ninnemann A, Brasfield H, Febres J, Rothman EF, et al. The Association between Intimate Partner Violence Perpetration, Victimization, and Mental Health among Women Arrested for Domestic Violence. *Partner Abuse* [Internet]. 2012 [cited 2024 Dec 7];3(1):3. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3393128/>
108. Walton MA, Murray R, Cunningham RM, Chermack ST, Barry KL, Booth BM, et al. Correlates of Intimate Partner Violence Among Men and Women in an Inner City Emergency Department. *J Addict Dis* [Internet]. 2009 Oct [cited 2024 Dec 7];28(4):366–81. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10550880903183018>
109. Chase KA, O’Farrell TJ, Murphy CM, Fals-Stewart W, Murphy M. Factors associated with partner violence among female alcoholic patients and their male partners. <http://dx.doi.org/10.15288/jsa200364137> [Internet]. 2015 Jan 4 [cited 2024 Dec 7];64(1):137–49. Available from: <https://www.jsad.com/doi/10.15288/jsa.2003.64.137>
110. Gilbert L, El-Bassel N, Chang M, Wu E, Roy L. Substance use and partner violence among urban women seeking emergency care. *Psychology of Addictive Behaviors.* 2012 Jun;26(2):226–35.
111. Foran HM, O’Leary KD. Problem drinking, jealousy, and anger control: Variables predicting physical aggression against a partner. *J Fam Violence* [Internet]. 2008 Apr 29 [cited 2024 Dec 7];23(3):141–8. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-007-9136-5>
112. Afifi TO, Henriksen CA, Asmundson GJG, Sareen J. Victimization and perpetration of intimate partner violence and substance use disorders in a nationally representative sample. *Journal of Nervous and Mental Disease* [Internet]. 2012 Aug [cited 2024 Dec 7];200(8):684–91. Available from: https://journals.lww.com/jonmd/fulltext/2012/08000/victimization_and_perpetration_of_intimate_partner.6.aspx
113. Goldstein A. Heroin Addiction: Neurobiology, Pharmacology, and Policy. *J Psychoactive Drugs* [Internet]. 1991 [cited 2024 Dec 7];23(2):123–33. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02791072.1991.10472231>

114. Moore TM, Stuart GL. A review of the literature on marijuana and interpersonal violence. *Aggress Violent Behav.* 2005 Jan 1;10(2):171–92.
115. Schneider R, Burnette ML, Ilgen MA, Timko C. Prevalence and Correlates of Intimate Partner Violence Victimization Among Men and Women Entering Substance Use Disorder Treatment. *Violence Vict* [Internet]. 2009 Nov 1 [cited 2024 Dec 7];24(6):744–56. Available from: <https://connect.springerpub.com/content/sgrvv/24/6/744>
116. Brewer DD, Fleming CB, Haggerty KP, Catalano RF. Drug use predictors of partner violence in opiate-dependent women. *Violence Vict.* 1998;13(2):107–15.
117. Burke JG, Thieman LK, Gielen AC, O'Campo P, McDonnell KA. Intimate Partner Violence, Substance Use, and HIV Among Low-Income Women. <http://dx.doi.org/10.1177/1077801205276943> [Internet]. 2005 Sep 1 [cited 2024 Dec 7];11(9):1140–61. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1077801205276943>
118. Harrison LD, Erickson PG, Adlaf E, Freeman C. THE DRUGS–VIOLENCE NEXUS AMONG AMERICAN AND CANADIAN YOUTH†. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2001 [cited 2024 Dec 7];36(14):2065–86. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1081/JA-100108437>
119. Osgood DW, Johnston LD, O'Malley PM, Bachman JG. The Generality of Deviance in Late Adolescence and Early Adulthood. *Am Sociol Rev.* 1988 Feb;53(1):81.
120. Zubretsky T, ... KD battered women: N, 1996 undefined. The false connection between adult domestic violence and alcohol. solano.networkofcare.orgTM Zubretsky, KM Digirolamo Helping battered women: New perspectives and remedies, 1996•solano.networkofcare.org [Internet]. [cited 2024 Dec 7]; Available from: <https://solano.networkofcare.org/dv/library/article.aspx?id=1147>
121. Chermack ST, Giancola PR. The relation between alcohol and aggression: An integrated biopsychosocial conceptualization. *Clin Psychol Rev.* 1997 Sep 1;17(6):621–49.
122. Khalifeh H, Oram S, Osborn D, Howard LM, Johnson S. Recent physical and sexual violence against adults with severe mental illness: a systematic review and meta-analysis. *International Review of Psychiatry* [Internet]. 2016 Sep 2 [cited 2024 Dec 9];28(5):433–51. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540261.2016.1223608>
123. Glaser D. Child Abuse and Neglect and the Brain—A Review. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines* [Internet]. 2000 Jan [cited 2024 Dec 9];41(1):97–116. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-child-psychology-and-psychiatry-and-allied-disciplines/article/abs/child-abuse-and-neglect-and-the-brain-a-review/9641D03BDF4B3FAE8D9C793A2E135971>
124. Herman JL, Harvey MR. Adult Memories of Childhood Trauma: A Naturalistic Clinical Study. *Journal of Traumatic Stress* 1997 10:4 [Internet]. 1997 [cited 2024 Dec 9];10(4):557–71. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1024889601838>
125. Teicher MH, Samson JA, Anderson CM, Ohashi K. The effects of childhood maltreatment on brain structure, function and connectivity. *Nature Reviews Neuroscience* 2016 17:10 [Internet]. 2016 Sep 19 [cited 2024 Dec 9];17(10):652–66. Available from: <https://www.nature.com/articles/nrn.2016.111>
126. Sowder KL, Knight LA, Fishalow J. Trauma Exposure and Health: A Review of Outcomes and Pathways. *J Aggress Maltreat Trauma* [Internet]. 2018 Nov 26 [cited 2024 Dec 9];27(10):1041–59. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10926771.2017.1422841>
127. Beilharz JE, Paterson M, Fatt S, Wilson C, Burton A, Cvejic E, et al. The impact of childhood trauma on psychosocial functioning and physical health in a non-clinical community sample of young adults. <https://doi.org/10.1177/0004867419881206> [Internet]. 2019 Oct 21 [cited 2024 Dec 9];54(2):185–94. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0004867419881206>
128. Danese A, Tan M. Childhood maltreatment and obesity: systematic review and meta-analysis. *Molecular Psychiatry* 2013 19:5 [Internet]. 2013 May 21 [cited 2024 Dec 9];19(5):544–54. Available from: <https://www.nature.com/articles/mp201354>
129. Springer KW, Sheridan J, Kuo D, Carnes M. Long-term physical and mental health consequences of childhood physical abuse: Results from a large population-based sample of men and women. *Child Abuse Negl.* 2007 May 1;31(5):517–30.

130. Afifi TO, A Henriksen C, Asmundson GJG, Sareen J. Childhood Maltreatment and Substance Use Disorders among Men and Women in a Nationally Representative Sample. <http://dx.doi.org/10.1177/070674371205701105> [Internet]. 2012 Nov 1 [cited 2024 Dec 9];57(11):677–86. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674371205701105>
131. Nicolson NA, Davis MC, Kruszewski D, Zautra AJ. Childhood maltreatment and diurnal cortisol patterns in women with chronic pain. *Psychosom Med* [Internet]. 2010 [cited 2024 Dec 9];72(5):471–80. Available from: https://journals.lww.com/psychosomaticmedicine/fulltext/2010/06000/childhood_maltreatment_and_diurnal_cortisol.6.aspx
132. Gonzalez D, Mirabal AB, McCall JD. Child Abuse and Neglect. *StatPearls* [Internet]. 2023 Jul 4 [cited 2024 Dec 9]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK459146/>
133. Kaplan SJ, Pelcovitz D, Labruna V. Child and Adolescent Abuse and Neglect Research: A Review of the Past 10 Years. Part I: Physical and Emotional Abuse and Neglect. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1999 Oct 1;38(10):1214–22.
134. Özen B, Özdemir YÖ, Beştepe EE. Childhood trauma and dissociation among women with genito-pelvic pain/penetration disorder. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018 Feb 23;14:641–6.
135. Aktepe E. Çocukluk Çağı Cinsel İstismarı. *Current Approaches in Psychiatry* [Internet]. 2009 Jun 1 [cited 2024 Dec 9];1(2):95–119. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/pgy/issue/11165/133462>
136. Lynch MA, Saralidze L, Gogvadze N, Zolotor A. The National Study on Violence Against Children in Georgia: The nature and extent of violence experienced by children in the home. *PsycEXTRA Dataset* [Internet]. 2008 [cited 2024 Dec 9]; Available from: <https://doi.apa.org/doi/10.1037/e521562013-011>
137. Madigan S, Deneault AA, Racine N, Park J, Thiemann R, Zhu J, et al. Adverse childhood experiences: a meta-analysis of prevalence and moderators among half a million adults in 206 studies. *World Psychiatry* [Internet]. 2023 Oct 1 [cited 2024 Dec 9];22(3):463–71. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.21122>
138. Çelik FGH, Hocaoglu Ç. Çocukluk Çağı Travmaları: Bir Gözden Geçirme. *Sakarya Medical Journal* [Internet]. 2018 Dec 30 [cited 2024 Dec 9];8(4):695–711. Available from: <https://dergipark.org.tr/en/pub/smj/issue/41781/454535>
139. Çapar-Taşkesen T, Kahya Y, Işık H, Erşahin Z. Turkish adaptation study of the computer assisted maltreatment inventory (CAMI) and its relation to psychological symptoms. *J Aggress Maltreat Trauma* [Internet]. 2023 Mar 4 [cited 2024 Dec 9];32(3):467–86. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10926771.2022.2052390>
140. Leza L, Siria S, López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J. Adverse childhood experiences (ACEs) and substance use disorder (SUD): A scoping review. *Drug Alcohol Depend*. 2021 Apr 1;221:108563.
141. Fuller-Thomson E, Roane JL, Brennenstuhl S. Three Types of Adverse Childhood Experiences, and Alcohol and Drug Dependence Among Adults: An Investigation Using Population-Based Data. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2016 Sep 18 [cited 2024 Dec 13];51(11):1451–61. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10826084.2016.1181089>
142. Cloitre M, Stolbach BC, Herman JL, Van Der Kolk B, Pynoos R, Wang J, et al. A developmental approach to complex PTSD: Childhood and adult cumulative trauma as predictors of symptom complexity. *J Trauma Stress* [Internet]. 2009 Oct 1 [cited 2024 Dec 14];22(5):399–408. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jts.20444>
143. Chandler GE, Kalmakis KA, Murtha T. Screening Adults with Substance Use Disorder for Adverse Childhood Experiences. *J Addict Nurs* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2024 Dec 14];29(3):172–8. Available from: https://journals.lww.com/jan/fulltext/2018/07000/screening_adults_with_substance_use_disorder_for.7.aspx
144. Wendland J, Lebert A, de Oliveira C, Boujut E. Links between maltreatment during childhood or adolescence and risk-related substance use among young adults. *L'Évolution Psychiatrique*. 2017 Apr 1;82(2):e17–26.
145. Stein MD, Conti MT, Kenney S, Anderson BJ, Flori JN, Risi MM, et al. Adverse childhood experience effects on opioid use initiation, injection drug use, and overdose among persons with opioid use disorder. *Drug Alcohol Depend*. 2017 Oct 1;179:325–9.

