MADDE KULLANICILARININ YAKINLARINDA BAKIM VEREN YÜKÜ, ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Rabia Özer
171180107

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2020

MADDE KULLANICILARININ YAKINLARINDA BAKIM VEREN YÜKÜ, ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Rabia Özer
171180107
Orcid: 0000-0002-0041-3994

YÜKSEK LİSANS TEZİ

Psikoloji Anabilim Dalı

Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı

Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci

İstanbul
T.C. Maltepe Üniversitesi
Lisansüstü Eğitim Enstitüsü
Şubat, 2020



JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

JÜRİ VE ENSTİTÜ ONAYI

RABİA ÖZER'ın "Madde Kullanıcılarının Yakınlarında Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" başlıklı tezi 05.02.2020 tarihinde aşağıdaki jüri tarafından değerlendirilerek "Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim ve Öğretim Yönetmeliği" nin ilgili maddeleri uyarınca Psikoloji Anabilim Dalı Yüksek Lisans/Doktora tezi oy birliğiyle/oy çokluğuyla, başarılı/başarısız olarak kabul edilmiştir.

	Unvanı. Adı ve Soyadı	İmza
Üye (Tez Danışmanı)	Dr.Öğr.Üyesi Aslı EYRENCİ Maltepe Üniversitesi	.....
Üye	Dr.Öğr.Üyesi Kuntay ARCAN Maltepe Üniversitesi	.....
Üye	Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur AKTAŞ Acıbadem Üniversitesi	.....

Prof. Dr. Belma AKŞİT
Enstitü Müdürü V.

ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI

maltepe üniversitesi	LİSANSÜSTÜ EĞİTİM ENSTİTÜSÜ ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI	Doküman No	FR-178
		İlk Yayın Tarihi	01.03.2018
		Revizyon Tarihi	23.01.2020
		Revizyon No	01
		Sayfa	1

05/02/2020

Bu tezin bana ait, özgün bir çalışma olduğunu; çalışmamın hazırlık, veri toplama, analiz ve bulguların sunumu olmak üzere tüm aşamalarında bilimsel etik ilke ve kurallara uygun davrandığımı; bu çalışma kapsamında elde edilmeyen tüm veri ve bilgiler için kaynak gösterdiğimi ve bu kaynaklara kaynakçada yer verdiğimi; çalışmanın Maltepe Üniversitesinde kullanılan "bilimsel intihal tespit programı" ile tarandığını ve öngörülen standartları karşıladığını beyan ederim.

Herhangi bir zamanda, çalışmamla ilgili yaptığım bu beyana aykırı bir durumun saptanması durumunda, ortaya çıkacak tüm ahlaki ve hukuki sonuçlara razı olduğumu bildiririm.

Rabia Özer

Hazırlayan: Enstitü Sekreterliği	Onaylayan: Kalite Yönetim Koordinatörlüğü

TEŞEKKÜR

Yeni bilgiler edinmek, bunları harmanlamak, harmanlanan bilgileri yorumlamak, tüm bu öğrenme ve yaratım süreçleri ruhsallığımız ile oldukça ilintili.

Bu süreçte, her kapısını çalışımda beni karşılayıp yönlendiren üstelik dağıldığım ve kaygılandığım zamanlarda beni kapsayan sevgili tez danışmanım Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci' ye, sürecin en başından beri ortak sancılı deneyimleri birlikte göğüslediğimiz, bana yoldaşlık eden sevgili dostum ve meslektaşım Gülay Yaşar Özdoğan' a, veri toplama sürecimde hem maddi hem manevi desteğini esirgemeyen sevgili dostum Sosyal Hizmet Uzmanı Beşir Kaya' ya, birlikte kütüphanede saatler geçirdiğimiz, desteğini hiçbir zaman esirgemeyen sevgili arkadaşım ve meslektaşım Müjgan Kasap'a sonsuz teşekkürlerimi sunarım.

Yüksek lisans sürecim boyunca bilgisi ve donanımıyla her zaman yol göstericim olan sevgili hocam Doç.Dr. Özden Bademci'ye, staj dönemimde parçası olmaktan mutluluk duyduğum ve bana çok katkısı olduğunu düşündüğüm Soyaç ekibine çok teşekkür ederim.

Tez jürimde yer alan hocalarım Dr. Öğr. Üyesi Kuntay Arcan, Dr. Öğr. Üyesi Ayşenur Aktaş, Dr. Öğr.Üyesi Başak Bahtiyar ve Dr. Öğr. Üyesi Elif Ergüney Okumuş'a teşekkürlerimi sunarım.

Rabia Özer

Şubat, 2020

ÖZ

MADDE KULLANICILARININ BAKIM VERENLERİNDE BAKIM VEREN YÜKÜ ALGILANAN SOSYAL DESTEK VE YAŞAM KALİTESİ ARASINDAKİ İLİŞKİ

Rabia Özer
Yüksek Lisans Tezi
Psikoloji Anabilim Dalı
Klinik Psikoloji Yüksek Lisans Programı
Danışman: Dr. Öğr. Üyesi Aslı Eyrenci
Maltepe Üniversitesi Lisansüstü Eğitim Enstitüsü, 2020

Araştırmada madde kullanıcılarının yakınlarının yaşadıkları problemler "yük" kavramı ile ele alınmıştır. Bu amaçla, İstanbul İli Pendik İlçe Sağlık Müdürlüğü Bağımlılık Danışma Birimine başvuru yapan, amaçlı örneklem tekniğiyle seçilmiş 156 yetişkin bakım veren (99 kadın, 57 erkek) bireyden "Demografik Bilgi Formu", "Zarit Bakıcı Yük Ölçeği", "Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve " Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu" toplanmıştır.

Çalışmanın sonuçlarına göre bakım veren yükü ile ilişkili demografik değişkenler: cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, bakım veren ve/veya verilenin çalışma durumu, bakım verilenin kullandığı maddenin türü ve bakım verme süresidir. Ayrıca, madde kullanıcılarının bakım verenlerinde bakım veren yükü şiddetli düzeyde bulunmuştur. Bakım veren yükü ile algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki, algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında ise pozitif yönlü bir ilişki görülmüştür. Aynı zamanda bakım veren yükü ve yaşam kalitesinin bedensel ve ruhsal alanları arasındaki ilişkide algılanan sosyal desteğin düzenleyici bir etkisi bulunmuştur.

Çalışmadan elde edilen bulgular literatürle uyumlu olup, madde kullanıcılarının tedavisinde bakım verenlerin de tedavi sürecine dahil edilerek sosyal destek düzeylerinin artırılmasının, bakım veren yükünü azaltmada ve yaşam kalitesini artırmada önemli olduğu düşünülmektedir.

Anahtar Sözcükler: Madde kullanıcıları, bakım veren yükü, algılanan sosyal destek, yaşam kalitesi.

ABSTRACT

RELATIONSHIP BETWEEN CAREGIVER BURDEN, PERCEIVED SOCIAL SUPPORT AND QUALITY OF LIFE ON RELATIVES OF DRUG USERS

Rabia Özer
Master Thesis
Department of Psychology
Clinical Psychology Programme
Advisor: Asst. Prof. Aslı Eyrenci
Maltepe University Graduate School, 2020

In this study, the problems experienced by the relatives of drug users with the concept of "burden". For this purpose, "Demographic Information Form", "Zarit Caregiver Burden Scale", "Perceived Social Support Scale" and "World Health Organization Quality of Life-Brief Form" from were collected from 156 individuals (99 female, 57 male) who were selected with the purposeful sampling technique from the relatives of patients who admitted to the Pendik District Health Directorate Dependency Consultant Unit of Istanbul Province.

According to the results of this study, the demographic variables which were found correlated with the caregiver burden included: gender, marital status, income level, working status of the caregiver and/or patient, type of drug used by the patient, and duration of care. Also, the burden of drug users on caregivers was found severe. There was a negative relationship between caregiver burden and perceived social support and quality of life. There was a positive relationship between perceived social support and quality of life. At the same time, it was found that perceived social support had a moderator effect on the relationship between the caregiver burden and the physical and mental areas of quality of life.

The findings obtained from the study were consistent with the literature, and it is argued that increasing the social support level of caregivers by involving them in the treatment process is considered to be important in reducing the caregiver burden and improving the quality of life of caregiver.

Keywords: drug users, caregiving burden, perceived social support, quality of life.

İÇİNDEKİLER

JÜRİ VE ENSTİTÜ KURUL ONAYI ii
ETİK İLKE VE KURALLARA UYUM BEYANI iii
TEŞEKKÜR iv
ÖZ v
ABSTRACT vi
İÇİNDEKİLER vii
TABLOLAR LİSTESİ x
ŞEKİLLER LİSTESİ xi
KISALTMALAR xii
ÖZGEÇMİŞ xiii
BÖLÜM 1.GİRİŞ 1
1.1.Madde Bağımlılığı 1
1.1.Tanım 1
1.1.2.Tarihçe 2
1.1.3.Sınıflandırma 2
1.1.4.Epidemiyoloji 4
1.1.5.Etiyoloji 5
1.1.5.1.Psikolojik Yaklaşım 5
1.1.5.1.1.Psikanalitik Kuram 5
1.1.5.1.2.Davranışçı Kuram 6
1.1.5.1.3.Bilişsel Kuram 7
1.1.5.2.Biyopsikososyal Yaklaşım 8
1.1.6.Tedavi 9
1.2. Madde Bağımlılarının Yakınları 10
1.3. Bakım Verme 14
1.3.1. Bakım Türleri 14
1.3.1.1. Formal Bakım 14
1.3.1.2. İnformal Bakım 15
1.3.2. Bakım Veren Yükü 15
1.4. Algılanan Sosyal Destek 18
1.5. Yaşam Kalitesi 20
1.6. Araştırmanın Problemi 22
1.7. Araştırmanın Amacı 23
1.8. Araştırmanın Önemi 23
1.9. Araştırmanın Varsayımları. 24
1.10. Araştırmanın Sınırlılıkları. 24
1.11. Araştırmanın Hipotezleri 25
BÖLÜM 2. YÖNTEM 26
2.1.Araştırma Modeli 26
2.2.Katılımcılar 26
2.3.Veri Toplama Araçları 26
2.3.1. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği 27
2.3.2. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği 27
2.3.3. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Form 28

2.4.Verilerin Toplanması ve Verilerin Analizi 29
2.4.1. Verilerin Toplanması 29
2.4.2. Verilerin Analizi 29
BÖLÜM 3.BULGULAR VE YORUMLAR 31
3.1.Betimsel İstatistiklere Dair Bulgular 31
3.1.1.Örneklemin Özellikleri 31
3.1.2. Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları 32
3.1.3. Katılımcıların Medeni Durum Değişkenine Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları 34
3.1.4. Katılımcıların Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları 36
3.1.5. Katılımcıların Çalışma Durumu Değişkenine Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları 38
3.1.6. Katılımcıların Bakım Verdikleri Yakınlarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları 40
3.1.7. Katılımcıların Bakım Verdikleri Yakınlarının Kullandığı Madde Değişkenine Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları 44
3.1.8. Katılımcıların Bakım Verilenin Kişiye Olan Yakınlıklarına Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları 47
3.1.9. Katılımcıların Yaşlarına Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları 50
3.1.10. Katılımcıların Bakım Verme Yıllarına Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları 51
3.2. Araştırma Hipotezlerinin Analizlerine Dair Bulgular 51
3.2.1.Katılımcıların Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları 51
3.2.2. Katılımcıların Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Arasındaki İlişkiye Dair Korelasyon Analizi Sonuçları 52
3.2.3. Düzenleyici Modellere İlişkin Bulgular 54
3.2.3.1.Bakım Veren Yükü ve Yaşam Kalitesinin Bedensel Alt Alanı Arasındaki İlişkide Algılanan Sosyal Desteğin Düzenleyici Rolü 55
3.2.3.2. Bakım Veren Yükü ve Yaşam Kalitesinin Ruhsal Alt Alanı Arasındaki İlişkide Algılanan Sosyal Desteğin Düzenleyici Rolü 56
3.3. Yorumlar 58
3.3.1. Sosyodemografik Değişkenler ve Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arası İlişkilerden Elde Edilen Bulguların Yorumlanması 58
3.3.1.1. Cinsiyete Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi 58
3.3.1.2. Medeni Duruma Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi 60
3.3.1.3. Gelir Düzeyi, Bakım Verenin ve Bakım Verilenin Çalışma Durumuna Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi 61
3.3.1.4. Bakım Verilenin Kullandığı Maddeye Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi 63
3.3.1.5. Katılımcıların Bakım Verilenin Kişiye Olan Yakınlıklarına Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi 64

3.3.1.6. Katılımcıların Yaşlarına Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi 65
3.3.1.7. Katılımcıların Bakım Verme Sürelerine Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi 66
3.3.2. Araştırmanın Hipotezlerine Dair Değerlendirme 67
3.3.2.1. Bakım Veren Yükü Düzeyine Dair Bulguların Değerlendirilmesi..... 66
3.3.2.2. Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkilere Dair Elde Edilen Bulguların Yorumlanması 67
BÖLÜM 4.SONUÇ ve ÖNERİLER..... 73
EK'LER 75
KAYNAKÇA..... 83

TABLOLAR LİSTESİ

Tablo 1. Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı 31
Tablo 2. Katılımcıların Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının t testi sonuçları..... 34
Tablo 3. Katılımcıların Medeni Durum Değişkenine Göre Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının t testi sonuçları..... 36
Tablo 4. Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının t testi sonuçları 38
Tablo 5. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının t testi sonuçları 40
Tablo 6. Katılımcıların Bakım Verdikleri Yakınlarının Çalışma Durumuna Göre Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Kruskal- Wallis testi sonuçları..... 43
Tablo 7. Katılımcıların Bakım Verdikleri Yakınlarının Kullandıkları Maddenin Türüne Göre Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının Tek Yönlü ANOVA testi sonuçları 47
Tablo 8. Katılımcıların Bakım Verilen Kişiye Olan Yakınlıklarına Göre Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının Tek Yönlü ANOVA testi sonuçları 50
Tablo 9. Katılımcıların Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Yaş Değişkeniyle İlişkisine Dair Korelasyon Katsayıları..... 51
Tablo 10. Katılımcıların Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Bakım Verme Yılı Değişkeniyle İlişkisine Dair Korelasyon Katsayıları..... 51
Tablo 11. Katılımcıların Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi puanlarına göre ortalama ve standart sapma değerleri 52
Tablo 12. Değişkenler Arası Pearson Korelasyon Katsayıları..... 53
Tablo 13.Değişkenler Arası Pearson Korelasyon Katsayıları..... 54
Tablo 14. Düzenleyici Etki Analizi Modellerinin Sonuçlarının Özeti..... 55

ŞEKİLLER LİSTESİ

Şekil 1. Madde Bağımlılığının Biyopsikososyal Model İle Gösterimi 8
Şekil 2. Temel düzenleyicilik modeline ilişkin şematik gösterim..... 30
Şekil 3. Sosyal Desteğin Farklı Seviyeleri İçin Bakıcı Yükü ve Yaşam Kalitesinin Bedensel Alt Alanı Arasındaki İlişki 56
Şekil 4. Sosyal Desteğin Farklı Seviyeleri İçin Bakıcı Yükü ve Yaşam Kalitesinin Ruhsal Alt Alanı Arasındaki İlişki..... 57

KISALTMALAR

ZBYÖ : Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

ÇBASDÖ : Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

WHOQOL : Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği

AMKB : Alkol ve Madde Kullanım Bozukluğu

DSM : The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ÖZGEÇMİŞ

Rabia Özer

Psikoloji Anabilim Dalı

Eğitim

Derece	*Yıl*	*Üniversite, Enstitü, Anabilim/Anasanat Dalı*
Y.Ls.	2020	Maltepe Üniversitesi, Sosyal Bilimler Enstitüsü Psikoloji Anabilim Dalı
Ls.	2014	Mersin Üniversitesi, Fen Edebiyat Fakültesi Psikoloji Anabilim Dalı
Lise	2010	Ankara Cumhuriyet Lisesi

İş/İstihdam

Yıl	*Görev*
2015 -	Psikolog, Sağlık Bakanlığı

Alınan Burs ve Ödüller

Yıl	*Burs/Ödül*
2018-2019	SOYAÇ 'Bağımsız Gençler' Projesi
2017	Maltepe Üniversitesi %25 Burslu
2013-2014	SODES Projesi-"Çocuğun Dünyası"
2008-2010	Vakıflar Genel Müdürlüğü Bursu

Kişisel Bilgiler

Doğum yeri ve yılı : Adıyaman,1993 Cinsiyet: K
Yabancı diller : İngilizce (YDS:71,25)
e-posta : ozer.rabia@hotmail.com

BÖLÜM 1.GİRİŞ

1.1.Madde Bağımlılığı

1.1.1.Tanım

Latin kökenli dillerde bağımlılık kelimesinin karşılığı olarak 'dependence' ve 'addiction' şeklinde yaygın iki kullanımı mevcuttur. ‘Addiction’ bir şeyi özellikle de zararlı bir şeyi yapmayı ya da kullanmayı durduramamak, ‘dependence’ ise bir şeye veya birine ihtiyacı olma durumu’ olarak tanımlanmaktadır (Cambridge Dictionary). ‘Addiction’ kelimesinin küçük düşürücü olduğu ve etiketlenmeye yol açacağı eleştirisi klinisyen olmayanlar arasında tartışıldığı için ‘dependence’ kelimesi üzerinde durulmuştur (O, Brien, 2011). Kelime anlamının yanında bağımlılık, bir maddenin amacı dışında ve o maddeye karşı gelişen tolerans sonucu, gittikçe artan miktarlarda alınması, kişinin yaşamında sorunlara neden olmasına rağmen kullanımının sürdürülmesi ve madde alımı azaltıldığında ya da bırakıldığında yoksunluk belirtilerinin ortaya çıkması ile giden tablodur (Uğurlu ve ark, 2012). Ayrıca bağımlılık, gelişiminde genetik, psikososyal ve çevresel faktörlerin rol oynadığı birincil, kronik nörobiyolojik bir hastalıktır (Yılmaz ve ark., 2014). Budak (2002) ’ın tanımına göre ise madde bağımlılığı;

Kullanılan maddeye uzun süreli fizyolojik ve psikolojik bağımlılık gösteren kişinin, bireysel, toplumsal ve mesleki yaşamının kötüleşmesi şeklinde ortaya çıkan madde kullanımı rahatsızlığına madde bağımlılığı denilmektedir. Hayatın kötüleşmesiyle ilgili olarak, iş, okul veya ev hayatındaki temel yükümlülükleri yerine getirememek, maddeyle ilgili yasal sorunlar ile bireyler arası ilişkilerde problemler yaşamak veya mevcut sorunları ağırlaştırmasına rağmen maddeyi kullanmak gibi hususlar söylenebilir. Ancak, bu teşhisin konulabilmesi için, madde kullanımının uzun bir dönemde sık sık tekrarlanması; alınan maddeye karşı tolerans gelişmesi, yani kişinin aynı sonucu almak üzere kullandığı maddenin kesilmesi veya azaltılması halinde kaygı, titreme, uykusuzluk ve huzursuzluk gibi birtakım semptomların giderilmesi için maddeye ihtiyaç duyması gerekir (Budak, 2002).