146. Philogene-Khalid HL, Cunningham E, Yu D, Chambers JE, Brooks A, Lu X, et al. Depression and its association with adverse childhood experiences in people with substance use disorders and comorbid medical illness recruited during medical hospitalization. *Addictive Behaviors*. 2020 Nov 1;110:106489.
147. LeTendre ML, Reed MB. The Effect of Adverse Childhood Experience on Clinical Diagnosis of a Substance Use Disorder: Results of a Nationally Representative Study. *Subst Use Misuse* [Internet]. 2017 May 12 [cited 2024 Dec 14];52(6):689–97. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10826084.2016.1253746>
148. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl*. 2008 Jun 1;32(6):607–19.
149. Alhalal E, Falatah R. Intimate partner violence and hair cortisol concentration: A biomarker for HPA axis function. *Psychoneuroendocrinology*. 2020 Dec 1;122:104897.
150. Stith SM, Rosen KH, Middleton KA, Busch AL, Lundeborg K, Carlton RP. The Intergenerational Transmission of Spouse Abuse: A Meta-Analysis. *Journal of Marriage and Family* [Internet]. 2000 Aug 1 [cited 2024 Dec 10];62(3):640–54. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1741-3737.2000.00640.x>
151. Capaldi DM, Knoble NB, Shortt JW, Kim HK. A Systematic Review of Risk Factors for Intimate Partner Violence. *Partner Abuse* [Internet]. 2012 [cited 2024 Dec 10];3(2):231. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3384540/>
152. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes E, Chen H, Johnson JG. Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol*. 2003 Aug;71(4):741–53.
153. Linder JR, Collins WA. Parent and peer predictors of physical aggression and conflict management in romantic relationships in early adulthood. *Journal of Family Psychology*. 2005 Jun;19(2):252–62.
154. Renner LM, Slack KS. Intimate partner violence and child maltreatment: Understanding intra- and intergenerational connections. *Child Abuse Negl*. 2006 Jun 1;30(6):599–617.
155. Gómez AM. Testing the Cycle of Violence Hypothesis: Child Abuse and Adolescent Dating Violence as Predictors of Intimate Partner Violence in Young Adulthood. <http://dx.doi.org/10.1177/0044118X09358313> [Internet]. 2010 Jan 7 [cited 2024 Dec 10];43(1):171–92. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0044118X09358313>
156. Aba Y. Çatışmaların çözümüne yaklaşım ölçeği'nin “The revised conflict tactics scales (CTS 2)” üniversite öğrencilerinde geçerlik ve güvenilirlik çalışması. 2008 [cited 2024 Dec 19]; Available from: <http://dspace.akdeniz.edu.tr/handle/123456789/5094>
157. Ögel K, Koç C, Başabak A, ... EİB, 2015 undefined. Bağımlılık profil indeksi klinik formunun (BAPİ-K) geliştirilmesi: Geçerlik ve güvenilirlik Çalışması. *tr-scales.arabpsychology.com* [Internet]. 2015 [cited 2024 Dec 19];16(2):57. Available from: <https://tr-scales.arabpsychology.com/wp-content/uploads/pdf/bagimlilik-profil-indeksi-klinik-formu-bapi-k-toad.pdf>
158. Gündüz A, Yaşar A, ... İGAP, 2018 undefined. Çocukluk çağı olumsuz yaşantılar ölçeği türkçe formunun geçerlilik ve güvenilirlik çalışması. *anilgunduz.com* [Internet]. [cited 2024 Dec 19]; Available from: <https://www.anilgunduz.com/wp-content/uploads/2020/05/acegg.pdf>
159. Elbir M, Alp Topbaş Ö, Bayad S, Kocabaş T, Zülkif TOPAK O, Çetin Ş, et al. DSM-5 bozuklukları için yapılandırılmış klinik görüşmenin klinisyen versiyonunun türkçeye uyarlanması ve güvenilirlik çalışması. *academia.edu* [Internet]. 2019 [cited 2024 Dec 19];30. Available from: <https://www.academia.edu/download/101465141/yzTPD18030AYDEMIRdsm5bozukluklariB-legf53.pdf>
160. Uyuşturucu T, Bağımlılığı U, Merkezi İ, Müdürlüğü Ş. NARKOTİK SUÇLARLA MÜCADELE BAŞKANLIĞI.
161. Erbay E, Oğuz N, Yıldırım B, Firat E. ALKOL VE MADDE BAĞIMLILIĞI OLAN BİREYLERİN BAŞA ÇIKMA TUTUMLARI.
162. GÜLTEKİN S, Dergisi AÖSBA, 2023 undefined. MADDE İLE İLİŞKİLİ BOZUKLUKLAR: KISA BİR GÖZDEN GEÇİRME. *dergipark.org.tr* [Internet]. [cited 2024 Dec 25]; Available from: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/3260956>
163. Degenhardt L, Charlson F, Ferrari A, Santomauro D, Erskine H, Mantilla-Herrera A, et al. The global burden of disease attributable to alcohol and drug use in 195 countries and

- territories, 1990–2016: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2018 Dec 1 [cited 2024 Dec 25];5(12):987–1012. Available from: <http://www.thelancet.com/article/S2215036618303377/fulltext>
164. McHugh RK, Votaw VR, Sugarman DE, Greenfield SF. Sex and gender differences in substance use disorders. *Clin Psychol Rev*. 2018 Dec 1;66:12–23.
 165. Eslek AY, Ozsahin N, Eslek I, Ayer A. Drawing attention to addiction in women by evaluating female inpatients hospitalized in MRSHH-AMATEM. *Dusunen Adam Journal of Psychiatry and Neurological Sciences* [Internet]. 2015 [cited 2025 Mar 13];28(2):179-. Available from: <https://dusunenadamdergisi.org/article/524>
 166. Asan Ö, Tikir B, Göka E, Üniversitesi SB. Sociodemographic and clinical features of patients with alcohol and substance use disorders in a specialized unit İhsan Tuncer Tuncer. [cited 2024 Dec 25]; Available from: www.bagimlilikdergisi.net
 167. Fothergill KE, Ensminger ME, Green KM, Crum RM, Robertson J, Juon HS. The Impact of Early School Behavior and Educational Achievement on Adult Drug Use Disorders: A Prospective Study. *Drug Alcohol Depend*. 2008;92(3):191–9.
 168. Fothergill KE, Ensminger ME. Childhood and adolescent antecedents of drug and alcohol problems: A longitudinal study. *Drug Alcohol Depend*. 2006 Mar 15;82(1):61–76.
 169. Alpay N, Maner F, Kalyoncu A. AMATEM’de 1990 yılında... - Google Akademik [Internet]. [cited 2024 Dec 26]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Alpay+N%2C+Maner+F%2C+Kalyoncu+A.+AMATEM%E2%80%99de+1990+y%C4%B1%C4%B1nda+yat%C4%B1r%C4%B1lan+madde+ba%C4%9F%C4%B1ml%C4%B1lar%C4%B1n%C4%B1n+demografik+%C3%B6zellikleri+ve+ge%C3%A7mi%C5%9F+y%C4%B1llarla+k%C4%B1yaslanmas%C4%B1.+27.+Ulusal+Psikiyatri+Kongresi+Program+ve+Bildiri+%C3%96zetleri+Kitab%C4%B1+1991%3A&btnG=#d=gs_cit&t=1735208290715&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AWJl8uGTDY7EJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D1%26hl%3Dtr
 170. Uyuşturucu Madde Bağımlılarında Demografik Özellikler [Internet]. [cited 2024 Dec 26]. Available from: <https://arsiv.dusunenadamdergisi.org/ing/fArticleDetails627e.html?MkID=810>
 171. Amundsen EJ, Bretteville-Jensen AL, Rossow I. Patients admitted to treatment for substance use disorder in Norway: a population-based case–control study of socio-demographic correlates and comparative analyses across substance use disorders. *BMC Public Health*. 2022 Dec 1;22(1).
 172. Altıntoprak, AE., Akgür, SA., Kitapçıoğlu, G.,... - Google Akademik [Internet]. [cited 2024 Dec 26]. Available from: https://scholar.google.com/scholar?hl=tr&as_sdt=0%2C5&q=Alt%C4%B1ntoprak%2C+AE.%2C+Akg%C3%BCr%2C+SA.%2C+Kitap%C3%A7%C4%B1o%C4%9Flu%2C+G.%2C+Y%C3%BCnc%C3%BC%2C+Z.%2C+Co%C4%A2kunol%2C+H.+%282014%29.+Denetimli+serbestlik+olgu%C4%B1n%C4%B1n+retrospektif+analizi%3A+sosyodemografik+%C3%B6zellikler%2C+bireysel+ve+ailesel+ba%C4%9F%C4%B1ml%C4%B1n%C4%B1k+ve+su%C3%A7+%C3%B6yk%C3%BCleri+ve+tedavi+yan%C4%B1tlar%C4%B1.&btnG=#d=gs_cit&t=1735214978597&u=%2Fscholar%3Fq%3Dinfo%3AKeS8y2RJ5vcJ%3Ascholar.google.com%2F%26output%3Dcite%26scirp%3D0%26hl%3Dtr
 173. Wilson N, Bodenhorn N, Lawson G, Brown L, Bird G, Piercy FF, et al. Substance Use Among Female Graduate Students [Internet]. *Virginia Tech*; 2004 [cited 2024 Dec 27]. Available from: <http://hdl.handle.net/10919/27934>
 174. Kabasakal Z, Çelik Ö. Madde Kullanan ve İyileşmekte Olan Bireylerin Sosyal Sorun Çözme Becerilerinin İncelenmesi. [cited 2024 Dec 27]; Available from: www.yenisymposium.com
 175. Heinz AJ, Wu J, Witkiewitz K, Epstein DH, Preston KL. Marriage and relationship closeness as predictors of cocaine and heroin use. *Addictive Behaviors*. 2009 Mar;34(3):258–63.
 176. Ünübol H, Hızlı Sayar G. Prevalence and Sociodemographic Determinants of Substance Use in Turkey. *Eur Addict Res* [Internet]. 2021 Nov 1 [cited 2025 Feb 12];27(6):447–56. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33853069/>
 177. Brick J. Handbook of the medical consequences of alcohol and drug abuse. 2012 [cited 2024 Dec 30]; Available from: [https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=OnxdBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Brick,+J.+\(Ed.\),+2012.+Handbook+of+the+Medical+Consequences+of+Alcohol+and+Drug+Ab](https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=OnxdBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Brick,+J.+(Ed.),+2012.+Handbook+of+the+Medical+Consequences+of+Alcohol+and+Drug+Ab)

- use,+second+ed.+The+Haworth+Press,+Taylor+and+Francis+Group,+New+York.&ots=3m7UKCMnHh&sig=0zYUm9BqTfZAh7pljpP5V82oiC0
178. Wu LT, Zhu H, Ghitza UE. Multicomorbidity of chronic diseases and substance use disorders and their association with hospitalization: Results from electronic health records data. *Drug Alcohol Depend.* 2018 Nov 1;192:316–23.
179. Ercan E, Bilaç Ö, Kütük M, Işık Ü, Kılıçoğlu A. Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi. 2020 [cited 2025 Jan 2]; Available from: <https://books.google.com/books?hl=tr&lr=&id=YU6qEAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=B%C3%BCber+A.+Alkol+madde+kullan%C4%B1m+bozuklu%C4%9Fu.+%C3%87ocuk+ve+Ergen+Psikiyatrisi+G%C3%BCncel+Yakla%C5%9F%C4%B1mlar+ve+Temel+Kavramlar.+Edit%C3%B6rlere+Ercan+ES,+Bila%C3%A7+Ö,+Per%C3%A7inel+Yaz%C4%B1c%C4%B1+%C4%B0,+K%C3%BCt%C3%BCk+M%C3%96,+I%C5%9F%C4%B1k+%C3%9C+et+al.+Adana:+Akademisyen+Kitapevi,+2020:+687-&ots=p7EnC0TsLW&sig=4QsRpOi511N71nZaKXSaSqigM5Q>
180. Fawzy FI, Coombs RH, Gerber B. Generational continuity in the use of substances: The impact of parental substance use on adolescent substance use. *Addictive Behaviors.* 1983;8(2):109–14.
181. Srivastava S, Kumar P, Rashmi, Paul R, Dhillon P. Does substance use by family members and community affect the substance use among adolescent boys? Evidence from UDAYA study, India. *BMC Public Health* [Internet]. 2021 Dec 1 [cited 2025 Jan 2];21(1):1–10. Available from: <https://link.springer.com/articles/10.1186/s12889-021-11911-5>
182. Adresi Y, Kardaş Ö, Üniversitesi Tıp Fakültesi Çocuk ve Ergen Psikiyatrisi Anabilim Dalı K, Kardaş B, Üniversitesi K. Çocuk ve Ergen Madde Bağımlılığı Tedavi Merkezine Başvuran Olguların Sosyodemografik ve Madde Kullanım Özelliklerinin İncelenmesi Investigation of Sociodemographic and Substance Use Characteristics of Cases Referred to Child and Adolescent Substance Abuse Treatment Center. *Bağımlılık Dergisi.* 2023;24(2):174–85.
183. Saladino V, Mosca O, Petrucci F, Hoelzlhammer L, Lauriola M, Verrastro V, et al. The Vicious Cycle: Problematic Family Relations, Substance Abuse, and Crime in Adolescence: A Narrative Review. *Front Psychol* [Internet]. 2021 Jul 26 [cited 2025 Jan 2];12:673954. Available from: www.frontiersin.org
184. Ögel K, Dependence AAJ of, 2007 undefined. Tutuklu Ve Hükümlü Ergenlerde Madde Kullanımı. ogelk.net Ögel, A Aksoy *Journal of Dependence*, 2007•ogelk.net [Internet]. 2007 [cited 2025 Jan 2];8(1):11–7. Available from: <https://ogelk.net/makale/tutuklu.pdf>
185. GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ ALKOL VE MADDE KULLANIM BOZUKLUKLARI BİRİMİNE BAŞVURAN HASTALARIN SOSYODEMOGRAFIK ÖZELLİKLERİ.
186. Boles SM, Miotto K. Substance abuse and violence: A review of the literature. *Aggress Violent Behav.* 2003 Mar 1;8(2):155–74.
187. Cafferky BM, Mendez M, Anderson JR, Stith SM. Substance use and intimate partner violence: A meta-analytic review. *Psychol Violence.* 2018;8(1):110–31.
188. O'Farrell T, Clinical CMJ of C and, 1995 undefined. Marital violence before and after alcoholism treatment. psycnet.apa.org TJ O'Farrell, CM Murphy *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1995•psycnet.apa.org [Internet]. [cited 2025 Jan 7]; Available from: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1995-25613-001.html>
189. Chermack ST, Roll J, Reilly M, Davis L, Kilaru U, Grabowski J. Comparison of patient self-reports and urinalysis results obtained under naturalistic methadone treatment conditions. *Drug Alcohol Depend.* 2000 Apr 1;59(1):43–9.
190. Baker M, Straus MA, Gelles RJ. Physical Violence in American Families: Risk Factors and Adaptations to Violence in 8,145 Families. *Can J Sociol.* 1991 Summer;16(3):326.
191. Field CA, Caetano R. Intimate Partner Violence in the U.S. General Population. <http://dx.doi.org/10.1177/0886260504267757> [Internet]. 2005 Apr 1 [cited 2025 Jan 7];20(4):463–9. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0886260504267757>
192. Krebs C, Breiding MJ, Browne A, Warner T. The Association Between Different Types of Intimate Partner Violence Experienced by Women. *J Fam Violence* [Internet]. 2011 Aug 4 [cited 2025 Jan 17];26(6):487–500. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-011-9383-3>