1.1.2. Tarihçe

Tarihte yazılı belgelerden bilgi edinilen ilk madde alkol olmakla birlikte (Uzbay, 2009) afyon bitkisinin tarihte ilk olarak M.Ö. 4000'li yıllarda aşağı Mezopotamya'da Sümerliler ve Asurlular tarafından sonrasında ise M.Ö. 2000'lerde Mısırlılar tarafından tedavi amaçlı olarak kullanıldığı bilinmektedir (Ögel, 2010).

Tarih boyunca maddeler genel olarak dini törenlerde veya tedavi amaçlı kullanılmıştır. Tütün ve kokain gibi Yeni Dünya bitkileri afyon ve kenevire göre nispeten daha yeni bitkilerdir (Crocq, 2007). "Hintliler esrara başarı ve mutluluk anlamına gelen "vişema" adını vermiştir. Ünlü tarihçi Herodot Mezopotamya bölgesinde yaşayan Asurlular ve Sümerler ile Aral bölgesinde yaşayan İskitlerin kenevire benzer bir bitkinin yapraklarını ateşe atarak çıkan dumanı soluyarak sarhoş olduklarını ve neşelendiklerini yazmıştır" (Uzbay, 2009).

Yunan kaynaklarından Homeros'un Odysseia adlı eserinde, afyon bitkisinin Yunanlı Helen tarafından bir Mısır kraliçesinden alınıp, yaralı askerleri tedavi etmek için kullanıldığı ifade edilmiştir (Crocq, 2007). Yunanlı hekim Dioskoridis afyonun ağrılara ve öksürüğe iyi geldiğini belirtmiştir. Eski Yunan ve Roma imparatorluklarında afyon birçok hastalığın tedavi edilmesinde kullanılmıştır (Ögel, 2010).

1860 yılında coca bitkisinin yapraklarından elde edilen kokain maddesi ise ABD ve Avrupa'da yaygın olarak kullanılmaya başlamıştır. Amfetamin, sedatif-hipnotik ve anksiyolitik ajanlar ilk olarak 1930'lu yıllarda üretilmiştir (aktaran, Yancar, 2005).

Esrar ve afyon gibi maddelerin çoğu doğada bulunur ve teknolojik gelişmelerle beraber bu maddelerin sedatif etkilerinden yararlanılarak kimyasal ilaçlar geliştirilmiş ve benzodiazepinler ve barbitüratlar gibi bağımlılık yapma potansiyeli bulunan ve kötüye kullanıma uygun yeni maddelere alan açılmıştır. Bu tarz maddeleri kontrol altına almak amacıyla "kırmızı reçeteli" satılarak önlemler alınmaya çalışılmıştır (Uzbay, 2009).

1.1.3.Sınıflandırma

Ruhsal hastalıkların sınıflandırılması ve tanı koymada kullanılan el kitabı DSM' de bağımlılık kavramı ilk baskısından bugüne çeşitli değişimler geçirmiştir. DSM I ve

DSM II' de madde kullanımı sosyopatik kişilik bozukluğu kategorisi altında ele alınırken; DSM III' de ilk kez madde kötüye kullanımı ve madde bağımlılığı ayırımı yapılmış ve fizyolojik belirtilerin varlığı bağımlılık tanısının alınması için ölçüt olarak belirlenmiştir. DSM IV ve DSM IV-R' de ise madde kötüye kullanımının bağımlılığa giden yolda ilk aşama olmasına dikkat çekilmiştir (Güleç, Köşger ve Eşsizoğlu, 2015).

DSM 5 (2014)' te ise 'Madde İle İlişkili Bozukluklar ve Bağımlılık Bozuklukları' adı ile tanımlanmaktadır:

Madde ile ilişkili bozukluklar iki kümeye ayrılır: Madde kullanım bozuklukları ve maddenin yol açtığı bozukluklar. Şu durumlar maddenin yol açtığı durumlar olarak sıralanabilir: Esriklik (entoksikasyon), yoksunluk ve maddenin/ilacın yol açtığı ruhsal bozukluklar (psikozla giden bozukluklar, iki uçlu ve ilişkili bozukluklar, depresyon bozuklukları, kaygı bozuklukları, takıntı-zorlantı bozuklukları ve ilişkili bozukluklar, uyku bozuklukları, cinsel işlev bozuklukları, deliryum ve nörobilişsel bozukluklar) (APB, 2013).

Sınıflandırma oluşturulurken madde ile ilişkili ve bağımlılık bozukluklarına yol açan maddeler; alkol, kafein, esrar, halusinojenler, inhalanlar, opiyatlar, sedatif-hipnotik ve anksiyolitikler, stimulanlar, nikotin ve diğer (ya da bilinmeyen maddeler) şeklindedir (APB, 2013).

DSM 5 (2014) tanı kriterlerine baktığımız zaman ise;

1. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere tolerans gelişmiş olması

a- Entoksikasyon ya da istenen etkiyi sağlamak için belirgin olarak artmış miktarlarda madde kullanma gereksinimi.

b- Sürekli olarak aynı miktarda madde kullanılması ile belirgin olarak azalmış etki sağlanması.

2. Aşağıdakilerden biri ile tanımlandığı üzere yoksunluk gelişmiş olması:

a- Söz konusu maddeye özgü yoksunluk sendromu

b-Yoksunluk semptomlarından kurtulmak ya da kaçınmak için aynı maddenin (ya da yakın benzeri) alınması

3. Maddenin çoğu kez tasarlandığından daha yüksek miktarlarda ya da daha uzun bir dönem süresince alınması

4. Özel olarak maddeyi kullanmak için şiddetli istek duyma, aşerme

5. İşte, okulda ya da evde alması beklenen başlıca sorumlulukları alamama ile sonuçlanan yineleyici biçimde madde kullanımı

6. Fiziksel olarak tehlikeli durumlarda yineleyici bir biçimde madde kullanımı,

7. Madde kullanımını bırakmak ya da denetim altına almak için sürekli bir istek ya da boşa çıkan çabalar

8. Maddeyi sağlamak (örneğin çok sayıda doktora gitme ya da uzun süreli araba kullanma), maddeyi kullanmak (örneğin birbiri ardına sigara içmek) ya da maddenin etkilerinden kurtulmak için çok fazla zaman harcama

9. Madde kullanımı yüzünden önemli toplumsal, mesleki etkinlikler ya da boş zamanları değerlendirme etkinliklerinin bırakılması ya da azaltılması

10. Maddenin neden olmuş ya da alevlendirmiş olabileceği, sürekli olarak var olan ya da yineleyici bir biçimde ortaya çıkan fizik ya da psikolojik bir sorununun olduğunun bilinmesine karşın madde kullanımının sürdürülmesi (alkol kullanımı ile kötüleştiğini bildiği ülseri olmasına karşın içmeyi sürdürme) (APB, 2014).

DSM' nin tanımının yanında Gabor Maté (2017) 'ye göre bağımlılık sadece fizyolojik bir hastalık olarak tanımlanamaz. Karmaşık bir psikofizyolojik süreçtir ve birkaç önemli bileşeni vardır. Bunlar zevk, rahatlama, özlem ve vazgeçememedir. Kişi, maddeden geçici bir zevk ve rahatlama bulmakta, maddeyi özlemekte ve olumsuz sonuçlarına maruz kaldığı halde kullanmaya devam etmektedir. Ve burada kastedilen madde yalnızca uyuşturucu ve uyarıcı maddeler değildir. Söz konusu din, kumar, seks, alışveriş, yemek, internet, ilişkiler, iş hatta doğa sporları olabilmektedir. Bağımlılıkta sorun, bağımlı olunan maddenin özelliği değil, onunla kurulan içsel ilişkidir. Maté' ye göre çocukluk travmaları ve stres kişileri bağımlı olmaya yatkın hale getirmektedir (Maté, 2017).

1.1.4.Epidemiyoloji

Ülkemizde sigara, alkol ve madde kullanımının yaygınlığını belirlemek amacıyla çeşitli yıllarda yapılmış çalışmalar mevcuttur. Son olarak 2018 yılında yapılan bir çalışmada örneklem olarak belirlenen 42.754 kişiyle yüz yüze görüşmeler yapılmış ve madde kullanımının yaygınlığına dair bazı sonuçlara ulaşılmıştır. Bu kişilerin %3.1'i (1.338 kişi) hayatlarında en az bir kez madde kullandıklarını ifade etmişlerdir. Hayatlarında en az bir kez madde kullanan kişilerin ise %94'ü erkek, %6'sı kadındır.

Yaş grupları incelendiğinde ise hayatında en az bir kez madde kullananların %35,4'ü 15-24 yaş grubu, %30'u 25-34 yaş grubu, %18,3'ü 35-44 yaş grubu, %7,8'i 45-54 yaş grubu, %8,5'i 55-64 yaş grubunu oluşturmaktadır (TUBİM, 2019).

EMCDDA (2018) tarafından Avrupa'da uyuşturucu kullanımının yaygınlığını belirlemek amacıyla yapılan çalışmada ise Avrupa'da nüfusun %29'unun yani yaklaşık 96 milyon kişinin yaşamlarında bir kez uyuşturucu madde kullandıkları tahmin edilmektedir. Erkeklerin (57,8 milyon), kadınlara (38,3 milyon) nazaran uyuşturucu deneyimleri daha fazla olarak raporlanmıştır. En sık denenen uyuşturucu madde ise esrardır (55,4 milyon erkek ve 36,1 milyon kadın). Esrarın ardından kokain gelmektedir (12,4 milyon erkek, 5,7 milyon kadın).

Ülkemizde genç nüfus içindeki madde kullanım oranını belirlemek amacıyla UNODC tarafından 2003 yılında lise ikinci sınıf öğrencileriyle yapılan araştırmada yaşam boyu en az bir kez esrar kullanım yaygınlığı %5.1, ecstasy %3.2, uçucu madde %5.2, sedatif-hipnotik ilaçlar %5.4, eroin %2.8, flunitrazepam %3.1 olarak raporlanmıştır (Ögel, 2005).

EMCDDA tarafından yapılan çalışmada Türkiye'den 2011 yılında alınan verilere göre opiyat kullananların binde 0,2 ile 0,5 arasında değişen oranlarda olduğu raporlanmıştır. 2017 yılında alınan verilere göre ise 15-64 yaş arası nüfusun %2,7 sinin esrar kullanımı olduğu, son 12 ay içerisinde esrar kullanan 15-34 yaş arası kişilerin ise nüfusun %1,9'unu oluşturduğu bildirilmiştir. Kokain kullanımında ise 15-64 yaş arası nüfusun %0,2'si, son 12 ay içerisinde kokain kullanan 15-34 yaş arası kişilerin oranının ise %0,1 olduğu raporlanmıştır. (EMCDDA, 2018).

1.1.5.Madde Bağımlılığının Etiyolojisi

1.1.5.1. Psikolojik Yaklaşımlar

Bağımlılığın nedenlerini açıklarken psikoloji alanındaki çalışmalar ruhsal işleyişe (Freud, 1905 aktaran, Smith, 1986) öğrenme süreçlerine (Skinner, 1975, aktaran, Thombs,2006), ve bilişsel (Bandura, 1977) süreçlere değinmektedir.

1.1.5.1.1. Psikanalitik Kuram

Madde bağımlılığın nedenlerine ilişkin psikanalitik literatür incelendiğinde; Freud'un metinlerinde direkt madde konusunu işlemediği ancak toksik maddelerin kullanımı ve istismarının onun çalışmalarında bazı periyotlarla ortaya çıktığı

görülmektedir (Verceze ve Cordeiro, 2016). Freud (1905), Wilhelm Fliess' e yazdığı bir mektubunda mastürbasyondan 'birincil bağımlılık' olarak bahsetmiş ve yaşamın ilerleyen yıllarındaki alkol, morfin, tütün gibi bağımlılıkları da mastürbasyonu temsil eden ve onun yerine geçen bağımlılıklar olarak tanımlamıştır (Smith,1986).

Glover 1932' de yazdığı "Madde Bağımlılığının Etiyolojisi" isimli makalesinde madde kullanımının sebeplerine dair yapılan analitik çalışmalarda temelde gözlemlenen üç eğilim olduğunu söylemiştir. Bunlar a) erotojenik ilgiler ve madde kullanımı yakından ilgilidir, b) madde kullanımı, erken dönem sadistik evrelere karşı bir tatmin/rahatlama olarak geç ve libidinal gelişimin kötüye kullanımıdır c) madde kullananlar bozma ve yerine koyma mekanizmalarını kullanırlar.

Wurmser (1974) narsisistik krizlerin yanında kompülsif madde kullanımını hızlandırıcı faktörleri de açıklamıştır. Bunlar; duygulanımsal savunmaların kusurlu oluşu, sembolleştirmenin düşük olması sonucu eyleme vurma, kusurlu ego ideali, nesne yerine geçen umutsuz bir arayış, yoğun öz-yıkım faaliyetleri ve gerilemiş haz arayışıdır. Bu faktörlerin hepsi olmasa da bir ya da birkaçının narsisistik krizler ile birleşerek bağımlılığa sebep olduklarını ifade etmiştir.

Khantzian (1980) 'a göre alkolikler ve madde bağımlılarında id, yapıcı (örneğin cinsel) içgüdülerden ziyade ölüm içgüdüsüne yönelir. Bu nedenle kompulsif madde kullanımı "yavaş intihar" ın bir formudur (aktaran, Thombs,2006).

1.1.5.1.2. Davranışçı Kuram

Madde bağımlılığının davranışsal modelleri bu bozukluğun gelişmesinde öğrenmenin önemini vurgulamaktadır. Davranış psikolojisinde ilk kuramcılardan biri olan Skinner (1975) bireylerin kendi tercihleri sonucu değil toplumsal pekiştireçlerin eksikliğinden ötürü madde kullandıklarını ileri sürmüştür. Ona göre, bireyler uyuşturucuyu (veya alkolü) kötüye kullanırlar çünkü başka türlü yapıcı davranışlarından ötürü toplum tarafından pekiştirilmemişlerdir (Thombs, 2006).

Operant koşullamada, öğrenmenin gerçekleşebilmesi için pekiştireçler gereklidir. Davranışı bir pekiştireç izliyorsa, davranış muhtemelen tekrar görünecektir (Thombs, 2006). "Klasik ve operant koşullanma yoluyla, olaylar ve olaylar hakkında edinilen bilgi arasındaki bağlantı madde kullanım davranışını pekiştirmektedir" (Ögel, 2010). Örneğin maddenin sürekli kullanıldığı yer, kullanılan malzemeler, günün belli bir

saati kişi için maddeyi hatırlatan bir uyarıcı haline dönüşebilir. Maddeyle eşleşen uyarıcıya maruz kalma, direkt olarak madde isteği yaratabilir veya belirli bir maddeyi önceki kullanımlardaki öforik deneyimleri hatırlatabilir sonuç olarak yine madde isteğine yol açabilir (Kalivas ve Olive, 2010).

Bağımlılıkta davranışsal modeller bağımlılığın birçok yönünü açıklamakta yetersiz kalmaktadır. Örneğin; davranışçı kuramlardaki genel varsayıma göre, cezalandırılma, davranışın sönmesine neden olmalıdır. Ancak bağımlılıkta yüksek düzey cezalandırılmaya rağmen bağımlılık davranışının bastırılamadığı veya ertelenemediği görülmüştür (DiClemente, 2016). Bu noktada, davranışın yanı sıra birtakım bilişsel süreçlerin de bağımlılık sürecinin gelişmesinde önemli olduğunu öne süren bilişsel kuramlar ön plana çıkmıştır.