193. Chermack ST, Murray RL, Walton MA, Booth BA, Wryobeck J, Blow FC. Partner aggression among men and women in substance use disorder treatment: Correlates of psychological and physical aggression and injury. *Drug Alcohol Depend.* 2008 Nov 1;98(1–2):35–44.
194. Murphy CM, O'Farrell TJ. Factors Associated With Marital Aggression in Male Alcoholics. *Journal of Family Psychology.* 1994 Sep;8(3):321–35.
195. Gondolf EW, Foster RA. Wife Assault Among VA Alcohol Rehabilitation Patients. <https://doi.org/10.1176/ps.42.1.74> [Internet]. 2006 [cited 2025 Jan 9];42(1):74–9. Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.42.1.74>
196. Fals-Stewart W, Kashdan TB, O'Farrell TJ, Birchler GR. Behavioral couples therapy for drug-abusing patients: effects on partner violence. *J Subst Abuse Treat.* 2002 Mar 1;22(2):87–96.
197. Gümüş AB, Şıpkın S, Erdem Ö. The prevalence of intimate partner violence against women and women's methods of coping with partner violence. *J Psychiatr Nurs.* 2020;11(2):79–87.
198. Moore TM, Stuart GL, Meehan JC, Rhatigan DL, Hellmuth JC, Keen SM. Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. Vol. 28, *Clinical Psychology Review.* Elsevier Inc.; 2008. p. 247–74.
199. Salom CL, Williams GM, Najman JM, Alati R. Substance use and mental health disorders are linked to different forms of intimate partner violence victimisation. *Drug Alcohol Depend.* 2015 Jun 1;151:121–7.
200. Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues* [Internet]. 1996 [cited 2025 Jan 9];17(3):283–316. Available from: https://www.researchgate.net/publication/240329416_The_Revised_Conflict_Tactics_Scales_CTS2_Development_and_Preliminary_Psychometric_Data
201. Ehrensaft MK, Cohen P, Brown J, Smailes E, Chen H, Johnson JG. Intergenerational transmission of partner violence: A 20-year prospective study. *J Consult Clin Psychol.* 2003 Aug;71(4):741–53.
202. O'Leary KD, Williams MC. Agreement about acts of aggression in marriage. *Journal of Family Psychology.* 2006 Dec;20(4):656–62.
203. Goldstein PJ. THE DRUGS/NOLENCE NEXUS: A TRIPARTITE CONCEPTUAL FRAMEWORK.
204. Moore TM, Stuart GL, Meehan JC, Rhatigan DL, Hellmuth JC, Keen SM. Drug abuse and aggression between intimate partners: A meta-analytic review. Vol. 28, *Clinical Psychology Review.* Elsevier Inc.; 2008. p. 247–74.
205. Caldwell JE, Swan SC, Allen CT, Sullivan TP, Snow DL. Why I Hit Him: Women's Reasons for Intimate Partner Violence. *J Aggress Maltreat Trauma* [Internet]. 2009 Oct 15 [cited 2025 Jan 9];18(7):672–97. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/10926770903231783>
206. Archer J. Sex differences in aggression between heterosexual partners: A meta-analytic review. *Psychol Bull.* 2000;126(5):651–80.
207. Swan SC, Gambone LJ, van Horn ML, Snow DL, Sullivan TP. Factor Structures for Aggression and Victimization Among Women Who Used Aggression Against Male Partners. <http://dx.doi.org/10.1177/1077801212461429> [Internet]. 2012 Sep 24 [cited 2025 Jan 9];18(9):1045–66. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1077801212461429>
208. Sullivan TP, Meese KJ, Swan SC, Mazure CM, Snow DL. Precursors and Correlates of Women's Violence: Child Abuse Traumatization, Victimization of Women, Avoidance Coping, and Psychological Symptoms. <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.2005.00223.x> [Internet]. 2005 Sep 1 [cited 2025 Jan 9];29(3):290–301. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1111/j.1471-6402.2005.00223.x>
209. Straus MA, Ramirez IL. Gender symmetry in prevalence, severity, and chronicity of physical aggression against dating partners by university students in Mexico and USA. *Aggress Behav* [Internet]. 2007 Jul 1 [cited 2025 Jan 10];33(4):281–90. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/ab.20199>
210. Straus MA. Gender symmetry and mutuality in perpetration of clinical-level partner violence: Empirical evidence and implications for prevention and treatment. *Aggress Violent Behav.* 2011 Jul 1;16(4):279–88.

211. Sorrentino R, Friedman SH, Hall R. Gender Considerations in Violence. *Psychiatric Clinics of North America* [Internet]. 2016 Dec 1 [cited 2025 Jan 10];39(4):701–10. Available from: <http://www.psych.theclinics.com/article/S0193953X16300405/fulltext>
212. Buttell FP., Carney MMohr. Female Perpetrators of Intimate Abuse. 2014 Jun 3 [cited 2025 Jan 10];1–31. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781315864419-1/female-perpetrators-intimate-abuse-donald-dutton-tonia-nicholls-alicia-spidel>
213. Desmarais SL, Reeves KA, Nicholls TL, Telford RP, Fiebert MS. Prevalence of Physical Violence in Intimate Relationships, Part 2: Rates of Male and Female Perpetration. *Partner Abuse* [Internet]. 2012 [cited 2025 Jan 10];3(2):170. Available from: <http://dx.doi.org/10.1891/1946-6560.3.2.170>
214. Cross CP, Campbell A. Women's aggression. *Aggress Violent Behav.* 2011 Sep 1;16(5):390–8.
215. Capaldi DM, Kim HK, Shortt JW. Observed initiation and reciprocity of physical aggression in young, at-risk couples. *J Fam Violence* [Internet]. 2007 Feb 7 [cited 2025 Jan 10];22(2):101–11. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-007-9067-1>
216. Jaffe JH, Babor TF, Fishbein DH. Alcoholics, aggression and antisocial personality. *J Stud Alcohol* [Internet]. 1988 [cited 2025 Jan 6];49(3):211–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3374134/>
217. Miczek KA, Debold JF, Hwa LS, Newman EL, de Almeida RMM. Alcohol and violence: Neuropeptidergic modulation of monoamine systems. *Ann N Y Acad Sci.* 2015 Sep 1;1349(1):96–118.
218. Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ, Arteaga A, Haro B. Gender differences in unidirectional and bidirectional intimate partner violence in addictions. *Am J Drug Alcohol Abuse* [Internet]. 2020 Mar 3 [cited 2025 Jan 6];46(2):194–202. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31498655/>
219. Langhinrichsen-Rohling J, Misra TA, Selwyn C, Rohling ML. Rates of Bidirectional Versus Unidirectional Intimate Partner Violence Across Samples, Sexual Orientations, and Race/Ethnicities: A Comprehensive Review. *Partner Abuse.* 2012;3(2):199–230.
220. Langhinrichsen-Rohling J. Controversies involving gender and intimate partner violence in the United States. *Sex Roles.* 2010 Feb;62(3–4):179–93.
221. Bates EA. Current Controversies within Intimate Partner Violence: Overlooking Bidirectional Violence. *J Fam Violence* [Internet]. 2016 Nov 1 [cited 2025 Jan 6];31(8):937–40. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10896-016-9862-7>
222. Drapkin ML, McCrady BS, Swingle JM, Epstein EE. Exploring bidirectional couple violence in a clinical sample of female alcoholics. <http://dx.doi.org/10.15288/jsa200566213> [Internet]. 2015 Jan 4 [cited 2025 Jan 7];66(2):213–9. Available from: <https://www.jsad.com/doi/10.15288/jsa.2005.66.213>
223. Watkins KE, Hunter SB, Wenzel SL, Tu W, Paddock SM, Griffin A, et al. Prevalence and characteristics of clients with co-occurring disorders in outpatient substance abuse treatment. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse.* 2004;30(4):749–64.
224. Comorbidity of Major Depression and Suicidal Behavior Among 602 Patients With Substance Use Dis-orders Subtype of Major Depression Defined by Timing Versus No Major Depression Odds Ratio Derived From Logistic Regression Analyses a Mean Number of Attempts Derived From Linear Regression Analysis (N=197) a.
225. Okuda M, Olfson M, Hasin D, Grant BF, Lin KH, Blanco C. Mental health of victims of intimate partner violence: Results from a national epidemiologic survey. *Psychiatric Services* [Internet]. 2011 [cited 2025 Jan 20];62(8):959–62. Available from: https://psychiatryonline.org/doi/10.1176/ps.62.8.pss6208_0959
226. Ahmadabadi Z, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM, d'Abbs P, Tran N. Intimate partner violence and subsequent depression and anxiety disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2025 Jan 20];55(5):611–20. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00127-019-01828-1>
227. Chermack ST, Murray RL, Walton MA, Booth BA, Wryobeck J, Blow FC. Partner aggression among men and women in substance use disorder treatment: Correlates of psychological and physical aggression and injury. *Drug Alcohol Depend.* 2008 Nov 1;98(1–2):35–44.

228. Taft CT, O'Farrell TJ, Doron-Lamarca S, Panuzio J, Suvak MK, Gagnon DR, et al. Longitudinal risk factors for intimate partner violence among men in treatment for alcohol use disorders. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Dec;78(6):924–35.
229. Leza L, Siria S, López-Goñi JJ, Fernández-Montalvo J. Adverse childhood experiences (ACEs) and substance use disorder (SUD): A scoping review. *Drug Alcohol Depend*. 2021 Apr 1;221.
230. Chandler GE, Kalmakis KA, Murtha T. Screening Adults with Substance Use Disorder for Adverse Childhood Experiences. *J Addict Nurs* [Internet]. 2018 Jul 1 [cited 2025 Jan 17];29(3):172–8. Available from: https://journals.lww.com/jan/fulltext/2018/07000/screening_adults_with_substance_use_disorder_for.7.aspx
231. Hales GK, Saribaz ZE, Debowska A, Rowe R. Links of Adversity in Childhood With Mental and Physical Health Outcomes: A Systematic Review of Longitudinal Mediating and Moderating Mechanisms. *Trauma Violence Abuse* [Internet]. 2023 Jul 1 [cited 2025 Jan 14];24(3):1465–82. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/15248380221075087>
232. Dragioti E, Radua J, Solmi M, Arango C, Oliver D, Cortese S, et al. Global population attributable fraction of potentially modifiable risk factors for mental disorders: a meta-umbrella systematic review. *Molecular Psychiatry* 2022 27:8 [Internet]. 2022 Apr 28 [cited 2025 Jan 14];27(8):3510–9. Available from: <https://www.nature.com/articles/s41380-022-01586-8>
233. Ahmadabadi Z, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM, d'Abbs P, Smirnov A. Intimate partner violence in emerging adulthood and subsequent substance use disorders: findings from a longitudinal study. *Addiction* [Internet]. 2019 Jul 1 [cited 2025 Jan 14];114(7):1264–73. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/add.14592>
234. De Bellis MD. Developmental traumatology: The psychobiological development of maltreated children and its implications for research, treatment, and policy. *Dev Psychopathol* [Internet]. 2001 Jun [cited 2025 Jan 15];13(3):539–64. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/development-and-psychopathology/article/abs/developmental-traumatology-the-psychobiological-development-of-maltreated-children-and-its-implications-for-research-treatment-and-policy/C6AB7D5DFD218B267BD642BE5B6618DA>
235. Park S, Kim SH. The power of family and community factors in predicting dating violence: A meta-analysis. *Aggress Violent Behav*. 2018 May 1;40:19–28.
236. O'Hearn HG, Margolin G. Men's Attitudes Condoning Marital Aggression: A Moderator between Family of Origin Abuse and Aggression against Female Partners. *Cognitive Therapy and Research* 2000 24:2 [Internet]. 2000 Apr [cited 2025 Jan 9];24(2):159–74. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1005493908363>
237. Markowitz FE. Attitudes and family violence: Lintergenerational and cultural theories. *J Fam Violence* [Internet]. 2001 Jun [cited 2025 Jan 9];16(2):205–18. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1023/A:1011115104282>
238. Stuart GL, Ramsey SE, Moore TM, Kahler CW, Farrell LE, Recupero PR, et al. Marital Violence Victimization and Perpetration Among Women Substance Abusers. <http://dx.doi.org/10.1177/107780102400447078> [Internet]. 2002 Aug 1 [cited 2024 Dec 12];8(8):934–52. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/107780102400447078>
239. Fernández-Montalvo J, Arteaga A, López-Goñi JJ. Treatment effectiveness of intimate partner violence perpetration among patients in a drug addiction program. *Psychol Violence*. 2019 Mar 1;9(2):156–66.
240. Arteaga A, Fernández-Montalvo J, López-Goñi JJ. Prevalence and differential profile of patients with drug addiction problems who commit intimate partner violence. *American Journal on Addictions*. 2015 Dec 1;24(8):756–64.
241. Ackerman J. Assessing conflict tactics scale validity by examining intimate partner violence overreporting. *Psychol Violence*. 2017 Apr 10;8(2):207–17.

EKLER

Ek-1: Aydınlatılmış Onam Formu

ARAŞTIRMAYA KATILACAK HASTALAR İÇİN AYDINLATILMIŞ ONAM FORMU

“Madde kullanım bozukluğu tanılı hastalarda yakın partner şiddetinin cinsiyetler arasında farklılığı, çocukluk çağı travması ve bağımlılık şiddeti ile ilişkisinin araştırılması” isimli araştırma, Dr. Fatma Asan tarafından açıklandı. Madde kullanım bozukluğu tanılı hastalarda yakın partner şiddetinin cinsiyetler arasında farklılığı, çocukluk çağı travması ve bağımlılık şiddeti ile ilişkisinin araştırılması amacıyla yapılan bu çalışmanın toplam 205 katılımcının kendisi tarafından doldurulacak olan çeşitli psikiyatrik ölçekler sonrasında elde edilen verilerin toplanması ile kendisi tarafından yürütüleceğini, herhangi bir şekilde parasal ödemede bulunmam gerekmeyeceğini belirtti.

Araştırmaya katılmam halinde İzleyiciler, yoklama yapan kişiler, etik kurul, kurum ve diğer ilgili sağlık otoritelerinin gönüllünün orijinal tıbbi kayıtlarına doğrudan erişimlerinin bulunabileceği, ancak bu bilgilerin gizli tutulacağı, yazılı bilgilendirilmiş gönüllü olur formunun imzalanmasıyla gönüllü veya kanuni temsilcisinin söz konusu erişime izin vermiş olacağı, yalnızca verilerin analiz için kullanılacağı;

Araştırma konusuyla ilgili ve gönüllünün araştırmaya katılmaya devam etme isteğini etkileyebilecek yeni bilgiler elde edildiğinde gönüllünün veya kanuni temsilcisinin zamanında bilgilendirileceği;

Gerekirse testlere başladıktan sonra istediğim zaman, herhangi bir cezaya veya yaptırıma maruz kalmaksızın, hiçbir hakkını kaybetmeksizin araştırmaya katılmayı reddedebileceğim veya araştırmadan çekilebileceğim, araştırmadan çıkarılmam veya çıkmam halinde, hastalığım ile ilgili tedavisinde bir aksama olmayacağı araştırmadan ayrılabilirim açıklandı.

Bilgilendirilmiş gönüllü olur formundaki tüm açıklamaları okudum. Bana yukarıda konusu ve amacı belirtilen araştırma ile ilgili yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı. Araştırmaya gönüllü olarak katıldığımı, istediğim zaman gerekçeli veya gerekçesiz olarak araştırmadan ayrılabilirim biliyorum;

Söz konusu araştırmaya, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın kendi rızamla katılmayı kabul ediyorum;

Bu çalışma sonuçlarının kullanılmasını kısıtlamamayı, yayın, rapor ve benzeri bilimsel dokümanlarda kullanılmasını kabul ediyorum.

İster doğrudan, ister dolaylı olsun araştırma uygulamasından kaynaklanan nedenlerle meydana gelebilecek herhangi bir sağlık sorunumun ortaya çıkması halinde, her türlü tıbbi müdahalenin sağlanacağı konusunda gerekli güvence verildi.

Tarih:

Araştırmaya katılan gönüllü hastanın;

Adı soyadı :

İmzası :

Araştırmayı yürüten Dr.;

Adı soyadı : Dr. Fatma Asan

Bölümü : Psikiyatri

İmzası:

Ek-2: Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği

Ek: 5

Çatışmaların Çözümüne Yaklaşım Ölçeği

Bir çiftin, ne kadar iyi geçinseler de karşılarındaki kişiye sınırladıkları, karşı taraftan farklı şeyler istedikleri ya da sadece yorgun, moralleri bozuk olduğu için tartıştıkları, kavga ettikleri zamanlar olacaktır. Çiftler farklılıklarından kaynaklanan bu tip durumları çeşitli şekillerde çözmeye çalışırlar. Aşağıdaki liste, aramızda farklılıklar olduğunda olabilecekler hakkındadır. Lütfen, geçtiğimiz yıl içerisinde sizin ve kız/erkek arkadaşınızın listedekileri ne kadar yaptığınızı işaretleyiniz. Eğer bunlardan birini geçtiğimiz yıl içinde yaşamadınız ama önceki yıllarda yaşıyorsanız 7'yi işaretleyiniz.

	1 Kez	2 Kez	3-5 Kez	6-10 Kez	11-20 Kez	20'den fazla	Son Bir Yılda	Hic
Erkek/Kız arkadaşımın görüş ayrılığımız olmasına karşın ona ilgi gösterdim.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/Kız arkadaşımın görüş ayrılığımız olmasına karşın bana ilgi gösterdi.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/Kız arkadaşımın anlaşamadığımız konularda beni rahatsız eden durumu ona açıkladım.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/Kız arkadaşım da bana açıkladı.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/Kız arkadaşımın hakaret ya da küfür etti.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/Kız arkadaşım bana hakaret ya da küfür etti	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/Kız arkadaşımın onu yaralayabilecek bir eşya fırlattım.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/Kız arkadaşım bana, beni yaralayabilecek bir eşya fırlattı.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşımın kolunu burktum ya da saçımı çektim.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşım da benim kolumu burktu ya da saçımı çekti.	1	2	3	4	5	6	7	0
Kavgamızın sonucunda vücudumda incinme, çürük ya da ufak kesikler oldu.	1	2	3	4	5	6	7	0
Kavgamızın sonucunda erkek/kız arkadaşımın vücudunda incinme, çürük ya da ufak kesikler oldu.	1	2	3	4	5	6	7	0
Herhangi bir durum/olay karşısında erkek/kız arkadaşımın duygularına saygı gösterdim.	1	2	3	4	5	6	7	0