1.1.5.1.3. Bilişsel Kuram

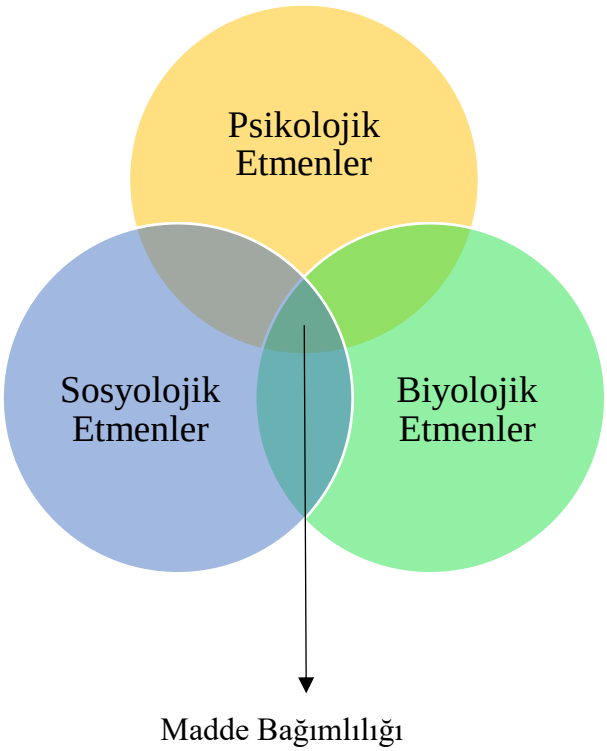
Bağımlılığın gelişimine dair bilişsel yaklaşım ile ilgili literatür taramasında öz yeterlilik kavramı ve olumlu sonuç beklentisi göze çarpmaktadır. Sosyal öğrenme kuramının öncüsü Bandura (1977) öz-yeterlik kavramını, bireyin arzu edilen bir sonuca ulaşmak için belirli bir davranışı sergileme yeteneğine olan inancı olarak tanımlar. Model alarak öğrenme sonucunda maddeye başlayan kişi, madde kullandıkça öz yeterlilik inancı artmaktadır. Ancak stresli yaşam olaylarıyla birlikte madde kullanımı artırdıkça daha işlevsel olan başa çıkma stratejilerini kullanma yetisi azalır. Bu durum da madde olmadan, öz yeterlilik inancının zayıf olmasıyla sonuçlanır ve bağımlılık gelişir (aktaran, Thombs, 2006)

Bağımlılık aynı zamanda iyi hissettiren ve ödüllendiren bir maddeye karşı etiketleme, yorumlama süreçlerini de içerdiği için duygu ve düşünceler de bağımlılığın oluşmasında önemli faktörlerdir. Ödüllendiren maddeye karşı olumlu sonuç beklentileri şartlanmış bilişlerdir ve bu kişinin kullandığı maddeye yönelik inançlarını ifade eder. Kullanım sonucunda gerginliği azaltıp rahatlatması, artan fiziksel zevk, cinsel uyarılma ve artan girişkenlik gibi olumlu beklentiler madde kullanımının başlamasında veya sürdürülmesinde etkilidir (Gonzalez & Skewes, 2013). Kendi kullanmasa bile kişinin etrafında madde kullanan kişilerin bulunması veya toplumda madde kullanımına dair olumlu bakış açısının bulunması madde kullanım riskini artırmaktadır (Tosun, 2008).

1.1.5.2. Biyopsikososyal Yaklaşım

Bağımlılığın nedenlerine dair şimdiye kadar bahsedilen yaklaşımlardan farklı olarak biyopsikososyal model karmaşık bir olgu olan bağımlılığı bütüncül bir bakış açısıyla açıklamaktadır (DiClemente, 2016). Biyopsikososyal yaklaşım, genetik /biyolojik, psikolojik ve sosyokültürel faktörlerin madde bağımlılığında etkili olduğunu ve tedavisi için bu unsurların hepsinin dikkate alınması gerektiğini belirtir (Becona, 2002).

Biyopsikososyal model, ikiz çalışmaları gözden geçirildiğinde ailesinde bağımlı olan kişilerin bağımlılık yatkınlığının mümkün olabileceğini, olumsuz çevresel koşullarda büyüyen çocukların bağımlılık riski taşıdıklarını ifade etmektedir. Aynı zamanda maddelerin keyif verici etkilerinin pozitif pekiştireç gibi işlem görüp bağımlılığa sebep olabileceğini, alkolün yaratacağı olumlu sonuca dair beklentinin bağımlılık sürecinde rol oynadığını, madde kullanımının kişide yarattığı olumlu duygulanımlar ve rahatlama etkisinden ötürü öz yeterlilik inancını kuvvetlendirerek bağımlılığa giden yolda etkili olduğunu iddia etmektedir (Gonzalez & Skewes, 2013).



Şekil 1: Madde Bağımlılığının Biyopsikososyal Model İle Gösterimi

1.1.6.Tedavi

Madde bağımlılığı tipik olarak nüks ile karakterize kronik bir hastalık olduğundan, kısa süreli, bir defalık tedavi genellikle yeterli değildir. Birçokları için tedavi, çoklu müdahaleleri ve düzenli izlemeyi içeren uzun vadeli bir süreçtir (Volkow, 2011). Madde bağımlılığında kişinin madde dışında birçok sosyal, ekonomik, tıbbi, psikolojik sorunları olduğu için standart bir müdahale yöntemi bulunmamaktadır. En iyi tedavi yöntemi bireysel gereksinimlere göre düzenlenen tedavidir. Kişinin belirlenen ihtiyaçları doğrultusunda tedavi planları derinlemesine düşünülmeli, tek bir müdahale yöntemi, farklı müdahalelerin birleşimi veya farklı müdahale öğelerinin kullanımı sonucunda tedavi planı uygulanmalıdır (Ögel, 2010).

Bağımlılık tedavisinde önemli iki nokta vardır; yoksunluk semptomlarının ortadan kaldırılması ve nüksün önlenmesi. Tedavide ilk aşamada madde tamamen kesilerek madde yoksunluğunda ortaya çıkan fizyolojik etkilerin ortadan kaldırılması için ilaç tedavisi uygulanır. Fiziksel bağımlılığın derecesine ve türüne göre ilaç tedavisi uygulandığı dönem detoksifikasyon (temizlenme) olarak adlandırılmaktadır (Volkow, 2011).

Madde bağımlılığının tedavisinde özellikle ilk dönemde motivasyon çok önemli bir konu olduğu için tedavide motivasyonel görüşme teknikleri önem kazanmaktadır. Yaklaşımın yapısı gereği hümanistik olması, yargılayıcı olmaması toplumda oldukça etiketlemeye maruz kalan bağımlı hasta ile güven ilişkisi kurmada etkili olmaktadır (Ögel, 2010). Motivasyon geliştirme terapisi olarak da adlandırılan bu yöntem, bireylerin tedaviye başlama ve madde kullanımlarını durdurma konusundaki kararsızlıklarını çözmelerine yardımcı olan bir danışma yaklaşımıdır. Bu yaklaşımda ilk değerlendirme görüşmesinden oturumundan sonra, ilk değerlendirmeye geri bildirim sağlayan, kişisel madde kullanımı hakkındaki tartışmayı teşvik eden ve kendi kendine motivasyon ifadelerini ortaya çıkaran iki ila dört bireysel tedavi seansından oluşur (Volkow, 2011). Bilişsel davranışçı terapi teknikleri ise madde bağımlılığı gibi uyumsuz davranış modellerinin geliştirilmesinde öğrenme süreçleri, maddeye dair duygu ve düşüncelerin kritik bir rol oynadığı teorisine dayanmaktadır. Bilişsel davranışçı terapinin temel bir unsuru, olası sorunları öngörmek ve etkili başa çıkma stratejileri geliştirmelerine yardımcı olarak hastaların kendi kontrollerini geliştirmektir (Volkow,

2011).

Bireysel terapilerin yanı sıra grup terapileri de madde bağımlılığının tedavisinde önemlidir. Adsız Narkotikler(AN) olarak adlandırılan ve 12 basamak kendine yardım gruplarından oluşan programlar bulunmaktadır. Bağımlılıkta toplumdan izole olma önemli bir sorun olduğu için, 12 basamak kendine yardım grupları hem bu izolasyonun ortadan kalkmasına hem de kişinin topluma yeniden entegrasyonuna yardımcı olmaktadır (Bektaş ve ark., 2018).

Madde bağımlılığının madde kullanan bireyin kendisine olduğu kadar ailesi ve yakın çevresine de psikolojik, fiziksel, ekonomik ve toplumsal anlamda olumsuz etkileri olduğu bilinmektedir (Ünal, 1991). Çalışmanın bundan sonraki kısmında önce madde bağımlılarının yakınları, ardından madde bağımlılığının, yakınları üzerindeki etkilerinden bahsedilecektir.

1.2. Madde Bağımlılarının Yakınları

Aile ve bağımlılık konusu ele alınırken aileyi -bağımlı aile üyesinin diğer aile üyelerine etkisi açısından- iyi tanımlamak gerekir. Madde kullanan kişinin anne ve babası ile mi yoksa kendi sonradan kurduğu ailesinde eşi ve bazen çocukları ile mi yaşadığı önem taşımaktadır. Çünkü bağımlı bir ebeveyne sahip olmak kişinin depresyon, kaygı bozukluğu, travma sonrası stres belirtileri gibi semptomları yaşama riskini artırması yanında, ebeveyni bağımlı olmayan bireylere göre kişinin gelecekteki yaşantısında ilişki ve evlilik problemleri yaşama riskini ve ileride kendisinin de bağımlı olma riskini artırmaktadır (Bircan ve Erden, 2011; Küliğ ve Engin, 2017). Ancak hangi durumda olursa olsun, bir bağımlı ile yaşamak ailedeki tüm dengeleri değiştirmektedir (Ögel, 2015). Ailenin her üyesi, karşılanmayan gelişimsel ve duygusal ihtiyaçlarından bağlanma ile ilgili problemlere, ekonomik sıkıntılardan yasal sorunlara ve hatta bazen de kendisine karşı uygulanan şiddet dahil bir çok konuda madde kullanan bireyden etkilenmektedir (Lander ve ark., 2013).

Bağımlı yakınları için oluşturulan kendine yardım gruplarında da dile getirilen bağımlılığın bir aile hastalığı olduğu ve aile sisteminin değişmesi gerektiğidir. Çünkü aile hem bağımlılığın oluşmasında hem de sürdürülmesine sebep olan etkenlerden biri olabilmektedir (Kaur ve ark., 2018).

Aile üyeleri bağımlılığın gizli kurbanlarıdırlar, çok büyük stres ve acılara katlanırlar. Uykusuz gecelerden, derin kaygının yol açtığı fiziksel ve ruhsal yorgunluktan muzdariptiler. Yakınlarının güvenliklerinden endişe ettikleri için saatlerce uyanık kalırlar. Her gün içlerinde kendilerini sürükleyen bir ağırlıkla yaşamak zorunda kalabilirler. Kendilerini bağımlılığın sebebi olarak görüp suçluluk duyguları yaşayabilirler. Bunca yoğun sürece rağmen sağlık sistemi içerisinde nadiren desteklenirler. Kendilerini neden olarak görmeseler dahi, bağımlı kişinin yükünü fazlaca sırtlanarak, kişinin kendi yaşamının sorumluluğunu almamasına yol açabilirler. Yakınlarını maddeden uzak tutmak için fazlaca zaman ve para harcayabilirler ancak çoğu zaman müdahaleleri dirençle karşılanarak ters teper (Maté, 2011). Tüm bu nedenlerden dolayı bağımlılığı bir "aile hastalığı" olarak görebiliriz (Ögel,2015). Bu döngüye fazlaca kapılıp kendi iyilik hallerini bir kenara bıraktıklarında bağımlı kişi ile kendi yaşam sınırları giderek bulanıklaşır ve uzmanların "eş bağımlılık" dedikleri süreç yaşanabilir (Converys, 2009). Eş bağımlılar, kendi istek ve gereksinimlerini göz ardı ederek karşıdakinin problemleriyle aşırı derecede ilgilenirler (CoDA 1998). Eş bağımlı kişilerin aşağıdaki davranış biçimlerine sahip olduğu düşünülmektedir:

• Karşıdakinin kendisine bakamayacağına inandıkları için kontrol etme ihtiyacı hissederler.

• Genel olarak özgüvenleri düşüktür ve kendi duygularını inkar etme eğilimi vardır.

• Reddedilme veya öfkeyi önlemek için kendi değerlerinden ve dürüstlüğünden ödün verme pahasına aşırı derecede uyumludurlar.

• Genellikle sıkıntılara veya hayal kırıklıklarına karşı aşırı duyarlı olduklarından, aşırı derecede tepki verirler.

• Bağlılıklarını hak edecek bir şey yapmayan insanlara sadık kalırlar (CoDA 1998).

Aileler için madde bağımlısı bireyle iletişim kurmak da oldukça zorlayıcı olabilmektedir. Çünkü çift karakterli biriyle yaşadıklarını hissedebilirler; biri aklı başında ve sevimli, diğeri aldatıcı ve umursamaz. Birincisinin gerçek olduğuna ikincisinin ise geçici olduğunu umut ederler. Gerçekte ise ikisi de aynı kişinin farklı

yönleridir. Bağımlıyı değiştirmek çabaları iyi niyetli olsa da çoğu zaman ters teper. Çünkü baskı hissi bağımlı birey tarafından dirençle karşılanır. Ailenin kişiyi utandırma girişimlerinde öfke tetiklenir. Çünkü değişim için gerekli olan motivasyon içten gelmelidir. Bazen aileler şu ikilemle karşı karşıya kalırlar; bağımlı kişiyle yaşamak ya da ondan ayrılmak. Ancak ayrılık durumunda suçluluk duyguları tetiklenebilir. Kalmanın getirmiş olduğu dengesiz ruh haliyle ayrılmanın getireceği suçluluk arasında sıkışan bağımlı yakınları için bu süreç oldukça zorlayıcıdır (Maté, 2011).

Aile içerisinde ise bağımlılığın sonuçlarından sıklıkla kadınların etkilendiği ifade edilmiştir. Yapılan bir çalışmada uyuşturucu bağımlısı erkeklerin, kadınların güvenlik hissini hem özel hem de kamusal olarak etkilediği, kadınların doğrudan ve dolaylı olarak tehdit altında oldukları ifade edilmiş, çoğu durumda kadınların ailenin diğer üyelerine göre uyuşturucu bağımlısı erkekler tarafından (genellikle eşleri) daha fazla şiddete uğradıkları belirtilmiştir (Hosseinnezhad ve Assadi, 2015). Bağımlılığa bağlı olarak sorunlar arttıkça, eşlerde psikiyatrik ve psikolojik sorunlarda artış gözlenmektedir (Ögel, 2015).

Madde bağımlıları çoğu zaman düzenli bir şekilde çalışamamaktadır. Aileler ise hem kişilerin gündelik ihtiyaçlarını karşılamakta hem de tedavileri konusunda masrafları üstlenmektedir. Bunun yanında istenmeyen gebelik veya bulaşıcı hastalıklar gibi durumlarda da maddi masraflar aile tarafından karşılanmaktadır. Bu durum ailenin maddi kaynaklarının çoğunu bağımlı kişi için harcaması demektir (CASA, 2005).

Bağımlılık gibi toplumun genelinin olumsuz tutum takındığı bir durumun varlığı, damgalanma korkusunun da etkisiyle ailenin giderek sosyal çevrelerinden izole olmasına yol açmaktadır (Corrigan ve ark., 2006).

Ailelerin madde kullanan bireyden ötürü sosyal, psikolojik, ekonomik birçok yönden olumsuz etkilenmesinin yanında olumsuz aile ilişkilerinin kendisi de kişinin maddeye başlamasındaki etkenlerden biri olabilmektedir. Çocuğun aile tarafından istenmemesi/reddedilmesi, kötü iletişim ve işlevsiz aile ilişkileri madde bağımlılığı açısından risk faktörleridir. Bunun yanında işlevsiz ailelerde ebeveynlerin riskli davranışları çocukların da öğrendikleri davranışlara dönüşmektedir (Mirkoviç ve ark., 2017). Yapılan çalışmalarda karşılaşılan yaygın sonuçlardan biri gençlerin aile

ilişkilerini sağlıklı ve yeterli gördükleri zaman, içsel ve dışsal olarak daha güvenli ve korunmuş hissettikleridir (Çataloğlu, 2011). Yaman (2014) tarafından yapılan saha araştırmasında 15-25 yaş arasında olan ve madde kullanan gençlerle görüşmeler yapılmış ve çalışmanın en önemli sonuçlarından biri olarak bağımlılıktan uzak durabilmek için güçlü aile yapısının ve aktif ebeveyn rolünün önemi üzerinde durulmuştur. Aynı çalışmada sağlam bir baba figürünün olmayışı da gene bağımlılık açısından risk olarak değerlendirilmiştir. Bunun yanı sıra farklı bir çalışmanın sonuçlarına göre ailede madde kullanan bireyin olmasının ailenin daha genç üyelerinin de maddeyle tanışmaları ve bağımlılığa bulaşmaları açısından risk oluşturabileceği belirtilmiştir. Sıcaklık ve sevginin olduğu ailelerde, çocukların madde kullanmadıkları veya nadiren denedikleri ifade edilmiştir (Barnard, 2005). Ayrıca düşmanlık gibi olumsuz duyguların olduğu ailelerde madde bağımlılığı riskinin fazla olduğu, madde bağımlılarının, kullanmayanlardan daha zayıf aile bağlarına sahip olduğu belirtilmiştir (Jêdrzejczak, 2005). Nitel yöntemle yapılmış bir vaka çalışmasının sonuçlarına göre ise bugün madde bağımlısı olan bir kişi önceki aile yaşamına dair; annesinin madde kullandığını, evdeki anne figürünün yok veya geçici olduğunu, devamlı evsiz kalma korkusu yaşadığını hatırladığını ifade etmiştir (Reis ve ark., 2017). Ülkemizde yapılan bir çalışmada ise madde kullanan bireylerin ailelerinin sosyoekonomik düzeylerinin düşük olduğu, anne babaların önemli kısmının boşanmış olduğu ya da ayrı yaşadığı görülmüştür (Arman,1993).