1 Kez	2 Kez	3-5 Kez	6-10 Kez	11-20 Kez	20'den fazla	Son Bir Yılda	Hiç
Herhangi bir durum/olay karşısında erkek/kız arkadaşım benim duygularıma saygı gösterdi.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşımı prezervatif kullanmadan ilişkiye girmek için zorladım.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşım prezervatif kullanmadan ilişkiye girmek için beni zorladı.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/Kız arkadaşımı ittim ya da sarstım.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/Kız arkadaşım beni itti ya da sarstı.	1	2	3	4	5	6	7
Oral ya da anal ilişkiye girmek için erkek/kız arkadaşşıma karşı güç kullandım (vurmak, yere çalmak, silah kullanmak gibi).	1	2	3	4	5	6	7
Oral ya da anal ilişkiye girmek için erkek/kız arkadaşım bana karşı güç kullandı (vurmak, yere çalmak, silah kullanmak gibi).	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/Kız arkadaşşıma silah ya da bıçak çektim.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşım bana silah ya da bıçak çekti.	1	2	3	4	5	6	7
Kavga sırasında erkek/kız arkadaşım başıma vurduğu için baygınlık geçirdim.	1	2	3	4	5	6	7
Kavga sırasında erkek/kız arkadaşımın başına vurduğum için baygınlık geçirdi.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşımı şişko ya da çirkin diye çağırdım.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/Kız arkadaşım beni şişko ya da çirkin diye çağırdı.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşımı yumrukladım ya da onu yaralayabilecek bir eşya ile vurdum.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşım beni yumrukladı ya da beni yaralayabilecek bir eşya ile vurdu.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşşıma ait herhangi bir eşyaya zarar verdim.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşım bana ait herhangi bir eşyaya zarar verdi.	1	2	3	4	5	6	7

Erkek/kız arkadaşımla kavgamızın sonucunda doktora gitmem gerekti.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşımla kavgamızın sonucunda onun doktora gitmesi gerekti.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşımın boğazını sıktım.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşım benim boğazımı sıktı.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşım bana karşı sesimi yükseltti/bağırdım.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşım bana karşı sesini yükseltti/bağırdı.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşımı duvara vurdum/çarptım.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşım beni duvara vurdu/çarptı.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşım aramızdaki sorunu çözebileceğimizden emin olduğumu söyledim.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşım bana aramızdaki sorunu çözebileceğimizden emin olduğumu söyledi.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşımla yaşadığımız bir kavga sonucunda doktora gitmem gerekti ama gitmedim.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşımla yaşadığımız bir kavga sonucunda onun doktora gitmesi gerekti ama gitmedi.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşımı dövdüm.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşım beni dövdü.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşımı zorla alkoydum.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşım beni zorla alkoydu.	1	2	3	4	5	6	7	0
Cinsel ilişkiye girmesi için erkek/kız arkadaşım karşı güç kullandım (vurmak, yere çalmak, silah kullanmak gibi).	1	2	3	4	5	6	7	0
Cinsel ilişkiye girmem için erkek/kız arkadaşım bana karşı güç kullandı (vurmak, yere çalmak, silah kullanmak gibi).	1	2	3	4	5	6	7	0

Tartışma sırasında odayı, evi ya da bulunduğumuz mekanı terk ettim.	1	2	3	4	5	6	7	0
Tartışma sırasında arkadaşım odayı, evi ya da bulunduğumuz mekanı terk etti.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşımı istemediği zaman cinsel ilişkiye girmesi için ısrar ettim (fiziksel güç kullanmadan).	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşımı istemediği zaman cinsel ilişkiye girmem için bana ısrar etti (fiziksel güç kullanmadan).	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşımı tokat attım.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşım bana tokat attı.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşım ile kavgamız sonucunda kemiğim kırıldı.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşım ile kavgamız sonucunda onun kemiği kırıldı.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşımı oral ya da anal ilişkiye girmesi için zarar vermekle tehdit ettim.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşım oral ya da anal ilişkiye girmek için zarar vermekle tehdit etti.	1	2	3	4	5	6	7	0
Arkadaşım ile anlaşamadığımız bir durumda alttan alarak ona uzlaşmayı önerdim.	1	2	3	4	5	6	7	0
Arkadaşım, anlaşamadığımız bir durumda alttan alarak bana uzlaşmayı önerdi.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşımı bilerek yaktım / haşladım.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşımı beni bilerek yaktı / haşladı.	1	2	3	4	5	6	7	0
Erkek/kız arkadaşım, oral ya da anal cinsel ilişki kurması için ikna ettim (fiziksel güç kullanmadan).	1	2	3	4	5	6	7	0

1 Kez	2 Kez	3-5 Kez	6-10 Kez	11-20 Kez	20'den fazla	Son Bir Yıdan Daha Önce	Hiç
Erkek/kız arkadaşım, oral ya da anal cinsel ilişki kurmak için beni ikna etti (fiziksel güç kullanmadan).	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşımı kötü bir sevgili olmakla suçladım.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşımı beni kötü bir sevgili olmakla suçladı.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşımı üzmemek için bir şey yaptım.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşım beni üzmemek için bir şey yaptı.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşımı dövmek ya da ona bir eşya fırlatmakla tehdit ettim.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşım beni dövmek ya da bana bir eşya fırlatmakla tehdit etti.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşım ile kavgamızdan dolayı bedenimde ertesi gün de devam eden fiziksel acı hissettim.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşım kavgamızdan dolayı bedenimde ertesi gün de devam eden fiziksel acı hissetti.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşımı tekmeledim.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşım beni tekmeledi.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşımı cinsel ilişkiye girmesi için tehdit ettim.	1	2	3	4	5	6	7
Erkek/kız arkadaşım cinsel ilişkiye girmek için beni tehdit etti.	1	2	3	4	5	6	7
Yaptığımız bir tartışma sonrasında erkek/kız arkadaşımın getirdiği barış önerisini kabul ettim.	1	2	3	4	5	6	7
Yaptığımız bir tartışma sonrasında erkek/kız arkadaşım getirdiğim barış önerisini kabul etti.	1	2	3	4	5	6	7

Conflict Tactics Scale (CTS2)

No matter how well a couple gets along, there are times when they disagree, get annoyed with the other person, want different things from each other, or just have spats or fights because they are in a bad mood, are tired, or for some other reason.

Couples also have many different ways of trying to settle their differences. This is a list of things that might happen when you have differences. Please circle how many times you did each of these things in the past year, and how many times your partner did them in the past year. If you or your partner did not do one of these things in the past year, but it happened before that, circle "7."

	Once	Twice	3-5 Times	6-10 Times	11-20 Times	More than 20 Times	Before in the past year	Never
1. I showed my partner I cared even though we disagreed.	1	2	3	4	5	6	7	0
2. My partner showed care for me even though we disagreed.	1	2	3	4	5	6	7	0
3. I explained my side of a disagreement to my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
4. My partner explained his or her side of a disagreement to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
5. I insulted or swore at my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
6. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
7. I threw something at my partner that could hurt.	1	2	3	4	5	6	7	0
8. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
9. I twisted my partner's arm or hair.	1	2	3	4	5	6	7	0
10. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
11. I had a sprain, bruise, or small cut because of a fight with my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
12. My partner had a sprain, bruise, or small cut because of a fight with me.	1	2	3	4	5	6	7	0
13. I showed respect for my partner's feelings about an issue.	1	2	3	4	5	6	7	0

14. My partner showed respect for my feelings about an issue.	Once	Twice	3-5 Times	6-10 Times	11-20 Times	More than 20 Times	Before in the past year	Never
15. I made my partner have sex without a condom.	1	2	3	4	5	6	7	0
16. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
17. I pushed or shoved my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
18. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
19. I used force (like hitting, holding down, or using a weapon) to have oral or anal sex.	1	2	3	4	5	6	7	0
20. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
21. I used a knife or gun on my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
22. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
23. I passed out from being hit on the head by my partner in a fight.	1	2	3	4	5	6	7	0
24. My partner passed out from being hit on the head in a fight with me.	1	2	3	4	5	6	7	0
25. I called my partner fat or ugly.	1	2	3	4	5	6	7	0
26. My partner called me fat or ugly.	1	2	3	4	5	6	7	0
27. I punched or hit my partner with something that could hurt.	1	2	3	4	5	6	7	0
28. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
29. I destroyed something belonging to my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
30. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0

	Once	Twice	3-5 Times	6-10 Times	11-20 Times	More than 20 Times	Before in the past year	Never
31. I went to a doctor because of a fight with my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
32. My partner went to a doctor because of a fight with me.	1	2	3	4	5	6	7	0
33. I choked my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
34. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
35. I shouted or yelled at my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
36. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
37. I slammed my partner against a wall.	1	2	3	4	5	6	7	0
38. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
39. I said I was sure we could work out a problem.	1	2	3	4	5	6	7	0
40. My partner was sure we could work it out.	1	2	3	4	5	6	7	0
41. I needed to see a doctor because of a fight with my partner, but I didn't.	1	2	3	4	5	6	7	0
42. My partner needed to see a doctor because of a fight with me, but didn't.	1	2	3	4	5	6	7	0
43. I beat up my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
44. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
45. I grabbed my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
46. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
47. I used force (like hitting, holding down, or using a weapon) to make my partner have sex.	1	2	3	4	5	6	7	0
48. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0

	Once	Twice	3-5 Times	6-10 Times	11-20 Times	More than 20 Times	Before in the past year	Never
49. I stomped out of the room or house or yard during a disagreement.	1	2	3	4	5	6	7	0
50. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
51. I insisted on sex when my partner did not want to (but did not use physical force).	1	2	3	4	5	6	7	0
52. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
53. I slapped my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
54. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
55. My partner had a broken bone from a fight with me.	1	2	3	4	5	6	7	0
56. My partner had a broken bone from a fight with me.	1	2	3	4	5	6	7	0
57. I used threats to make my partner have oral or anal sex.	1	2	3	4	5	6	7	0
58. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
59. I suggested a compromise to a disagreement	1	2	3	4	5	6	7	0
60. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
61. I burned or scalded my partner on purpose.	1	2	3	4	5	6	7	0
62. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
63. I insisted my partner have oral or anal sex (but did not use physical force).	1	2	3	4	5	6	7	0

	Once	Twice	3-5 Times	6-10 Times	11-20 Times	More than 20 Times	Before in the past year	Never
64. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
65. I accused my partner of being a lousy lover.	1	2	3	4	5	6	7	0
66. My partner accused me of this.	1	2	3	4	5	6	7	0
67. I did something to spite my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
68. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
69. I threatened to hit or throw something at my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
70. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
71. I felt physical pain that still hurt the next day because of a fight with my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
72. My partner still felt physical pain that the next day because of a fight we had.	1	2	3	4	5	6	7	0
73. I kicked my partner.	1	2	3	4	5	6	7	0
74. My partner did this to me.			3	4	5	6	7	0
75. I used threats to make my partner have sex.	1	2	3	4	5	6	7	0
76. My partner did this to me.	1	2	3	4	5	6	7	0
77. I agreed to try a solution to a disagreement my partner suggested.	1	2	3	4	5	6	7	0
78. My partner agreed to try a solution I suggested.	1	2	3	4	5	6	7	0

EK-3: BAPİ-K

✓bapi-k

Lütfen her maddeyi dikkatlice okuyun.
Soruları boş bırakmayın, kendinizi en yakın hissettiğiniz tek bir şıkkı işaretleyin.

I Adınız soyadınız [.....]

II Doğum tarihiniz [.....]

III Cinsiyetiniz?

☐ Kadın ☐ Erkek

IV Eğitiminiz?

☐ Okur yazar ☐ İlkokulu bitirmiş ☐ Ortaokulu bitirmiş ☐ Liseyi bitirmiş ☐ Üniversiteyi bitirmiş

V Medeni durumunuz?

☐ Evli ☐ Bekar ☐ Ayrı ☐ Boşanmış ☐ Dul ☐ Diğer

VI Çocuğunuz var mı?

☐ Evet ☐ Hayır

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

☐ Evet ☐ Hayır

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdaki maddeleri kullanıp kullanmadığınızı veya ne sıklıkta kullandığınızı belirtiniz

		Son bir yıl içinde...				
		Hiç	Sadece bir iki kez	Ayda 1-3 kere	Haftada 1-5 kez	Hemen hemen her gün
1	Alkol	☐	☐	☐	☐	☐
2	Esrar (marihuana, joint, gubar vb).....	☐	☐	☐	☐	☐
2b	Bonzai, jamaikan (sentetik kannabinoid)	☐	☐	☐	☐	☐
3	Ecstasy (Ekstazi)	☐	☐	☐	☐	☐
4	Eroin	☐	☐	☐	☐	☐
5	Kokain	☐	☐	☐	☐	☐
6	Taş (krak kokain).....	☐	☐	☐	☐	☐
7	Rohipnol, rivotril (roş) gibi haplar.....	☐	☐	☐	☐	☐
8	Uçucu maddeler (tiner, bali, gaz vb).....	☐	☐	☐	☐	☐
9	Çeşitli haplar (akineton, tantum, xanax vb).....	☐	☐	☐	☐	☐
10	Amfetamin türevleri (metamfetamin, ice vb).....	☐	☐	☐	☐	☐
11	Diğer (LSD, GHB vb).....	☐	☐	☐	☐	☐

Dikkat!

Aşağıdaki sorularda yer alan [madde] sözcüğü son dönem içinde kullanmayı daha çok tercih ettiğiniz maddeyi anlatmaktadır. Bu nedenle temel olarak kullandığınız madde neyse, sorularda onu [madde] sözcüğü yerine koyunuz.

Örneğin...

“[Madde] kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” yerine alkol içiyorsanız “Alkol kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” veya esrar içiyorsanız “Esrar kullanmak aile ilişkilerimi olumsuz yönde etkiledi” biçiminde okuyun.

- 12 [Madde] etkisinde olduğunuz zamanlarda, ne sıklıkta problem yaşıyorsunuz? (örneğin film kopması, aşırı doz alma, kontrol kaybı vb)
- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

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

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

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

- 13 Kullandığınız [maddenin] miktarı zaman içinde giderek arttı mı? (örneğin giderek daha fazla miktarda [madde] kullanmak)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- 14 Her zamanki dozda kullanmanıza rağmen kullandığınız [maddenin] etkisinde azalma oldu mu? (örneğin her zamanki kadar [madde] kullandığınız halde sarhoş olmama veya kafanızın güzel olmaması)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- 15 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde veya azalttığınızda bazı sorunlar ortaya çıktı mı? (örneğin uykusuzluk, terleme, sinirlilik, huzursuzluk, titreme vb)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- 16 Kullandığınız [maddeyi] kestiğinizde ortaya çıkabilecek sorunlardan çekindiğiniz için [madde] kullandığınız oldu mu?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

- 17 [Madde] kullanmaya başladıktan sonra, kullanmayı durdurmakta zorlanıyor musunuz? (örneğin az içmeyi düşünüp fazla içmek veya kısa süre kullanmayı planlayıp uzun süre kullanmak)

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

18 **Kullandığınız [maddeyi] bırakmayı veya azaltmayı isteyip bunu başaramadığınız oldu mu?**

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

19 **[Maddeyi] aramak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak için fazla zaman harcadığınız oldu mu? (örneğin [madde] bulmak, kullanmak veya etkisinden kurtulmak zamanınızın büyük bir kısmını kaplıyor mu?)**

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

20 **[Madde] kullandığınız için hayatınızdaki başka etkinliklerden vazgeçtiğiniz oldu mu? (örneğin aile ziyaretleri, hobiler, sosyal ilişkiler vb)**

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

SON BİR YIL İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

21 **[Madde] kullanmak aile ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?**

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

22 **[Madde] kullanmak eğitim/ iş hayatınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

23 **[Madde] kullanmak beden sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

24 **[Madde] kullanmak ruhsal sağlığınızı olumsuz yönde etkiledi mi?**

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

25 **[Madde] kullanmak sizi ekonomik açıdan olumsuz yönde etkiledi mi?**

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

26 **[Madde] kullanmak arkadaş veya diğer insanlarla olan ilişkilerinizi olumsuz yönde etkiledi mi?**

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

27 **[Madde] kullanmak başınızı derde soktu mu? (örneğin kavga, kaza, istenmeyen cinsel ilişki-gebelik, cinsel yolla bulaşan hastalık vb)**

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

28 **[Madde] kullanmak yasal sorunlar yaşamanıza neden oldu mu? (örneğin maddeyle yakalanmak, ehliyeti kaptırmak, karakola düşmek vb)**

☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

29 Gündüz saatlerinde de [madde] kullandığınız oldu mu?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

30 [Madde] kullanmayı istememenize rağmen yine de gidip [madde] kullandığınız oldu mu?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

31 Aileniz veya çevreniz sizin çok fazla [madde] kullandığınızdan endişeleniyor mu?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

SON BİR HAFTA İÇİNDE aşağıdakilerin ne sıklıkta olduğunu belirtiniz

32 Ne sıklıkta aklınıza [madde] kullanmak ya da [maddenin] keyif verici/rahatlatıcı etkisi geliyor?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

33 Ne sıklıkta [madde] kullanmak için kuvvetli bir istek, arzu veya dürtü hissediyorsunuz?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

34 [Madde] ile karşılaştığınızda [madde] kullanmaya direnmek veya kullanmamak sizin için zor olur mu?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

35 [Madde] kullanmanın sizin için bir sorun olduğunu düşünüyor musunuz?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

36 [Madde] kullanmayı bırakmayı veya azaltmayı düşünüyor musunuz?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

37 [Madde] kullanmayı bırakmak veya azaltmak sizin için önemli mi?

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Nadiren ☐ Bazen ☐ Çoğu zaman ☐ Neredeyse her zaman

→ Aşağıda insanların ruh haliyle ilgili bazı sorular bulunmaktadır. Bu soruları genel ruhsal yapınızı düşünerek cevaplayınız.

- | | | | | |
|-----------|---|------------------------------------|-----------------------------|---|
| 38 | Kolaylıkla kızıp öfkelenirim. | ☐ Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Neredeyse her zaman |
| 39 | Kontrol edemediğim öfke patlamaları yaşıyorum. | ☐ Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Neredeyse her zaman |
| 40 | Bir şeyleri kırıp dökme isteği duyuyorum. | ☐ Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Neredeyse her zaman |
| 41 | Ne hissettiğimi ifade etmekte zorluk çekerim. | ☐ Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Neredeyse her zaman |
| 42 | Başkalarını kendimden daha çok düşünürüm. | ☐ Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Neredeyse her zaman |
| 43 | İçe kapanık biriyimdir. | ☐ Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Neredeyse her zaman |
| 44 | Sosyal bir ortama girdiğimde, ne konuşacağımı bilememekten endişe ederim. | ☐ Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Neredeyse her zaman |
| 45 | Başkaları ile beraberken, yanlış bir şey yapacağım, ya da saçma konuşacağım ile ilgili endişe yaşarım. | ☐ Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Neredeyse her zaman |
| 46 | Uygunsuz veya tehlikeli olsalar bile, heyecanlı veya eğlenceli şeyler yapmaktan hoşlanırım. | ☐ Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Neredeyse her zaman |
| 47 | Hayatımda yeni bir şeyler olmadığında, heyecan ya da coşku verici şeyler aramaya başlarım. | ☐ Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Neredeyse her zaman |
| 48 | Ne zaman ne yapacağı belli olmayan, heyecan verici, hareketli arkadaşları tercih ederim. | ☐ Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Neredeyse her zaman |
| 49 | İstediğim şeyi elde etmek için beklemekte zorlanırım. Sabırsızımdır (Örneğin bir sırada beklerken çabucak sıkılmak gibi...). | ☐ Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Neredeyse her zaman |
| 50 | Düşünmeden hareket ederim. | ☐ Hiçbir zaman | ☐ Bazen | ☐ Neredeyse her zaman |
| 51 | Rahat konsantre olamam, dikkatimi kolay toplayamam. | | | |

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Neredeyse her zaman

→ Aşağıdaki soruları cevaplarken SON BİR YILI göz önüne alarak, sorularda verilen durumu yaşıyıp yaşamadığınızı ya da ne sıklıkla yaşadığınızı belirtiniz.