Ailesel faktörlerin hem maddeye başlamada hem de sürdürmede oldukça etkili olmasından ötürü bağımlılık sürecini aile bakış açısıyla değerlendirmenin önemi birçok örnekle desteklenmektedir. Alkol ve diğer uyuşturucunun onaylanmadığı ailelerde aile üyeleri daha az madde kullanma eğilimindedir (Gruber ve Taylor, 2006).

Sonuç olarak; alkol ve madde bağımlılığı, ekonomik, sosyal, toplumsal ve sağlık açısından diğer aile üyelerinin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkiler (Mannelli, 2013). Madde bağımlılarının kendi ihtiyaçlarını karşılama açısından zorluklar yaşamaları ve bağımlılığın tüm aile sistemini etkilemesi ailelere önemli bir yük getirmekte ve bağımlı kişiye bakım verme rolünü üstlenmelerine neden olmaktadır (Soares ve ark., 2016).

1.3. Bakım Verme

Türk Dil Kurumu bakım kavramını "Bir şeyin iyi gelişmesi, iyi bir durumda kalması için verilen emek" ve "Birinin beslenme, giyinme vb. gereksinimlerini üstlenme ve sağlama işi" olarak tanımlamaktadır (www.tdk.gov.tr.,Erişim tarihi: 25 Nisan 2019). Bakım verme kavramı İngilizce' de ise "care giving" sözcüğüne karşılık gelmektedir ve isim haliyle "Birisinin veya bir şeylerin sağlığı, refahı, onarımı ve korunması için gerekli olanın sağlanması" anlamında kullanılırken, fiil haliyle "Endişe veya ilgi hissetmek; bir şeye önem vermek" anlamında kullanılmaktadır (https://en.oxforddictionaries.com., Erişim tarihi, 25 Nisan 2019).

Bakım kavramının net bir tanımı yapılamamakla beraber yapılan bir kavram analizi çalışmasında, bakım vermeyi profesyonel düzeyde yapan hemşirelerin, hemşire öğrencilerinin ve ailelerin bakım vermeye dair algıları incelenmiş ve bakım vermeye dair ortak tanımlamalarda saygı, duyarlılık, ilgili olma ve değer verme kavramlarına yer verilmiştir (Altıok ve ark., 2011). Literatürde bakım verme formal ve informal olmak üzere ikiye ayrılmaktadır.

1.3.1.Bakım Türleri

1.3.1.1.Formal Bakım

Formal bakım; bir sağlık kuruluşu veya ihtiyacı olan bir kişi için bir birey tarafından ücretli bakım hizmetlerini ifade eder (IFA, 2014). Başka bir tanımlamaya göre ise; bakıma ihtiyacı olan kişilere profesyonel bir şekilde organize edilmiş olarak verilen, ücrete tabi yardım olarak tanımlanmaktadır (Portrait, Lindeboom, & Deeg, 2000). Formal bakım bir kurum çatısı altında olabilirken, evde de sağlanabilmektedir. Evde formal bakım hizmetleri; sosyal hizmet uzmanı, psikolog, doktor, hemşire, fizyoterapist ve bakım destek elemanı gibi birçok meslek üyesinin ortak çalışması ile yürütülen hizmetlerin bütünü olarak ifade edilmektedir (Aksayan ve Cimete, 1998).

1.3.1.2.İnformal Bakım

Genellikle bakım ihtiyacı olan kişinin anne babası, eşi, yakın akrabası, arkadaş veya komşuları tarafından ücretsiz bir şekilde gönüllülük esasına dayanarak verdikleri bakım hizmeti olarak tanımlanmaktadır (FCA, 2017). Aynı şekilde başka bir tanımlamaya göre ise informal bakım, bakıcı ve desteklenen kişi arasındaki karmaşık bir sosyal ilişkiye dayanan aile, arkadaşlar ve gönüllüler tarafından sağlanan ücretsiz bakımdır (IFA,2014). İnformal bakım, bakım ihtiyacı olan kişilerin yaşam kalitesini sağlamak adına önemlidir.

Bir yakınına bakım sağlamak zorlayıcı olabilmektedir. Uğur ve Fadıloğlu (2012)' na göre "İnformal bakım verenler, bir taraftan sevdikleri bireyi yavaş yavaş kaybederken ve bunun üzüntüsünü yaşarken diğer yandan üstlendikleri bakım sorumluluğunun etkileri altında ezilmekte, bu fiziksel ve duygusal etkiler "yük" olarak tanımlanan sonucun ortaya çıkmasına neden olmaktadır" (akt. Gel ve Keskin, 2017).

1.3.2. Bakım Veren Yükü

Bakım veren yükü, bakım sunarken yaşanabilen fiziksel, psikolojik, sosyal veya finansal tepkileri ifade etmede kullanılır (Zarit ve ark.,1980).

"Yük kavramı bakım verenler ve araştırmacılar tarafından farklı algılanabilir. Özellikle hasta yakınlarıyla görüşmede bu ifade bakım verilen kişinin reddi olarak algılanabilmektedir. Bakım veren kişiler bakımın kendileri üzerine olan etkilerini yönetmekte başarısız olabilmekte ve çaresizlik, suçluluk, öfke, korku ve sosyal yalıtım gibi duygular yaşayabilmektedirler" (Atagün ve ark.2011). Bakım verenler çoğu zaman üstlendikleri yükün farkında değildirler. Başka bir çalışmada ise bakım vermenin bir görev ve sorumluluk olarak algılandığı ve bakım veren kadınların bu süreçteki yüklerinin farkında olmadıkları görülmüştür (Tanrıkulu, 2019).

Bakım verenin yükünü tanımlarken 1966 yılında yaptıkları çalışmada Hamilton ve Hoeing şizofreni hastalarının ailelerine etkilerini araştırmışlar ve yük kavramını nesnel ve öznel yük olarak iki boyutlu ele almışlardır. Bu çalışmada nesnel yük, hastalıktan ötürü yaşanan finansal kayıpları, hastalığın aile üyelerinin sağlık durumlarına etkilerini aynı zamanda çocuklar ve ailenin geri kalanı üzerindeki genel rahatsızlık verici etkilerini kapsarken; öznel yük bakım veren kişi tarafından hissedilen

bakımla ilgili olumsuz duygular olarak tanımlanmıştır (Hamilton ve Hoeing, 1966). "Nesnel yük ailenin yaşantısında hastanın hastalığının, aktivite kısıtlılıklarının, yardım ve görev tiplerinde harcanan zamanın ve sarf edilen finansal kaynakların sebep olduğu aksaklıklarla ilgilidir. Öznel yük duygusal durum, fiziksel durum, finansal ve çalışma ortamları gibi alanlarda aile bireyinin yaşadığı hissedilen gerginliğin miktarıyla ilgilidir" (Wicks ve ark., 1997; akt., Atagün ve ark. 2011).

Uzun süreli bakım verme sağlık, sosyoekonomik durum, psikolojik durum gibi yaşam kalitesinin göstergeleri olan alanları etkileyen bir süreçtir. Bakım verenin yaşadığı yük, depresyon, anksiyete, tükenmişlik, fiziksel sağlıkta azalma, sosyal izolasyon ve ekonomik güçlükler gibi sonuçlar doğurur (Atagün ve ark.2011). Bakım veren yükünün kronik etkileri olduğunu iddia eden bir çalışmada ise ölümcül hastaların bakım verenleriyle, hasta henüz ölmeden ve öldükten 2,7 ve 13 ay sonra yapılan değerlendirmelerde dahi bakım verenlerde depresyon semptomlarının sabit kaldığı hatta %14'ünde intihar düşünceleri olduğu belirtilmiştir (Chentsova-Dutton ve ark. 2002).

Bakım vermenin zorlukları arasında bakım verenin çalışma yaşamının kısıtlanması da sayılabilir. Bakım vermek önemli bir zaman gerektirdiğinden bakım veren kişi iş yerinden gerekli izinleri almak konusunda sıkıntılar yaşayabilmektedir. Çalışan bakım verenlere gerekli desteği sağlayacak iş yerleri çok az sayıdadır (IFA, 2014).

Bakım veren yükü ayrıca bakım verenin birçok depresyon ve kaygı gibi birçok psikolojik rahatsızlık için risk altında olması demektir (Yacı, 2011; Yıldırım ve ark.,2017). Şizofreni ve bipolar bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada, bakım verenlerde şiddetli yük tespit edilmiş ve şizofreni hastalarının bakım verenlerinin %72' sinde, bipolar bozukluk tanısı alan hastaların bakım verenlerinin ise %62' sinde depresyon belirtileri saptanmıştır. Aynı zamanda her iki hastalığa sahip olanların bakım verenlerinde yüksek düzeyde kaygı belirtileri saptanmıştır (Barlas, 2011).

Bakım veren yükünü etkileyen birçok unsur bulunmaktadır. Bunlardan bir tanesi cinsiyettir. Yapılan bir çalışmada Alzheimer hastası bireye bakım veren kadınların bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük ve sosyal yük alanlarında erkeklerden daha yüksek yük puanları aldıkları görülmüştür (Akpınar, 2009). Alkol ve madde kullanıcısı

bireylerin bakım verenleriyle yapılan çalışmalarda da bakım veren yükünün kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (Soares ve ark., 2016 ;Vaishnavi ve ark., 2017; Kaur ve ark., 2018).

Bir madde kullanıcısına bakım vermek diğer kronik bir hastalığa sahip kişilere (demans, AIDS ve böbrek hastaları gibi) bakım vermekten daha farklıdır. Madde bağımlısı kişiler bir çok soruna neden olsalar da genellikle aileleri tarafından hasta olarak görülmedikleri ve diğer kronik hastalıklarda olduğundan daha az fiziksel bakıma ihtiyaç duydukları ve bakım verenlerin günlük yaşamına (iş, ev organizasyonu vb.) doğrudan etki etmedikleri için, bu kişilere bakım vermenin dinamiği daha farklıdır (Marcon ve ark., 2012). Ancak madde kullanımının olumsuz etkileri arasında fiziksel, duygusal, sosyal ve finansal sıkıntılar vardır; tüm bunlar kişinin ve aile üyelerinin yaşamlarında sorunlara, zorluklara yol açar ve bu olumsuz etki "yük" olarak tanımlanır (Shekhawat ve ark., 2017).

Bakım veren yükü ve madde bağımlılığı ile ilgili yapılan çalışmalara bakıldığında ise yapılan çalışmaların sayısının azlığı dikkati çekmektedir. Daha çok ailenin, kişinin maddeye başlama sürecindeki etkisi incelendiğinden, hastalık esnasında yaşadıkları güçlükler ve yük üzerine çok fazla odaklanılmadığı görülmüştür (Mannelli, 2013). Mattoo ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışmada sadece opiyat bağımlılığı olan hastaların yakınları, sadece alkol bağımlılığı olan hastaların yakınları ve hem opiyat hem de alkol bağımlılığı olan hastaların yakınları yük ve yaşadıkları diğer zorluklar açısından karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre; her üç grupta da yük orta veya şiddetli olarak bulunmuştur. Bunun yanında "aile rutininin bozulması", "ekonomik yük", "aile ilişkilerinin bozulması" en çok zorluk yaşanan alanlar olmuştur. Bakım verenin yükünün artması düşük gelir düzeyi ve kırsal alanda yaşama ile ilişkilendirilmiştir. Ancak bakım veren yükünün hastanın yaşı, bakım verme yılı, bakım verenin eğitim seviyesi gibi sosyodemografik değişkenlerle ilişkisine rastlanmamıştır (Mattoo ve ark., 2013). Madde bağımlılarının bakım verenleriyle yapılmış başka bir çalışmada ise enjeksiyonlu ve enjeksiyonsuz madde kullanan bağımlıların yakınlarının bakım veren yükleri karşılaştırılmış ve her iki grupta da bakım veren yükünün orta veya şiddetli olduğu, enjeksiyonla madde kullanan hastaların ailelerinin ise daha fazla yük altında oldukları belirlenmiştir. Ayrıca bekar olmanın ve maddi durumun kötü

olmasının bakım veren yükünü arttırdığı ifade edilmiştir (Nebhinani ve ark.,2013). Yapılan başka bir çalışmada alkol ve madde bağımlılarının bakım verenlerinde şiddetli bakım veren yükü tespit edilmiş, bakım veren yükünün depresif belirtileri artırdığı ve yaşam kalitesinde bozulmalara yol açtığı belirlenmiştir (Marcon ve ark.,2012). Opiyat bağımlılarının eşleriyle yapılan bir çalışmada ise, eşler arasında bakım veren yükünün şiddetli düzeyde olduğu belirlenmiştir (Shyangwa ve ark., 2008). Bir başka çalışmada ise bakım veren yükü öznel ve nesnel yük olarak iki açıdan incelenmiş ve madde bağımlılarının bakım verenlerinin orta düzeyde nesnel yük, şiddetli düzeyde öznel yük yaşadıkları belirlenmiştir. Düşük gelirli ailelerde ve bağımlılığın şiddetinin daha yüksek olduğu hastaların ailelerinde nesnel yükün daha fazla olduğu, kadınların erkeklere oranla daha şiddetli yük hissettikleri belirlenmiştir (Sharma ve ark., 2019). Alkol bağımlılarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada ise, bakım veren yükü öznel ve nesnel yük olarak ele alınmış ve her iki yük şiddetinin de yüksek olduğu belirlenmiştir. Ayrıca bağımlılığın şiddeti ile finansal yük, aile içi ilişkilerin bozulması, günlük rutinlerin aksaması arasında pozitif yönde bir korelasyon bulunmuştur (Vaishnavi ve ark.,2017). Dahası bir çalışmaya göre madde bağımlılarının bakım verenlerindeki yükün şiddetinin, farklı kronik hastalıklara sahip hastalara bakım verenlerin yükünden daha yüksek olduğu ifade edilmiştir (Marcon ve ark., 2012).

Literatürdeki araştırmalarda bakım veren yükünü etkileyen tanımlayıcı özellikler dışında bazı değişkenlerin de incelendiği görülmektedir. Yapılan çalışmalarda, bakım veren yükü ile baş etme yöntemleri, kadın olma, depresyon ve anksiyete düzeyleri ve ruhsal hastalık riski arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunurken, yaşam kalitesi, öz yeterlilik düzeyleri, hastaların işlevsellik düzeyleri ve sosyal destek düzeyleri arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır (Yıldırım ve ark., 2017).

Sonuç olarak gelir düzeyinin, bakım verenin cinsiyetinin, bağımlılığın şiddetinin, hastaların işlevsellik düzeyinin ve sosyal desteğin varlığının bakım veren yükü ile ilişkili faktörler olduğu söylenebilir.

1.4. Algılanan Sosyal Destek

Sosyal destek, insanlara çeşitli sorunlarla baş etmelerine yardımcı olmak için yardım veya rahatlık sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Destek, kişilerarası

ilişkilerden, aile üyelerinden, komşulardan, dini gruplardan ve arkadaşlardan gelebilmektedir. Kişisel, sosyal veya ahlaki fikirlerin akranlar tarafından karşılıklı olarak paylaşılması, bireyi ve onun sosyal gelişimini desteklemektedir (Turner, 1999).

Schaefer, Coyne ve Lazarus (1981) sosyal desteğin beş farklı türünü tanımlamışlardır. Bunlar duygusal destek, güven desteği, iletişim ağı desteği, bilgi desteği ve maddi destektir. Duygusal destek, birine "Senin için endişeleniyorum" demek gibidir. Sorunu çözmeye yönelik olmaktan ziyade, destek sunulan kişiye anlaşıldığını hissettirmektir. Güven desteği, bireyin bir problemi çözme veya gerekli bir görevi yerine getirme becerisine olan inancı ifade etmektedir. İletişim ağı desteği, bireyin karşılaştığı bir problemde destek alabileceği yerlerin ulaşılabilir olmasını sağlamayı ifade eder. Bilgi desteği, bireye ihtiyacı olan kullanışlı bilgiyi sağlamaktır. Maddi destek ise herhangi bir fiziksel yardımı kapsamaktadır (akt; Marifran ve Gibb, 2011).

Sosyal desteği tanımlarken gerçekte olan sosyal destek ve algılanan sosyal destek kavramları ön plana çıkmaktadır. Algılanan sosyal destek bir bireyin aldığı desteğin türüne dair inancını ifade etmektedir yani aldığı sosyal desteğe dair öznel değerlendirmesidir (Zamani-Alavijeh ve ark. 2017). Fiili destekten çok daha önemli olan, bireyin desteğin varlığı hakkındaki algısıdır. Algılanan destek, bir bireyin sosyal desteğin kullanılabilir olduğu, genel olarak olumlu olduğu ve bu kişinin ihtiyaç duyduğu şeyi sağladığı inancını ifade etmektedir (Marifran ve Gibb, 2011). Sosyal desteğin bireyin ruhsal iyilik hali üzerindeki etkileri incelenirken iki önemli yaklaşım benimsenir. Bunlardan birincisi, sosyal desteğin sağlığı doğrudan etkilediğini (Main or Direct Effect Model) ikinci yaklaşım ise, sosyal desteğin en önemli işlevinin, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumada tampon etkiye sahip olduğunu belirtir (Buffering Effect Model) (Cohen ve Wills, 1985). Madde kullanıcılarının yakınlarının yaşadıkları sorunlar düşünüldüğünde bu grup için hem yakınlarından hem de profesyonellerden alabilecekleri sosyal destek özellikle önem kazanmaktadır (Orford ve ark., 2013).