52 Geçen yıl içinde yaşamıma son vermekle ilgili düşüncelerim oldu.

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Neredeyse her zaman

53 Geçen yıl içinde kendimi hüznü, kederli hissettim.

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Neredeyse her zaman

54 Geçen yıl içinde gelecekle ilgili olarak düşündüğümde, umutsuzluk hissine kapıldım.

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Neredeyse her zaman

55 Geçen yıl içinde kendimi başka insanlarla karşılaştırdığımda, daha değersiz gördüm.

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Neredeyse her zaman

56 Geçen yıl içinde kendimi huzursuz ve tedirgin hissettim.

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Neredeyse her zaman

57 Geçen yıl içinde dehşet ya da panik nöbetleri yaşadım.

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Neredeyse her zaman

58 Geçen yıl içinde kendimi yerimde duramayacak kadar tedirgin hissettim.

- ☐ Hiçbir zaman ☐ Bazen ☐ Neredeyse her zaman

Ek-4: Çocukluk Çağı Travması Ölçeği

ÇOCUKLUK ÇAĞI TRAVMALARI ÖLÇEĞİ *

Sorulara nasıl yanıt verilecek?

Bu sorular **çocukluğunuzda ve ilk gençliğinizde (20 yaşından önce)** başınıza gelmiş olabilecek bazı olaylar hakkındadır. Her bir soru için sizin durumunuza uyan rakamı daire içersine alarak işaretleyiniz. Sorulardan bazıları özel yaşamınızla ilgilidir; lütfen elinizden geldiğince gerçeğe uygun yanıt veriniz. Yanıtlarınız gizli tutulacaktır.

	Hiç bir zaman	Nadiren	Zaman zaman	Sıklıkla	Çok sık olarak
Çocukluğumda yada ilk gençliğimde...					
1. Yeterli yemek bulamazdım.	1	2	3	4	5
2. Ailemdedekiler bana “salak”, “beceriksiz” yada “tipsiz” gibi sıfatlarla seslenirlerdi.	1	2	3	4	5
3. Anne ve babam ailelerine bakamayacak kadar sıklıkla sarhoş olur yada uyuşturucu alırlardı.	1	2	3	4	5
4. Ailemde önemli ve özel biri olduğum duygusunu hissetmeme yardımcı olan birisi vardı.	1	2	3	4	5
5. Kirlı giysiler içersinde dolaşmak zorunda kalırdım.	1	2	3	4	5
6. Sevidiğimi hissediyordum.	1	2	3	4	5
7. Ana babamın benim doğmuş olmamı istemediklerini düşünüyordum.	1	2	3	4	5
8. Ailemden birisi bana öyle kötü vurmuştu ki doktora yada hastaneye gitmem gerekmişti.	1	2	3	4	5
9. Ailemdedekiler bana o kadar şiddetle vuruyorlardı ki vücudumda morartı yada sıyrıklar oluyordu.	1	2	3	4	5
10. Kayış, sopa, kordon yada başka sert bir cisimle vurularak cezalandırılıyordum.	1	2	3	4	5
11. Ailemde başka türlü olmasını istediğim bir şey yoktu.	1	2	3	4	5
12. Ailemdedekiler birbirlerine karşı saygılı davranırlardı.	1	2	3	4	5
13. Ailemdedekiler bana kırıncı yada saldırganca sözler söylerlerdi.	1	2	3	4	5
14. Vücutça kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
15. Ailemdedekiler beni her türlü kötülükten korumaya çalışırlardı.	1	2	3	4	5
16. Bana o kadar kötü vuruluyordum ki öğretmen, komşu yada bir doktorun bunu fark ettiğı oluyordu.	1	2	3	4	5
17. Ailemde birisi benden nefret ederdi.	1	2	3	4	5
18. Ailemdedekiler kendilerini birbirlerine yakın hissederlerdi.	1	2	3	4	5
19. Birisi bana cinsel amaçla dokundu yada kendisine dokunmamı istedi.	1	2	3	4	5
20. Kendisi ile cinsel temas kurmadığım takdirde beni yaralamakla yada benim hakkımda yalanlar söylemekle tehdit eden birisi vardı.	1	2	3	4	5
21. Çocukluğum mükemmeldi.	1	2	3	4	5
22. Birisi beni cinsel şeyler yapmaya yada cinsel şeylere bakmaya zorladı.	1	2	3	4	5
23. Birisi bana cinsel tacizde bulundu.	1	2	3	4	5
24. Duygusal bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
25. Benim ailem dünyanın en iyisiydi.	1	2	3	4	5

26. Cinsel bakımdan kötüye kullanılmış olduğuma inanıyorum.	1	2	3	4	5
27. Ailem benim için bir güç ve destek kaynağı idi.	1	2	3	4	5
28. Gerektiği halde doktora götürülmezdim.	1	2	3	4	5

*** İstanbul Tıp Fakültesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, Klinik Psikoterapi Birimi**
CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE (CTQ-28)

Copyright : İngilizce özgün biçimi 1995 yılında David P. Bernstein tarafından geliştirilmiş olan bu ölçek yazarından izin alınarak 1996 yılında Prof. Dr. Vedat Şar tarafından Türkçe'ye uyarlanmıştır. Klinik içi araştırmalarda kullanılmak üzere çoğaltılmıştır. Her hakkı mahfuzdur. Çoğaltılamaz, basılamaz, satılamaz. Ancak kaynak gösterilerek bilimsel araştırmalarda kullanılabilir.

Ek-5: Sosyodemografik Veri Formu

SOSYODEMOGRAFİK VERİ FORMU

Ad-Soyad:

Tarih:

1)Yaş:

Cinsiyeti: a)kadın b)erkek

2)Meslek:

1)Çalışmıyor. 2)Serbest meslek 3)Memur. 4)İşçi 5)Diğer.....

3)Kiminle yaşıyorsunuz?

1)Tek başına 2) Eş ile 3) Eş ve çocuklar ile 4) Anne/baba ile 5) Diğer....

4)Sabit olarak nerede ikamet ediyorsunuz?

1)Kendi evim 2)Yakınının evi (lütfen belirtiniz). 3) Bakımevi 4) Diğer...

5)Medeni durumunuz?

1)Evli 2)Bekar 3)Boşanmış 4)Ayrı yaşıyor 5)Diğer....

6)Çocuk sayısı:

1) Yok 2)Bir 3)İki 4)Üç 5)Dört ve üzeri

7)Birlikte yaşıyorsanız ailenizle olan ilişkinizi nasıl tanımlarsınız?

1) Çok iyi 2)İyi 3)Orta 4)Kötü 5)Çok kötü

8)Askerlik durumunuz:

1)Yapmadım. 2)Sorunlu olarak tamamladım 3)Tamamlayamadım 4)Sorunsuz bitirdim

9)Herhangi bir psikiyatrik tedavi gördünüz mü? (Alkol/madde kullanım bozukluğu tedavisi dışında)

1)Evet: (sayı ve tanı belirtiniz) 2)Hayır

10)Tıbbi hastalığınız var mı:

1)Evet (sayı ve tanı belirtiniz) 2)Hayır

11)Tıbbi hastalığınız varsa alkol kullanımı ile ilişkili mi?

1)Evet

2)Hayır

12)Annenizde bilinen ruhsal hastalık:

1)Var (Detayları ile birlikte belirtiniz)

2)Yok

13)Babanızda bilinen ruhsal hastalık:

1)Var (Detayları ile birlikte belirtiniz)

2)Yok

14)Annenizde bilinen alkol-madde kullanımı:

1)Var (Detayları ile birlikte belirtiniz)

2)Yok

15)Babanızda bilinen alkol-madde kullanımı:

1)Var (Detayları ile birlikte belirtiniz)

2)Yok

16)Daha önceden tedavi başvurusunda bulundunuz mu?

1)Evet (sayı belirtiniz).....

2)Hayır

17)Yatarak tedavi gördünüz mü;

1)Evet

2)Hayır

18)Yatarak tedavi gördüyseniz programı tamamlayabildiniz mi?

1)Evet

2)Hayır

19)En uzun ayıklık süreniz;

1) Yok 2) 1 aydan az 3) 1-3 ay 4) 3-6 ay 5) 6ay-1yıl 6) 1 yıl ve üzeri

20)Adli Olay Öyküsü var mı?

1)Evet

2) Hayır

Adli Olay Öyküsü varsa alkol ya da madde kullanımıyla ilişkili mi?

1)Evet

2) Hayır