Literatürde madde bağımlısı hastaların bakım verenlerinde algılanan sosyal destek ve bakım veren yükü arasındaki ilişkiyi inceleyen çok az çalışma bulunmaktadır. Bakım verenlerde bakım veren yükü ve algılanan sosyal destek kavramının birlikte ele alındığı çalışmalar incelendiğinde yapılan bir meta-analiz çalışmasında algılanan sosyal desteğin öznel yük ile ilişkili olduğu ifade edilmiştir (del-Pino-Casado ve ark., 2018).

Kronik psikiyatrik hastalığa (şizofreni, bipolar bozukluk vb.) sahip hastaların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada ise sosyal desteğin azlığının bakım veren yükünü artırdığı ifade edilmiştir (Mital ve ark.,2017). Bir çalışmada sosyal desteğin bakım yükünü azaltan bir etken olduğu belirtilmiştir (Soares ve ark., 2016). Aynı şekilde alkol bağımlılarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada da sosyal desteğin yükü azaltıcı etkisinden bahsedilmektedir (Rospenda, 2010). Madde bağımlılığı veya kronik ruhsal bozukluk (şizofreni, bipolar bozukluk vb.) tanısı almış hastaların yakınlarında algılanan sosyal destek eksikliğinin, öznel bakım yükünü artırdığı belirtilmiştir (Biegel ve ark.,2007).

Sosyal destek kavramı yaşam kalitesinin önemli bir ölçütüdür (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Farklı patolojilere sahip hastaların (kanser, inme, serebral palsi) bakım verenleriyle yapılan bir çok çalışmada sosyal desteğin yaşam kalitesi üzerindeki olumlu etkisi belirtilmiştir (Nightingale ve ark., 2016; Fertelli ve Tuncay, 2019; Ahanotu ve ark., 2018) Madde bağımlılarının bakım verenlerinde sosyal destek ve yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada sosyal desteğin yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir (Ahmad ve ark., 2016). Özetle sosyal desteğin bakım veren yükünü azalttığı ve bakım verenin yaşam kalitesini artırdığı söylenebilir.

1.5.Yaşam Kalitesi

Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi grubu yaşam kalitesini “bireyin yaşadığı kültür ve değer sistemleri bağlamında ve hedefleri, beklentileri, standartları ve endişeleri ile ilgili olarak yaşamdaki konumunu algılaması” olarak tanımlamıştır“ (WHOQOL, 1995).

Yaşam kalitesi kavramı her disiplin içerisinde farklı anlamlar içermektedir ve kavramın üzerinde uzlaşılmış genel bir tanımı bulunmamaktadır. “Sağlık alanında, “sağlığa ilişkin kriterler açısından değerlendirilmekte, psikososyal alanda ruh sağlığı kriterleri ile değerlendirilerek “mutlu hoşnut hissetme” ye, sosyoloji alanında toplumun “refah düzeyi” ve sosyo-ekonomik çalışmalarda da “gelişme” kavramları ile birlikte değerlendirilmektedir.” (Ağır, 2017).

Yaşam kalitesi kültürel bağların bulunmaması, umutlar, beklentiler, hayal kırıklıkları ve sevinçler, sosyal durumlar, hastalık, yetenekli olup olmama, işlevsellik düzeyi, istihdam durumu, finansal güvenlik, diğer insanlarla etkileşimin niteliği gibi içsel ve dışsal birçok faktörler etkilenir (McInerney, 2015). Yapılan bir literatür

taramasında, çalışmalar, kadın olmanın, yaşlı olmanın, dul veya boşanmış olmanın, düşük eğitim düzeyi ve düşük gelir düzeyine sahip olmanın, sosyal desteğin zayıf olmasının, yaşanan konutun özelliklerinin yetersiz olmasının, süreğen bir hastalığa sahip olmanın, iş doyumunun düşük olmasının ve boş zaman aktivitelerinin yetersiz olmasının yaşam kalitesini önemli düzeyde azalttığını göstermektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Yaşam kalitesinin kriterleri, öznel ve nesnel değerlendirmeler şeklinde iki açıdan incelenmektedir. Yaşam kalitesinin nesnel kriterleri olarak Ekonomik Kalkınma ve İşbirliği Örgütü (OECD)' nün belirlediği 11 kriter kullanılmaktadır. Bunlar; konut, gelir ve refah, iş ve kazanımlar, sosyal iletişim, eğitim ve beceriler, çevre koşulları, sivil katılım ve yönetim, sağlık durumu, yaşam memnuniyeti, güvenlik ve iş yaşam dengesidir (Akar, 2014). Bireyin kendi yaşamından memnun olup olmamasına bağlı kendi değerlendirmesi ise yaşam kalitesinin öznel belirleyicisidir (Ağır, 2017). Yaşam kalitesinin önemli göstergelerinden biri olan sosyal destek kavramıdır ve aile ilişkileri sosyal destek anlamında önem arz etmektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Bu araştırmanın da konusunu oluşturan bakım veren yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi kavramlarının bir arada incelendiği çalışmalar araştırılmıştır. Bir çalışmada inmeli bireye bakım veren bireylerde bakım yükü, yaşam kalitesi ve sosyal destek arasında ilişki olduğu, ileri ve aşırı düzey bakım yükü yaşayan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (Fertelli ve Tuncay, 2019). Yaşlı hastaya bakım verenlerle yapılan bir çalışmada ise sosyal desteğin bakım veren yükünü azalttığı bildirilmiştir (Kılıç, 2018). Parkinson hastalarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada ise bakım verenlerin, bakım yüklerinin en fazla aileden alınan sosyal destekten, ardından arkadaştan ve son olarak da özel bir insandan alınan sosyal destekten etkilendiği bildirilmiştir (Çiçek, 2012).

Literatür incelendiğinde; madde kullanan kişilerin ve ailelerinin yaşam kaliteleri ile ilgili yapılan bir çalışmada; ekonomik istikrarsızlık, fiziksel, psikolojik ve sözel şiddet gibi durumların hem madde kullanıcısına hem de ailesine önemli bir yük oluşturduğu ve bu yolla yaşam kalitesini azalttığı ifade edilmiştir (Miranda ve ark., 2006).

Alkol ve madde kullananlar ve bu kişilerin bakım verenlerinin yaşam kalitelerinin incelendiği başka bir çalışmada her iki grup yaşam kalitesi açısından

karşılaştırılmış ve her iki grupta da madde kullanımının yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisinin olduğu, aynı zamanda işlevsel kapasite, fiziksel sağlık, ağrı ve zindelik alanlarının, bakım verenlerin, madde bağımlılarına oranla daha olumsuz etkilendiği belirlenmiştir (Marcon ve ark., 2012). Literatür incelendiğinde, bu çalışmanın da konusunu oluşturan madde kullanıcılarının yakınlarında bakım veren yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmaya ise rastlanmamıştır.

1.6.Araştırmanın Problemi

Madde bağımlılığı gerek maddeyi kullanan bireyi gerekse yakınlarını bedensel, ruhsal, ekonomik birçok yönden etkilediği için toplumsal bir sorundur (Gonzalez & Skewes, 2013). Literatür incelendiğinde yapılan çalışmalarda madde bağımlılığı ve aile konusuna genel bakışın, ailenin bağımlılığa giden yoldaki işlevine yönelik olduğu görülmektedir. Geçmiş çalışmalarda genel olarak aileden kişiye geçen kalıtsal özelliklerin, olumsuz anne baba tutumlarının, aile içi olumsuz iletişimin bağımlılığının gelişimindeki rolü incelenmiştir (Ünal,1991; Arman, 1993; Ögel, 2001). Madde bağımlılığının olumsuz etkileri arasında fiziksel, duygusal, sosyal ve finansal sıkıntılar vardır; tüm bunlar kişinin ve aile üyelerinin yaşamlarında sorunlara, zorluklara yol açar ve bu olumsuz etki yük olarak tanımlanır (Shekhawat ve ark., 2017). Öte yandan madde kullanan kişide işlev kaybı önemli ölçülere ulaşabildiği ve kendi ihtiyaçlarını karşılamada zorluklar yaşadığı için kişinin yakınlarının bakım veren konumunda olmaları muhtemeldir (Vaishnavi ve ark.,2017).

Bakım veren yükü kavramı literatürde devamlılık gösteren hastalıklar için incelenen bir kavram olup, hastadaki yeti kaybına karşı aile üyelerinin fiziksel, duygusal, sosyal veya ekonomik anlamda yaşadığı sorunları ifade etmektedir (Yıldırım ve ark., 2017). Alkol ve madde bağımlılarının yakınlarında bakım veren yükü, ekonomik, sosyal, toplumsal ve sağlık açısından diğer aile üyelerinin yaşam kalitesini büyük ölçüde etkiler (Mannelli, 2013).

Sosyal destek, insanlara çeşitli sorunlarla baş etmelerine yardımcı olmak için yardım veya rahatlık sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Destek, kişilerarası ilişkilerden, aile üyelerinden, komşulardan, dini gruplardan ve arkadaşlardan gelebilmektedir. Kişisel, sosyal veya ahlaki fikirlerin çevredekiler tarafından karşılıklı olarak paylaşılması, bireyi ve onun sosyal gelişimini desteklemektedir (Turner, 1999).

Aynı zamanda sosyal destek kavramı yaşam kalitesinin önemli bir ölçütüdür (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Sorunlarla baş etmede önemli bir kavram olan sosyal destek, bakım verme yükü ile birlikte incelendiğinde yapılan bir meta-analiz çalışmasında sosyal desteğin öznel yük ile ilişkili olduğu, sosyal desteğin fazla olmasının öznel yükü azalttığı ifade edilmiştir (del-Pino-Casado ve ark., 2018).

Araştırmada cevap aranacak olan temel sorunsallar ise madde bağımlısı bireylerin yakınlarının bakım veren yükünün şiddeti, bakım veren yükünün algılanan sosyal destek düzeyiyle ilişkili olup olmadığı ve bakım veren yükü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide sosyal desteğin biçimlendirici rolünün olup olmadığıdır.

1.7.Araştırmanın Amacı

Ülkemizde madde bağımlılarının yakınlarıyla yapılan çalışmaların çoğunluğu, madde kullanımının aile üyeleri üzerindeki etkilerine odaklanmamaktadır. Bu çalışmanın temel amacı madde kullanıcılarının yakınlarının yaşadıkları problemlerin "yük" kavramı ile ele alınması ve tespit edilmesidir. Bakım verenlerin yaşadıkları yükün belirlenmesi ve azaltılmasına yönelik atılacak adımlar hem hastaya hem de yakınlarına fayda sağlayacaktır (Yıldırım ve ark., 2017).

Çalışmanın alt amaçları ise; bakım veren yükünü etkileyen sosyodemografik etkenleri belirlemek, bakım veren yükünün algılanan sosyal destek ile ilişkisini incelemek ve bakım veren yükü ile yaşam kalitesi arasındaki ilişkide sosyal desteğin biçimlendirici rolünü incelemektir.

1.8.Araştırmanın Önemi

Madde kullanımı ve aile ile ilgili alanyazın gözden geçirildiğinde, ailenin kişinin uyuşturucu madde kullanmaya başlamasındaki rolü üzerinde ağırlıklı olarak durulduğu ve aile içinde bağımlı bir kişinin varlığının ailenin diğer üyelerini etkileme şekillerinin göz ardı edildiği göze çarpmaktadır (Ünal, 1991; Bircan ve Erden, 2011). Ancak madde kullanımının sonuçta tüm aileyi etkilediği ve bu kişilerde de çeşitli ruhsal ve sosyal etkilerde bulunduğu unutulmamalıdır (Ögel, 2010).

Ailelerinde madde kullanıcısıı bir kişinin bulunduğu, özellikle de bu kişiye bakım verenlerin bu durumdan birçok açıdan etkilendikleri bilinmekle beraber, yapılacak olan çalışmayla aile üyelerinin madde kullanımından etkilenme düzeyi

görünür kılınmak istenmiştir. Ayrıca ülkemizde bağımlılık tedavisinde bakım verenlere yönelik sistemli bir müdahale programı bulunmamaktadır. Bu çalışmanın, madde kullanıcılarına bakım verenlere yönelik ileride oluşturulacak sistemli müdahale programlarına katkı sunması temenni edilmektedir.

1.9.Araştırmanın Varsayımları

Madde bağımlılığını bir beyin hastalığı olarak kabul eden yaklaşımı ele aldığımızda hastalığın tedavisinde farmakolojik müdahaleler önemli yer tutmaktadır. Uzun süre madde kullanan kişilerin beyin fonksiyonları önemli ölçüde deforme olmakta ve tedaviden sonra dahi kullanımdan önceki haline tam anlamıyla dönmemektedir. Bu nedenle madde bağımlılığı kronik bir hastalık olarak görülür ve kişi bıraktıktan on yıl sonra dahi bağımlı olma potansiyeli açısından risk taşımaktadır. Özellikle yıkıcı etkileri daha yüksek olan maddeleri (eroin, bonzai vb) kullanan kişilerin birçok yönden beraber yaşadıkları ve kendilerine bakım veren kişilerin yaşamları üzerinde de olumsuz etkilere sebep oldukları söylenebilir. Nükslerle ilerleyen bir hastalık olmasından ötürü bakım veren rolünü üstlenen aile üyeleri birçok kez hayal kırıklığı yaşama ihtimaliyle karşı karşıyadırlar. Ayrıca toplumda damgalanma ve dışlanma ihtimalleri de yüksektir (Corrigan ve ark.,2006). Tüm bunlar düşünüldüğünde bakım verme yükünün artmasının kişinin yaşam kalitesini düşürdüğü varsayılmaktadır. Buna karşılık algılanan sosyal destek düzeyinin yüksek olduğu kişilerin yaşam kalitelerinin görece daha olumlu düzeyde olacağı varsayılmaktadır.

1.10. Araştırmanın Sınırlılıkları

Madde bağımlılığı tanısı psikiyatri hekimleri tarafından DSM 5 tanı kriterlerinden yola çıkarak koyulmaktadır. Ancak çalışmanın yapıldığı yer (Bağımlılık Danışma Birimi) bir tedavi kliniği olmadığı için çalışmaya katılan bakım verenlerin madde kullanan yakınlarının bir tedavi kliniğinden “madde bağımlılığı” tanısı alıp almadıklarının tespit edilmesi mümkün olmamıştır. Bu durum araştırmanın en önemli sınırlılığı sayılmaktadır. Bu nedenle çalışma süresince madde bağımlılığı yerine madde kullanıcıları kavramı kullanılmıştır. Ayrıca örneklem sayısının 156 olması da bir diğer sınırlılık olarak görülmektedir.

Çalışmanın sonuçlarına göre bakım veren yükü ve yaşam kalitesinin bedensel ve

ruhsal alanı arasındaki ilişkide sosyal desteğin düzenleyici etkisi bulunmaktadır. Ancak yaşam kalitesinin diğer alanları olan sosyal ve çevresel alan için aynı sonuçların elde edilememiş olması bir diğer sınırlılık olarak görülmektedir.

Çalışmaya katılan bakım verenlerin yakınlarının kullandıkları maddeler ile ilgili "çoklu madde kullanımı" tercihinin bulunmaması yine bir başka sınırlılıktır.

1.11. Araştırmanın Hipotezleri

H1: Madde kullanıcılarının bakım verenlerinde bakım veren yükü yüksek düzeydedir.

H2: Madde kullanıcılarının bakım verenlerinde bakım veren yükü ve algılanan sosyal destek arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.

H3: Madde kullanıcılarının bakım verenlerinde bakım veren yükü ve yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki vardır.

H4: Madde kullanıcılarının bakım verenlerinde algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında pozitif yönlü bir ilişki vardır.

H5: Madde kullanıcılarının bakım verenlerinde algılanan sosyal destek, bakım veren yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide biçimlendirici rol oynamaktadır.

BÖLÜM 2. YÖNTEM

Tezin bu bölümünde araştırmanın örneklemi, veri toplama araçları ve veri analizinde kullanılan istatistiksel tekniklere ilişkin açıklamalara yer verilmiştir.

2.1. Araştırma Modeli

Araştırmada madde kullanıcılarının yakınlarında bakım veren yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi incelemek için kesitsel ve ilişkisel araştırma modeli kullanılmıştır.

2.2. Katılımcılar

Araştırmanın örneklemi, İstanbul İli Pendik İlçe Sağlık Müdürlüğü Bağımlılık Danışma Birimine başvuru yapan, amaçlı örneklem tekniğiyle seçilmiş 156 yetişkin bakım veren bireyden oluşmaktadır. Bakım veren olarak değerlendirilecek kişilerin özellikleri belirlenirken ise aşağıda sayılan dört kriterden en az ikisini taşıma şartı aranmıştır;

1- Madde kullanıcısı birey ile aynı aileden olmak

2- Madde kullanıcısı bireyle aynı evde yaşıyor olmak

3- Madde kullanıcısı bireyi maddi olarak desteklemek

4- Madde kullanıcısı bireyin tedavi sürecini takip etmek(hastane randevuları, ilaçları vs.)

5- Başka bir kişiye bakım vermiyor olmak.

Örneklem büyüklüğünün 99 (%63,5)'u kadın katılımcılardan, 57(36,5)'si ise erkek katılımcılardan oluşmak üzere toplamda 156 kişiden oluşmaktadır. Araştırmaya katılanlar 23-67 yaş aralığında olup yaş ortalamaları 47,03, standart sapması=8,43'tür. Bakım verilen tüm madde kullanıcıları erkektir. Araştırmaya katılanların bakım verme yılları 2 ile 20 arasında değişmekte olup, bakım verme yılı ortalaması 10,02, standart sapması=4,01' dir.

2.3. Veri Toplama Araçları

Araştırmada veri toplama aracı olarak "Demografik Bilgi Formu", "Zarit Bakıcı Yük Ölçeği", "Algılanan Sosyal Destek Ölçeği" ve " Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği- Kısa Formu" kullanılmıştır.

2.3.1. Demografik Bilgi Formu

Katılımcıların demografik bilgilerinin öğrenilmesi için araştırmacı tarafından oluşturulan Demografik Bilgi Formu kullanılmıştır. Bu formda katılımcılara yaş, cinsiyet, medeni durum, bakım verenin çalışma durumu, madde kullanıcısı bireye yakınlık, bakım verme yılı, madde kullanıcısı bireyin kullandığı madde, madde kullanıcısı bireyin çalışma durumu ve haneye giren gelir miktarı sorulmuştur. Demografik Bilgi Formu'nun bir örneği Ek 1'de sunulmuştur.

2.3.2. Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

Zarit Bakıcı Yük Ölçeği, Zarit, Reever ve Bach-Peterson tarafından bakım verenlerin yaşadıkları sıkıntıları değerlendirmek amacıyla geliştirilmiş, 22 maddeden oluşan bir ölçektir (Zarit ve ark., 1980). Asla, nadiren, bazen, sık sık ya da hemen her zaman şeklinde oluşturulmuş 5'li Likert tipi bir ölçektir. Ölçekten alınan puanın yüksek olması yaşanan sıkıntının yüksek olduğu anlamına gelmektedir (Özlü ve ark., 2009). Yapılan çalışmalarda ölçeğin iç tutarlılık katsayısı 0.87 ile 0.94 arasında, test-tekrar test güvenilirliği ise 0.71 olarak bulunmuştur (akt., İnci, 2006). Ölçeğin ülkemize uyarlanması farklı araştırmacılar tarafından yapılmıştır (İnci,2006). Bu uyarlama versiyonunun mevcut çalışmada kullanılmama sebebi, çalışmanın yaşlı bireylerin bakım verenleriyle yapılmış olmasıdır. Mevcut çalışmada ise Özlü ve arkadaşlarının 2009 yılında yaptıkları uyarlama çalışması kullanılacaktır. Söz konusu çalışma şizofreni hastalarının bakım verenleri ile yapılmış ve ölçeğin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0.83 olarak bulunmuştur. Ölçekte 5 boyut tespit edilmiş olup bunlar; ruhsal gerginlik ve özel yaşamın bozulması, sinirlilik ve kısıtlanmışlık, toplumsal ilişkilerde bozulma, ekonomik yük ve bağımlılıktır. Ölçeğin orijinalinde 22 madde bulunmasına rağmen, yapılan çalışmada 2 tane maddenin faktör yükü 0,50'nin altında olduğu için herhangi bir boyuta eklenememiş ve ölçek 19 madde şeklinde uyarlanmıştır (Özlü ve ark.,2009).

Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,98 olarak bulunmuştur. Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin bir örneği Ek 2'de sunulmuştur.

2.3.3. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği üç farklı kaynaktan algılanan sosyal desteğin yeterliliğini öznel olarak değerlendiren, kullanımı kolay, 12 maddeden oluşan kısa bir ölçektir. Bu kaynaklar(faktörler) aile, arkadaş ve özel bir insandan alınan

desteği içermektedir. Ölçeğin orijinalinin Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,85 dir. (Zimet ve ark., 1988).

Ülkemizdeki uyarlama çalışmasında ise "özel bir insan" terimi farklı anlamlar içerebileceğinden bu terim yerine eş, aile veya arkadaş dışında birileri şeklinde bir kullanım tercih edilmiştir. 12 maddelik ölçeğin her biri 4 maddeden oluşan 3 faktörü(alt ölçeği) bulunmaktadır ve 7'li Likert tipi(Kesinlikle hayır- Kesinlikle evet) bir ölçektir. Puanlama her alt ölçekten alınan puanların kendi içerisinde toplanması ve sonrasında tüm puanların toplanması ile yapılmaktadır. Alınan puanın yüksek olması algılanan sosyal desteğin yüksek olması anlamına gelmektedir (Eker ve ark., 2001). "Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği'nin Gözden Geçirilmiş Formu'nun Faktör Yapısı, Geçerlik ve Güvenirliği" incelenmiş ve MSPSS ve alt ölçek puanlarının iç tutarlılığı kabul edilebilir düzeyde (Cronbach alfa katsayıları = 0.80-0.95) bulunmuştur (Eker ve ark., 2001).

Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach Alfa iç tutarlılık katsayısı 0,92 olarak bulunmuştur. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin bir örneği Ek 3'de sunulmuştur.

2.3.4. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği Kısa Formu(WHOQOL-Bref)

Sağlıkla ilişkili yaşam kalitesi ölçeği DSÖ tarafından geliştirmiş tarafından geçerlik ve güvenirliği yapılmıştır. Ölçeğin uzun (WHOQOL-100) ve kısa (WHOQOL-Bref) formu olmak üzere iki sürümü vardır. Ölçek bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel iyilik hallerini içeren 4 alana dair toplamda 26 sorudan oluşan 5'li Likert tipi bir ölçektir. 1 ve 2. Sorular ise genel sağlık durumuna ilişkin bilgi vermektedir. Ayrıca bir de 27. soru olarak ulusal soru bulunmaktadır. Ancak bu sorular çalışmada kullanılmamıştır. Çünkü ulusal soru kültürler arası karşılaştırma yapılan çalışmalarda kullanılmak için oluşturulmuştur. Ölçeğin toplam puanı olmamakla beraber her alan 4-20 puan arasında hesaplanmaktadır. Puan arttıkça o alana dair yaşam kalitesi artmaktadır (Eser ve ark., 1999). Ölçeğin Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları, sağlıklı grupta bedensel sağlık boyutunda .76, ruhsal sağlık boyutunda .67, sosyal ilişkiler boyutunda .56 ve çevre boyutunda .74 olarak elde edilmiştir. Test tekrar test güvenilirliği .57 ile .81 arasında değişmektedir (Topçu ve ark., 2012).

Bedensel alan; günlük aktiviteler, uyku ve dinlenme, ağrı ve rahatsızlık hissi, enerji ve yorgunluk, tedaviye uyum ile ilgili sorulardan oluşmaktadır. Ruhsal alan; olumlu ve olumsuz duygular, benlik saygısı, beden imgesi, kişisel inançlar ve dikkate ilişkin sorular içermektedir. Sosyal alan; diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam ile ilgili sorulara yer vermektedir. Çevresel alanın ölçtüğü nitelikler ise; fiziksel güvenlik, maddi kaynaklar, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım imkanlarına erişim, yeni bilgi ve beceri edinme, dinlenme, boş zaman ve ulaşım olarak ele alınmaktadır (WHOQOL Group, 1996).

Ölçeğin bu çalışmadaki Cronbach alfa iç tutarlılık katsayıları bedensel alan için. 76, ruhsal alan için .87, sosyal alan için .91, çevresel alan için ise .91'dir. Dünya Sağlık Örgütü Yaşam Kalitesi Ölçeği'nin bir örneği Ek 4'te verilmiştir.

2.4. Verilerin Toplanması ve Verilerin Analizi

2.4.1. Verilerin Toplanması

Bu çalışmanın etik onayı Maltepe Üniversitesi Etik Kurulu'nun …. Sayılı ve tarihli kararıyla alınmıştır. Etik Kurul Onayı Ek 5'te sunulmaktadır.

Etik Kurul Onayı alındıktan sonra Sağlık Bakanlığı İstanbul İl Sağlık Müdürlüğünden gerekli izinler alınarak veri toplanmaya başlanmıştır. Ölçekler uygulanmadan önce katılımcılara çalışmanın detaylarını içeren "Bilgilendirilmiş Onam Formu" (Ek 6) imzalatılmış ve ardından ölçekler yüz yüze görüşme yoluyla uygulanmıştır. Okuma ve görmede sorun yaşadığını ifade eden katılımcılar için ölçek maddeleri ve şıkları birebir olacak şekilde araştırmacı tarafından sesli olarak okunmuş ve doldurulmuştur. Uygulama yaklaşık olarak 20-25 dakika sürmüştür. Veri toplama işlemi Eylül 2019- Kasım 2019 tarihleri arasında tamamlanmıştır.

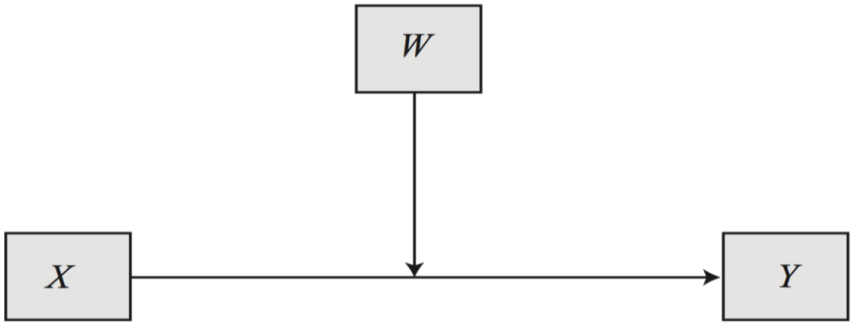
2.4.2. Verilerin Analizi

Bu çalışmanın verilerinin analizleri SPSS 24.0 paket programı kullanılarak yapılmıştır. Araştırma verilerinin normal dağılım göstermesi sebebiyle parametrik testler kullanılmıştır.

Katılımcıların demografik bilgileri ve ölçeklerden aldıkları puanları değerlendirmek amacıyla ortalama, standart sapma ve sıklık dağılımları gibi betimsel istatistiki analizler kullanılmıştır.

Ölçeklerden alınan puanların farklılaşma durumu Bağımsız Gruplar t testi ve Tek Yönlü ANOVA kullanılarak incelenmiştir.

Araştırmanın sürekli değişkenleri arasında, araştırma hipotezleri doğrultusunda olası ilişkilerin yönünü ve şiddetini ölçmek amacıyla Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Analizi kullanılmıştır. Bakım veren yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide sosyal desteğin düzenleyici etkisini incelemek için SPSS 24.0 paket programı üzerinden http://processmacro.org/index.html adresinden indirilen PROCESS v3.4 makrosu yöntemi kullanılmıştır (Hayes, 2018; http://www.afhayes.com/). Düzenleyici etkiyi belirlemek için yapılan analizler, Hayes (2018) tarafından önerilen "Moderation Model 1"(simple moderatin model) düzenleyici etki modeli ile gerçekleştirilmiştir. Araştırmanın amaçları doğrultusunda, test edilen temel düzenleyicilik modeline ilişkin kavramsal diyagram Şekil 2' de verilmiştir.



*X:*Yordayıcı değişken *Y:* Sonuç değişken *W:* Düzenleyici değişken

Şekil 2. Temel düzenleyicilik modeline ilişkin şematik gösterim (Hayes, 2018, s. 221)

Şekil 2'de yer alan şematik gösterim, düzenleyici (moderation) kavramını grafiksel olarak göstermektedir. Bu şekilde, *W*'yi *X*'in *Y* üzerindeki etkisine bağlayan ok, *X*'in *Y* üzerindeki etkisinin bir şekilde *W*'ye bağlı olduğunu belirtir. Araştırma kapsamında yordayıcı değişken (X) bakım veren yükü, sonuç değişkeni(Y) yaşam kalitesi, düzenleyici değişken (W) ise algılanan sosyal destektir.

BÖLÜM 3. BULGULAR

Bu bölümde araştırmada kullanılan ölçekler ve araştırmacı tarafından hazırlanan demografik bilgi formundan elde edilen bilgilere yer verilmiştir. Örneklem grubunun araştırma değişkenlerine göre gösterdiği farklılıklar saptandıktan sonra değişkenlerin birbirleri ile ilişkileri araştırılmıştır.

3.1. Betimsel Analizlere Dair Bulgular

3.1.1. Örneklemin Özellikleri

Araştırmacı tarafından hazırlanan bilgi formu üzerinden elde edilen bilgiler Tablo 1'de gösterilmiştir.

Tablo 1. **Katılımcıların Tanımlayıcı Özelliklerinin Dağılımı**

Değişken	**Ortalama**	**Ss**
Yaş	47,03	8,49
Bakım Yılı	10,2	4,1
	N	**%**
Cinsiyet		
Kadın	99	63,5
Erkek	57	36,5
Medeni Durum		
Bekar	2	1,3
Evli	96	61,5
Boşanmış/Ayrı yaşıyor	58	37,2
Gelir Düzeyi		
0-1000	12	7,7
1001-2000	79	50,6
2001-3000	59	37,8
3001-4000	6	3,8
4000-Üstü	0	0
Bakım Verenin Çalışma Durumu		
Çalışıyor	42	26,9
Çalışmıyor	114	73,1
Bakım Verilenin Çalışma Durumu		
Düzenli Çalışıyor	21	13,5
Düzensiz Çalışıyor	54	34,6
Çalışmıyor	81	51,9
Bakım Verilenin Kullandığı Madde		
Eroin	50	35,3
Bonzai	74	47,4
Metamfetamin	27	17,3
Bakım Verilene Yakınlık		
Anne	69	44,2
Baba	57	36,5
Eş	30	19,2

Tablo 1'de görüldüğü gibi araştırmaya katılan katılımcıların yaşlarının aritmetik ortalaması $\bar{X}$= 47.03, standart sapması ss=8,49 olarak hesaplanmıştır.

Katılımcıların madde kullanan bireye bakım verme yılları 2-20 arası değişmektedir. Bakım verme yıllarının aritmetik ortalaması $\bar{X}$= 10.02, standart sapması ss=4.01 olarak hesaplanmıştır.

Örneklem büyüklüğünün 99 (%63,5)'u kadın katılımcılardan, 57(36,5)'si ise erkek katılımcılardan oluşmak üzere toplamda 156 kişiden oluşmaktadır.

Katılımcıların %1,3'ü (n=2) bekar, %61,5'i (n=96) evli, %37,2' si (n=58) ayrı yaşıyor/boşanmıştır.

Katılımcıların haneye giren gelir miktarı incelendiğinde %7,7'sinin 0-1000 arası, %50,6'ünün 1001-2000 arası, %37,8' inin ise 2001-3000 arası gelire sahip olduğu görülmüştür.

Katılımcıların %73,1'i (n=114) çalışmamakta, %26,9'u (n=42) çalışmaktadır.

Katılımcılar tarafından bakım verilen madde kullanıcılarının %51,9' u (n=81) çalışmamakta, %34,6'sı (n=54) düzensiz çalışmakta, %13,5'i (n=21) düzenli çalışmaktadır.

Katılımcılar tarafından bakım verilen madde kullanıcılarının kullandıkları maddeler sıralanmıştır. Tabloya göre katılımcıların bakım verdikleri madde kullanıcılarından %47,4'ü (n=74) bonzai, %35,3'ü (n=55) eroin, %17,3'ü (n=27) metamfetamin kullanmaktadır.

Katılımcıların %44,2 si(n=69) madde kullanıcısının annesi, %36,5'i(n=57) madde kullanıcısının babası, %19,2'si(n=30) ise madde kullanıcısı bireyin eşidir.

3.1.2. Katılımcıların Cinsiyet Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları

Katılımcıların cinsiyet değişkenine göre bakıcı yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi ve alt boyutlarından (bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan) aldıkları puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla yapılan t testi sonuçları Tablo 2'de gösterilmiştir. Tablo 2'de görüldüğü gibi katılımcıların bakıcı yükü ölçeğinden aldıkları puanlar cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$t_{(154)=}$=6,47; $p<0.01$]. Kadınların bakıcı yükü

ölçeğinden aldıkları puanların ($\bar{X}$=76.22) erkeklerin aldıkları puanlara ($\bar{X}$=52.56) göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur. Katılımcıların algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanlar cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$t_{(154)=}$-4,52; $p<0.01$]. Kadınların algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların ($\bar{X}$=39,98) erkeklerin algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanlara ($\bar{X}$=47.51) göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur. Katılımcıların yaşam kalitesinin bedensel alt alanı ölçeğinden aldıkları puanlar cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$t_{(154)=}$-4,65; $p<0.01$]. Kadınların yaşam kalitesinin bedensel alt alanı ölçeğinden aldıkları puanların ($\bar{X}$=10,19) erkeklerin yaşam kalitesinin bedensel alt alanı ölçeğinden aldıkları puanlara ($\bar{X}$=13,12) göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur. Katılımcıların yaşam kalitesinin ruhsal alt alanı ölçeğinden aldıkları puanlar cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$t_{(154)}$=-4,65; $p<0.01$]. Kadınların yaşam kalitesinin ruhsal alt alanı ölçeğinden aldıkları puanların ($\bar{X}$=10,60) erkeklerin yaşam kalitesinin ruhsal alt alanı ölçeğinden aldıkları puanlara ($\bar{X}$=13,48) göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur. Katılımcıların yaşam kalitesinin bedensel alt alanı ölçeğinden aldıkları puanlar cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$t_{(154)}$=-3,63; $p<0.01$]. Kadınların yaşam kalitesinin sosyal alt alanı ölçeğinden aldıkları puanların ($\bar{X}$=9,72) erkeklerin yaşam kalitesinin sosyal alt alanı ölçeğinden aldıkları puanlara ($\bar{X}$=12,04) göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur. Katılımcıların yaşam kalitesinin çevre alt alanı ölçeğinden aldıkları puanlar cinsiyete göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır [$t_{(154)=}$-3,83; $p<0.01$]. Kadınların yaşam kalitesinin çevre alt alanı ölçeğinden aldıkları puanların ($\bar{X}$=11,26) erkeklerin yaşam kalitesinin çevre alt alanı ölçeğinden aldıkları puanlara ($\bar{X}$=13,03) göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur.

Tablo 2. Katılımcıların Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının t testi sonuçları

	Cinsiyet	N	Ortalama	Ss	t Değeri
Bakıcı Yükü Toplam	Kadın	99	76,22	15,93	6,47**
	Erkek	57	52,56	24,78	
Algılanan Sosyal Destek Toplam	Kadın	99	38,98	11,27	-4,52**
	Erkek	57	47,51	11,45	
Bedensel Alan	Kadın	99	10,19	3,90	-4,65**
	Erkek	57	13,12	3,54	
Ruhsal Alan	Kadın	99	10,60	3,59	-4,65**
	Erkek	57	13,48	3,96	
Sosyal Alan	Kadın	99	9,72	3,52	-3,64**
	Erkek	57	12,04	4,26	
Çevresel Alan	Kadın	99	11,26	2,57	-3,83**
	Erkek	57	13,03	3,09	

*p<0.05,**p<0.01

3.1.3. Katılımcıların Medeni Durum Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları

Katılımcıların medeni durum değişkenine göre bakıcı yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi ve alt boyutlarından (bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan) aldıkları puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla yapılan t testi yapılmıştır. Medeni durumu "bekar" olan katılımcıların sayısı (2 kişi) analiz yapmak için uygun olmadığı için, değişken 2 alt boyutlu (evli ve boşanmış) olarak ele alınmış ve analiz sonuçları Tablo 3'de gösterilmiştir. Tablo 3'de görüldüğü gibi yapılan bağımsız gruplar t testi sonucuna göre bakım veren yükü puanlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($t_{(154)}$= .153, p< 0.05). Medeni durumu evli olan bakım verenlerin bakım veren yükü puanları ortalamasının ($X_{ort.}$ = 64,43, s = 22.31) medeni durumu boşanmış olan bakım verenlerin bakım veren yükü puan ortalamasından ($X_{ort.}$ = 72,94, s = 22.77) anlamlı şekilde düşük olduğu belirlenmiştir.

Algılanan sosyal destek puanlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($t_{(154)}$= 2,84, p< 0.05). Medeni durumu

evli olan katılımcıların algılanan sosyal destek puan ortalamasının ($X_{ort.}$ = 43,84, s = 11,35) medeni durumu boşanmış olan katılımcıların algılanan sosyal destek puan ortalamasından ($X_{ort.}$ = 38,39, s = 11,80) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaşam kalitesi bedensel alt alanı puanlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($t_{(154)}$= 2,98, p< 0.05). Medeni durumu evli olan katılımcıların bedensel alt alan puan ortalamasının (Xort. = 11,91, s = 3,77) medeni durumu boşanmış olan katılımcıların bedensel alt alan puan ortalamasından (Xort. = 9,98, s = 4,80) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaşam kalitesi ruhsal alt alanı puanlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($t_{(154)}$= 3,15, p< 0.05). Medeni durumu evli olan katılımcıların ruhsal alt alan puan ortalamasının (Xort. = 12,39, s = 3,80); medeni durumu boşanmış olan katılımcıların ruhsal alt alan puan ortalamasından (Xort. = 10,35, s = 3,99) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaşam kalitesi sosyal alt alanı puanlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($t_{(154)}$= 2,73, p< 0.05). Medeni durumu evli olan katılımcıların sosyal alt alan puan ortalamasının (Xort. = 11,16, s = 3,86); medeni durumu boşanmış olan katılımcıların sosyal alt alan puan ortalamasından (Xort. = 9,40, s = 3,87) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur.

Yaşam kalitesi çevresel alt alanı puanlarının medeni duruma göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($t_{(154)}$= 2,73, p< 0.05). Medeni durumu evli olan katılımcıların çevresel alt alan puan ortalamasının (Xort. = 12,37, s = 2,89); medeni durumu boşanmış olan katılımcıların çevresel alt alan puan ortalamasından (Xort. = 11,13, s = 2,80) anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur.

Tablo 3. Katılımcıların Medeni Durum Değişkenine Göre Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının t testi sonuçları

	Cinsiyet	N	Ortalama	Ss	t Değeri
Bakıcı Yükü Toplam	Evli	96	64,43	22,31	-2,27*
	Boşanmış	58	72,94	22,77	
Algılanan Sosyal Destek Toplam	Evli	96	43,84	11,35	2,84*
	Boşanmış	58	38,39	11,80	
Bedensel Alan	Evli	96	11,91	3,77	2,98*
	Boşanmış	58	9,98	4,08	
Ruhsal Alan	Evli	96	12,39	3,80	3,15*
	Boşanmış	58	10,35	3,99	
Sosyal Alan	Evli	96	11,16	3,86	2,73*
	Boşanmış	58	9,40	3,87	
Çevresel Alan	Evli	96	12,37	2,89	2,61**
	Boşanmış	58	11,13	2,80	

*p<0.05,**p<0.01

3.1.4. Katılımcıların Gelir Düzeyi Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları

Katılımcıların gelir düzeyi değişkenine göre bakıcı yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi ve alt boyutlarından (bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan) aldıkları puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla bağımsız gruplar t testi yapılmıştır. İki gruptaki örneklem sayılarının karşılaştırma yapmaya yeterli olmamasından ötürü t testi yapılmıştır ($N_{0\text{-}1000}$=12, $N_{3001\text{-}4000}$=6).

Tablo 4'de görüldüğü gibi yapılan bağımsız gruplar t testi sonucuna göre bakım veren yükü puanlarının haneye giren gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($t_{(136)}$=12,414, p<0.01). Gelir düzeyi 1001-2000 arasında olan bakım verenlerin bakım veren yükü puanları ortalaması ($\bar{X}$=81,93), gelir düzeyi 2001-3000 arasında olan bakım verenlerin bakım veren yükü puan ortalamalarından ($\bar{X}$=48,93) anlamlı şekilde daha yüksektir (p<0.01).

Algılanan sosyal destek puanlarının gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($t_{(136)}$=-7,745, p<0.01). Gelir düzeyi 1001-

2000 arası olan bakım verenlerin algılanan sosyal destek puan ortalamaları (X_{ort}=36,43), gelir düzeyi 2001-3000 arası olan bakım verenlerin algılanan sosyal destek puan ortalamalarından (X_{ort}=49,20) anlamlı şekilde düşüktür ($p<0.01$).

Yaşam kalitesi bedensel alt alanı puanlarının gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($t_{(136)}$=-8,898, $p<0.01$). Gelir düzeyi 1001-2000 arası olan bakım verenlerin yaşam kalitesi bedensel alt alanı puan ortalamaları (X_{ort}=9,28, s=3,44), gelir düzeyi 2001-3000 arası olan bakım verenlerin yaşam kalitesi bedensel alt alanı puan ortalamalarından (X_{ort}=14,07, s=2,86) anlamlı şekilde düşüktür ($p<0.01$).

Yaşam kalitesi ruhsal alt alanı puanlarının gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($t_{(136)}$=-7,840, $p<0.01$). Gelir düzeyi 1001-2000 arası olan bakım verenlerin yaşam kalitesi ruhsal alt alanı puan ortalamaları (X_{ort}=9,85, s=3,39), gelir düzeyi 2001-3000 arası olan bakım verenlerin yaşam kalitesi ruhsal alt alanı puan ortalamalarından (X_{ort}=14,14, s=3,01) anlamlı şekilde düşüktür.

Yaşam kalitesi sosyal alt alanı puanlarının gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($t_{(136)}$=-6,462, $p<0.01$). Gelir düzeyi 1001-2000 arası olan bakım verenlerin yaşam kalitesi sosyal alt alanı puan ortalamaları (X_{ort}=8,93, s=3,20), gelir düzeyi 2001-3000 arası olan bakım verenlerin yaşam kalitesi sosyal alt alanı puan ortalamalarından anlamlı şekilde düşüktür ($p<0.01$).

Yaşam kalitesi çevresel alt alanı puanlarının gelir düzeyine göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($t_{(136)}$=-7,801, $p<0.01$). Gelir düzeyi 1001-2000 arası olan bakım verenlerin yaşam kalitesi çevresel alt alanı puan ortalamaları (X_{ort}=10,51, s=2,44), gelir düzeyi 2001-3000 arası olan bakım verenlerin yaşam kalitesi çevresel alt alanı puan ortalamalarından (X_{ort}=13,71, s=2,48) anlamlı şekilde düşüktür.

Tablo 4. Katılımcıların Gelir Düzeyine Göre Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının t testi sonuçları

	Gelir Düzeyi	N	Ortalama	Ss	t Değeri
Bakıcı Yükü Toplam	1001-2000	79	81,93	11,76	12,414**
	2001-3000	59	48,93	17,71	
Algılanan Sosyal Destek Toplam	1001-2000	79	36,43	10,05	-7,745**
	2001-3000	59	49,20	9,20	
Bedensel Alan	1001-2000	79	9,28	3,44	-8,898**
	2001-3000	59	14,07	2,86	
Ruhsal Alan	1001-2000	79	9,85	3,39	-7,840**
	2001-3000	59	14,14	3,01	
Sosyal Alan	1001-2000	79	8,93	3,20	-6,462**
	2001-3000	59	12,72	3,66	
Çevresel Alan	1001-2000	79	10,51	2,44	-7,801**
	2001-3000	59	13,71	2,28	

**p<0.01

3.1.5. Katılımcıların Çalışma Durumu Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları

Katılımcıların çalışma durumu değişkenine göre bakıcı yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi ve alt boyutlarından (bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan) aldıkları puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla yapılan t testi sonuçları Tablo 5'de gösterilmiştir. Tablo 5'de görüldüğü gibi katılımcıların bakıcı yükü ölçeğinden aldıkları puanlar bakım verenin çalışma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($t_{(154)}$=13,10; $p<0.01$). Çalışmayan bakım verenlerin bakıcı yükü ölçeğinden aldıkları puanların ($\bar{X}$=77,53, s=16,37) çalışan bakım verenlerin bakıcı yükü ölçeğinden aldıkları puanlara ($\bar{X}$=40,57 s=13,34) göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanlar bakım verenin çalışma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($t_{(154)}$=8,90; $p<0.01$). Çalışmayan bakım verenlerin algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların ($\bar{X}$=37,85 s=10,55) çalışan bakım verenlerin algılanan sosyal destek

ölçeğinden aldıkları puanlara ($\bar{X}$=53,62, s=7,62) göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt alanından aldıkları puanlar bakım verenin çalışma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($t_{(154)}$=9,18; $p<0.01$). Çalışmayan bakım verenlerin yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt alanından aldıkları puanların ($\bar{X}$=9,81 s=3,66) çalışan bakım verenlerin yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt alanından aldıkları puanlara ($\bar{X}$=15,19, s=1,62) göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alanından aldıkları puanlar bakım verenin çalışma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($t_{(154)}$=9,34; $p<0.01$). Çalışmayan bakım verenlerin yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alanından aldıkları puanların ($\bar{X}$=10,21 s=2,23) çalışan bakım verenlerin yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alanından aldıkları puanlara ($\bar{X}$=15,58, s=3,46) göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur.

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt alanından aldıkları puanlar bakım verenin çalışma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmamaktadır ($t_{(154)}$=8,26; p>0.01).

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği çevre alt alanından aldıkları puanlar bakım verenin çalışma durumuna göre anlamlı bir şekilde farklılaşmaktadır ($t_{(154)}$=9,40; $p<0.05$). Çalışmayan bakım verenlerin yaşam kalitesi ölçeği çevre alt alanından aldıkları puanların ($\bar{X}$=10,85 s=2,47) çalışan bakım verenlerin yaşam kalitesi ölçeği çevre alt alanından aldıkları puanlara ($\bar{X}$=14,78, s=1,82) göre anlamlı bir şekilde daha düşük olduğu bulunmuştur.

Tablo 5. Katılımcıların Çalışma Durumuna Göre Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının t testi sonuçları

	Çalışma Durumu	N	Ortalama	Ss	t Değeri
Bakıcı Yükü Toplam	Çalışıyor	42	40,57	13,34	13,10**
	Çalışmıyor	114	77,53	16,37	
Algılanan Sosyal Destek Toplam	Çalışıyor	42	53,62	7,62	8,90**
	Çalışmıyor	114	37,85	10,55	
Bedensel Alan	Çalışıyor	42	15,19	1,62	9,18**
	Çalışmıyor	114	9,81	3,66	
Ruhsal Alan	Çalışıyor	42	15,58	2,23	9,34**
	Çalışmıyor	114	10,21	3,46	
Sosyal Alan	Çalışıyor	42	14,19	3,15	8,26
	Çalışmıyor	114	9,24	3,37	
Çevresel Alan	Çalışıyor	42	14,78	1,82	9,40*
	Çalışmıyor	114	10,85	2,47	

*p<0.05,**p<0.01

3.1.6. Katılımcıların Bakım Verdikleri Yakınlarının Çalışma Durumu Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları

Katılımcıların bakım verdikleri yakınlarının çalışma durumu değişkenine göre bakıcı yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi ve alt boyutlarından (bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan) aldıkları puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek istenmiştir. Verilerin normal dağılım göstermediği belirlenmiş ve bu nedenle üç grup arasındaki farklılaşmayı belirlemek için parametrik olmayan testlerden biri olan Kruskal Wallis testinden yararlanılmıştır. Yapılan Levene's testi ile varyansların homojenliği varsayımının karşılanmadığı görülmüştür. (LF= 0.00, p<0.05). Bu nedenle gruplar arasındaki farklılık varyansların karşılanmadığı durumlarda başvurulan Dunnet's C testi ile araştırılmıştır (Büyüköztürk, 2004). Sonuçlar Tablo 6'da gösterilmiştir.

Tablo 6'da görüldüğü gibi yapılan Kruskal Wallis testi analizine göre bakım veren yükü ölçeğinden alınan puanların bakım verilen madde kullanıcısının çalışma

durumuna göre farklılaştığı görülmektedir ($X^2_{(2)}$= 106,61, p<0.01). Uygulanan Dunnet C testi analiz sonuçlarına göre bakım verdiği kişi düzenli çalışan katılımcıların bakım veren yükü ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=35,39, s= 17,02) bakım verdiği kişi düzensiz çalışan katılımcıların bakım veren yükü ölçeğinden aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$=53,65, s= 12,20) ve bakım verdiği kişi çalışmayan katılımcıların bakım veren yükü ölçeğinden aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 85,20, s=10,27) anlamlı olarak düşüktür. Aynı şekilde bakım verdiği kişi düzensiz çalışan katılımcıların bakım veren yükü ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=53,65, s= 12,20) bakım verdiği kişi çalışmayan katılımcıların bakım veren yükü ölçeğinden aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 85,20, s=10,27) anlamlı olarak düşüktür.

Algılanan sosyal destek puanlarının bakım verilen kişinin çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı ($X^2_{(2)}$= 73,033, p<0.01). Uygulanan Dunnett C testi analiz sonuçlarına göre bakım verdiği kişi düzenli çalışan katılımcıların algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=58,62, s= 8,43) bakım verdiği kişi düzensiz çalışan katılımcıların algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$=47,27, s= 6,95) ve bakım verdiği kişi çalışmayan katılımcıların algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 34,36, s=8,96) anlamlı olarak yüksektir. Aynı şekilde bakım verdiği kişi düzensiz çalışan katılımcıların algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=47,27, s= 6,95) bakım verdiği kişi çalışmayan katılımcıların algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 34,36, s=8,96) anlamlı olarak yüksektir.

Yaşam kalitesi bedensel alt alanı puanlarının bakım verilen kişinin çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($X^2_{(2)}$= 91,938, p<0.01). Uygulanan Dunnett C testi analiz sonuçlarına göre bakım verdiği kişi düzenli çalışan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=15,40, s= 1,99) bakım verdiği kişi düzensiz çalışan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$=14,04, s= 2,43) ve bakım verdiği kişi çalışmayan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 8,33, s=2,94) anlamlı olarak yüksektir. Aynı şekilde bakım verdiği kişi düzensiz çalışan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt alanından aldıkları puanların ortalaması

($\bar{X}$=14,04, s= 2,43) bakım verdiği kişi çalışmayan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 8,33, s=2,94) anlamlı olarak yüksektir.

Yaşam kalitesi ruhsal alt alanı puanlarının bakım verilen kişinin çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir görülmektedir ($X^2_{(2)}$= 85,350, p<0.01). Uygulanan Dunnett C testi analiz sonuçlarına göre bakım verdiği kişi düzenli çalışan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=16,31, s= 2,39) bakım verdiği kişi düzensiz çalışan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$=13,95, s= 2,38) ve bakım verdiği kişi çalışmayan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 8,92, s=2,91) anlamlı olarak yüksektir. Aynı şekilde bakım verdiği kişi düzensiz çalışan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=13,95, s= 2,38) bakım verdiği kişi çalışmayan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 8,92, s=2,91) anlamlı olarak yüksektir.

Yaşam kalitesi sosyal alt alanı puanlarının bakım verilen kişinin çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($X^2_{(2)}$= 75,716, p<0.01). Uygulanan Dunnett C testi analiz sonuçlarına göre bakım verdiği kişi düzenli çalışan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=15,68, s= 3,03), bakım verdiği kişi düzensiz çalışan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$=12,24, s= 3,04) ve bakım verdiği kişi çalışmayan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 8,13, s=2,71) anlamlı olarak yüksektir. Aynı şekilde bakım verdiği kişi düzensiz çalışan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=12,24, s= 3,04) bakım verdiği kişi çalışmayan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 8,13, s=2,71) anlamlı olarak yüksektir.

Yaşam kalitesi çevre alt alanı puanlarının bakım verilen kişinin çalışma durumuna göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($X_{(2)}$= 77,951 p<0.01). Uygulanan Dunnett C testi analiz sonuçlarına göre bakım verdiği kişi

düzenli çalışan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği çevre alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=15,57, s= 2,10), bakım verdiği kişi düzensiz çalışan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği çevre alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$=13,30, s= 2,00) ve bakım verdiği kişi çalışmayan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği çevre alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 10,03, s=2,02) anlamlı olarak yüksektir. Aynı şekilde bakım verdiği kişi düzensiz çalışan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği çevre alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=13,30, s=2,00) bakım verdiği kişi çalışmayan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği çevre alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 10,03, s=2,00) anlamlı olarak yüksektir.

Tablo 6. Katılımcıların Bakım Verdikleri Yakınlarının Çalışma Durumuna Göre Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Kruskal- Wallis testi sonuçları

Gruplar	N	Sıra Ort.	Sd.	X^2	p	Dunnett C Testi
Bakıcı Yükü						
1. D.li Çalışıyor	21	22,25		106.61	.000	1<2<3
2. D.siz Çalışıyor	54	47,60	2			
3. Çalışmıyor	81	113,61				
Algılanan Sosyal Destek						
1. D.li Çalışıyor	21	135,29		73,03	.000	1>2>3
2. D.siz Çalışıyor	54	97,50	2			
3. Çalışmıyor	81	51,11				
Bedensel Alan						
1. D.li Çalışıyor	21	123,31		91,938	.000	1>2>3
2. D.siz Çalışıyor	54	110,48	2			
3. Çalışmıyor	81	45,56				
Ruhsal Alan						
1. D.li Çalışıyor	21	132,36		85,35	.000	1>2>3
2. D.siz Çalışıyor	54	103,87	2			
3. Çalışmıyor	81	47,62				
Sosyal Alan						
1. D.li Çalışıyor	21	133,36	2	75,716	.000	1>2>3
2. D.siz Çalışıyor	54	99,12				
3. Çalışmıyor	81	50,53				
Çevresel Alan						
1. D.li Çalışıyor	21	131,83		77,951	.000	1>2>3
2. D.siz Çalışıyor	54	101,46	2			
3. Çalışmıyor	81	49,36				

3.1.7.Katılımcıların Bakım Verdikleri Yakınlarının Kullandığı Madde Değişkenine Göre Zarit Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları

Katılımcıların bakım verilenin kullandığı madde değişkenine göre bakıcı yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi ve alt boyutlarından (bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan) aldıkları puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla yapılan ANOVA testi yapılmıştır. Gruplararası farklılıklar Post Hoc analizlerinden Scheffe testi kullanılarak belirlenmiştir. Scheffe (1953) testinin seçilme sebebi; α hata payını kontrol altında tutabilmesi ve gruplardaki örneklem sayılarının eşit olması varsayımını dikkate almayan bir post hoc türü olmasındandır (akt. Kayri, 2009).

Tablo 7'de görüldüğü gibi yapılan tek yönlü ANOVA analizine göre bakım veren yükü ölçeğinden alınan puanların bakım verilen madde kullanıcısının kullandığı maddenin türüne göre farklılaştığı görülmektedir ($F_{(2,153)}$= 16,078, p<0.01). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının görülmesi amacıyla yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre ise; bakım verdikleri yakınları eroin kullanan katılımcıların ($\bar{X}$= 78,85,s=18,03) bakım veren yüklerinin, bakım verdikleri yakınları bonzai kullanan katılımcılardan anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir ($\bar{X}$= 58,14, s=22,24). Bakım verdikleri yakınları metamfetamin kullanan katılımcıların ($\bar{X}$= 70,47, s=21,52) bakıcı yükü ölçeğinden aldıkları puanların bakım verdikleri yakınları bonzai kullanan katılımcıların bakıcı yükü ölçeğinden aldıkları puanlardan ($\bar{X}$= 58,14) anlamlı olarak yüksek olduğu saptanmıştır. Bakım verdikleri yakınları eroin kullanan katılımcıların bakıcı yükü ölçeğinden aldıkları puanlar ile bakım verdikleri yakınları metamfetamin kullanan katılımcıların bakıcı yükü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında anlamlı bir farklılık saptanmamıştır (p>0,05).

Tablo 7'de görüldüğü gibi yapılan tek yönlü ANOVA analizine göre algılanan sosyal destek ölçeğinden alınan puanların bakım verilen madde kullanıcısının kullandığı maddenin türüne göre farklılaştığı görülmektedir ($F_{(2,153)}$= 14,078, p<0.01). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının görülmesi amacıyla yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre bakım verdikleri yakınları eroin kullanan katılımcıların ($\bar{X}$= 35,84,s=10,19) algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların ortalamalarının bakım verdikleri

yakınları metamfetamin kullanan katılımcıların puanların ortalamalarından ($\bar{X}$= 43,43, s=11,84) anlamlı olarak düşük olduğu saptanmıştır. Aynı şekilde bakım verdikleri yakınları eroin kullanan katılımcıların algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların ortalamasının ($\bar{X}$= 35,84,s=10,19) bakım verdikleri yakınları bonzai kullanan katılımcıların algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 46,26, s=11,51) anlamlı olarak düşük olduğu görülmüştür. Bakım verdikleri yakınları metamfetamin kullanan katılımcıların algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların ortalamaları ($\bar{X}$= 43,43, s=11,84) ile bakım verdikleri yakınları bonzai kullanan katılımcıların algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların ortalamasının arasında anlamlı bir fark bulunmamıştır ($p>0.05$).

Yaşam kalitesi bedensel alt alanı puanlarının bakım verilen kişinin kullandığı maddenin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($F_{(2,153)}=18,56$, $p< 0.01$). Uygulanan Scheffe testi analiz sonuçlarına göre bakım verdiği kişi eroin kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=8,98, s= 3,48) bakım verdikleri kişi metamfetamin kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$=11,35, s= 3,36) ve bakım verdiği kişi bonzai kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 12,92, s=3,82) anlamlı olarak düşüktür. Bakım verdikleri kişi metamfetamin kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=11,35, s= 3,36) ile bakım verdiği kişi bonzai kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$= 12,92, s=3,82) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır ($p>0.05$).

Yaşam kalitesi ruhsal alt alanı puanlarının bakım verilen kişinin kullandığı maddenin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($F_{(2,153)}=16,80$, $p< 0.01$). Uygulanan Scheffe testi analiz sonuçlarına göre bakım verdiği kişi eroin kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=9,45, s= 3,45) bakım verdikleri kişi metamfetamin kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$=12,01, s= 3,38) ve bakım verdiği kişi bonzai kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 13,16 s=3,81) anlamlı olarak düşüktür. Bakım verdikleri kişi metamfetamin kullanan

katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=12,01, s= 3,38) ile bakım verdiği kişi bonzai kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alanından aldıkları puanların ortalaması ortalamasından ($\bar{X}$= 13,16 s=3,81) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05).

Yaşam kalitesi sosyal alt alanı puanlarının bakım verilen kişinin kullandığı maddenin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($F_{(2,153)}$=18,68, p< 0.01). Uygulanan Scheffe testi analiz sonuçlarına göre bakım verdiği kişi eroin kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=8,29, s= 3,33) bakım verdikleri kişi metamfetamin kullanan katılımcıların ölçekten aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$=10,82, s= 3,32) ve bakım verdiği kişi bonzai kullanan katılımcıların ölçekten aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 12,18 s=3,814) anlamlı olarak düşüktür. Bakım verdikleri kişi metamfetamin kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=10,82, s= 3,32) ile bakım verdiği kişi bonzai kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$= 12,18 s=3,814) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05).

Yaşam kalitesi çevre alt alanı puanlarının bakım verilen kişinin kullandığı maddenin türüne göre istatistiksel olarak anlamlı bir şekilde farklılaştığı görülmektedir ($F_{(2,153)}$=18,82, p< 0.01). Uygulanan Scheffe testi analiz sonuçlarına göre bakım verdiği kişi eroin kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği çevre alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=10,35, s= 2,55) bakım verdikleri kişi metamfetamin kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği çevre alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$=11,88, s= 2,24) ve bakım verdiği kişi bonzai kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği çevre alt alanından aldıkları puanların ortalamasından ($\bar{X}$= 13,08 s=2,82) anlamlı olarak düşüktür. Bakım verdikleri kişi metamfetamin kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği çevre alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$=11,88, s= 2,24) ile bakım verdiği kişi bonzai kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği çevre alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$= 13,08 s=2,82) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05).

Tablo 7. Katılımcıların Bakım Verdikleri Yakınlarının Kullandıkları Maddenin Türüne Göre Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının Tek Yönlü ANOVA testi sonuçları

Gruplar	N	Ort.	Ss.	F	p	Scheffe Testi
Bakıcı Yükü						
1. Eroin	55	78,85	18,03	16,07	.000	1>2, 3>2
2. Bonzai	74	58,14	22,24			
3. Metamfetamin	27	70,47	21,52			
Algılanan Sosyal Destek						
1. Eroin	55	35,84	10,19	14,07	.000	1<2, 1<3
2. Bonzai	74	46,26	11,51			
3. Metamfetamin	27	43,43	11,84			
Bedensel Alan						
1. Eroin	55	8,98	3,48	18,55	.000	1<2, 1<3
2. Bonzai	74	12,92	3,82			
3. Metamfetamin	27	11,35	3,36			
Ruhsal Alan						
1. Eroin	55	9,45	3,45	16,80	.000	1<2, 1<3
2. Bonzai	74	13,16	3,81			
3. Metamfetamin	27	12,01	3,38			
Sosyal Alan						
1. Eroin	55	8,29	3,33	18,68	.000	1<2, 1<3
2. Bonzai	74	12,18	3,84			
3. Metamfetamin	27	10,82	3,32			
Çevresel Alan						
1. Eroin	55	10,35	2,55	16,82	.000	1<2, 1<3
2. Bonzai	74	13,08	2,82			
3. Metamfetamin	27	11,88	2,24			

3.1.8. Katılımcıların Bakım Verilenin Kişiye Olan Yakınlıklarına Göre Zarit Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları

Katılımcıların bakım verilen kişiye olan yakınlıklarına göre bakıcı yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi ve alt boyutlarından (bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan) aldıkları puan ortalamalarının anlamlı düzeyde farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla yapılan ANOVA testi sonuçları Tablo 8'de gösterilmiştir. Bakım veren yükü ölçeğinden alınan puanların katılımcıların bakım verdikleri kişiye olan yakınlıklarına göre karşılaştırılması amacıyla tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre bakım veren yükü puanlarının bakım verilen kişiye olan yakınlığa göre farklılaştığı görülmektedir ($F_{(2,153)=}$ 27,094, $P<0.05$). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının görülmesi amacıyla yapılan Dunnet C testi sonuçlarına göre araştırmaya katılan bakım veren annelerin ($\bar{X}$= 74,66 s=16,80) bakım veren yüklerinin, bakım veren babalardan ($\bar{X}$= 52,56, s=24,78) daha yüksek

olduğu görülmektedir. Ayrıca bakım veren eşlerin ($\bar{X}$= 79,80 s=13,28) bakım veren yüklerinin, bakım veren babalardan ($\bar{X}$= 52,56, s=24,78) daha yüksek olduğu görülmektedir.

Algılanan sosyal destek ölçeğinden alınan puanların katılımcıların bakım verdikleri kişiye olan yakınlıklarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre algılanan sosyal destek ölçeğinden puanların ortalamasının bakım verilen kişiye olan yakınlığa göre farklılaştığı görülmektedir ($F_{(2,153)=}$ 10,63, P<0.01). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının görülmesi amacıyla yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre araştırmaya katılan bakım veren annelerin ($\bar{X}$= 38,30 s=10,54) algılanan sosyal destek puanlarının ortalamasının, bakım veren babalardan ($\bar{X}$= 47,51, s=11,45) anlamlı şekilde düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca bakım veren eşlerin ($\bar{X}$= 40,54, s=12,85) algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanların ortalamasının, bakım veren babalardan ($\bar{X}$= 47,51, s=11,45) anlamlı şekilde düşük olduğu görülmektedir.

Yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt alınan puanların katılımcıların bakım verdikleri kişiye olan yakınlıklarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre yaşam kalitesi ölçeği bedensel alt alanından alınan puanların ortalamasının bakım verilen kişiye olan yakınlığa göre farklılaştığı görülmektedir ($F_{(2,153)=}$ 10,83, P<0.01). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının görülmesi amacıyla yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre araştırmaya katılan bakım veren annelerin ($\bar{X}$= 10,27, s=3,82) yaşam kalitesi bedensel alt alanından aldıkları puanların ortalamasının, bakım veren babalardan ($\bar{X}$= 13,12, s=3,54) anlamlı şekilde düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca bakım veren eşlerin ($\bar{X}$= 10,01, s=4,14) yaşam kalitesi bedensel alt alanından aldıkları puanların ortalamasının, bakım veren babalardan ($\bar{X}$= 13,12, s=3,54) anlamlı şekilde düşük olduğu görülmektedir.

Yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alınan puanların katılımcıların bakım verdikleri kişiye olan yakınlıklarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alanından alınan puanların ortalamasının bakım verilen kişiye olan yakınlığa göre farklılaştığı görülmektedir ($F_{(2,153)=}$ 10,75, P<0.01). Farklılığın hangi gruplardan

kaynaklandığının görülmesi amacıyla yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre araştırmaya katılan bakım veren annelerin ($\bar{X}$= 10,58, s=3,68) yaşam kalitesi ruhsal alt alanından aldıkları puanların ortalamasının, bakım veren babalardan ($\bar{X}$= 13,48, s=3,96) anlamlı şekilde düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca bakım veren eşlerin ($\bar{X}$= 10,65, s=3,41) yaşam kalitesi ruhsal alt alanından aldıkları puanların ortalamasının, bakım veren babalardan ($\bar{X}$= 13,48, s=3,96) anlamlı şekilde düşük olduğu görülmektedir.

Yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt alınan puanların katılımcıların bakım verdikleri kişiye olan yakınlıklarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt alanından alınan puanların ortalamasının bakım verilen kişiye olan yakınlığa göre farklılaştığı görülmektedir ($F_{(2,153)=}$ 6,66, P<0.01). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının görülmesi amacıyla yapılan Dunnett C testi sonuçlarına göre araştırmaya katılan bakım veren annelerin ($\bar{X}$= 9,64, s=3,45) yaşam kalitesi sosyal alt alanından aldıkları puanların ortalamasının, bakım veren babalardan ($\bar{X}$= 12,04, s=4,29) anlamlı şekilde düşük olduğu görülmektedir. Bakım veren eşlerin ($\bar{X}$= 9,91, s=3,73) yaşam kalitesi sosyal alt alanından aldıkları puanların ortalaması ile bakım veren babaların yaşam kalitesi sosyal alt alanından aldıkları puanların ortalaması ($\bar{X}$= 12,04, s=4,29) arasında anlamlı bir fark bulunamamıştır (p>0.05).

Yaşam kalitesi ölçeği çevre alt alınan puanların katılımcıların bakım verdikleri kişiye olan yakınlıklarına göre farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek amacıyla tek yönlü ANOVA testi uygulanmıştır. Elde edilen sonuçlara göre yaşam kalitesi ölçeği çevre alt alanından alınan puanların ortalamasının bakım verilen kişiye olan yakınlığa göre farklılaştığı görülmektedir ($F_{(2,153)=}$ 7,43, P<0.01). Farklılığın hangi gruplardan kaynaklandığının görülmesi amacıyla yapılan Scheffe testi sonuçlarına göre araştırmaya katılan bakım veren annelerin ($\bar{X}$= 11,36, s=2,71) yaşam kalitesi çevre alt alanından aldıkları puanların ortalamasının, bakım veren babalardan ($\bar{X}$= 13,03, s=3,09) anlamlı şekilde düşük olduğu görülmektedir. Ayrıca bakım veren eşlerin ($\bar{X}$= 11,05, s=2,24) yaşam kalitesi çevre alt alanından aldıkları puanların ortalamasının, bakım veren babalardan ($\bar{X}$= 13,03, s=3,09) anlamlı şekilde düşük olduğu görülmektedir.

Tablo 8. Katılımcıların Bakım Verilen Kişiye Olan Yakınlıklarına Göre Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi puan ortalamalarının Tek Yönlü ANOVA testi sonuçları

Gruplar	N	Ort.	Ss.	F	p	Dunnett C Testi
Bakıcı Yükü						
1. Anne	69	74,66	16,80	27,09	.000	1>2, 3>2
2. Baba	57	52,56	24,78			
3. Eş	30	79,80	13,28			
Algılanan Sosyal Destek						Scheffe Testi
1. Anne	69	38,30	10,54	10,63	.000	1<2, 3<2
2. Baba	57	47,51	11,45			
3. Eş	30	40,54	12,85			
Bedensel Alan						
1. Anne	69	10,27	3,82	10,83	.000	1<2, 3<2
2. Baba	57	13,12	3,54			
3. Eş	30	10,01	4,14			
Ruhsal Alan						
1. Anne	69	10,58	3,68	10,75	.000	1<2, 3<2
2. Baba	57	13,48	3,96			
3. Eş	3ş 0	10,65	3,41			
Sosyal Alan						Dunnett C Testi
1. Anne	69	9,64	3,45	6,66	.002	1<2
2. Baba	57	12,04	4,29			
3. Eş	30	9,91	3,73			
Çevresel Alan						Scheffe Testi
1. Anne	69	11,36	2,71	7,43	.001	1<2, 3<2
2. Baba	57	13,03	3,09			
3. Eş	30	11,05	2,24			

3.1.9. Katılımcıların Yaşlarına Göre Zarit Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları

Katılımcıların Zarit Bakıcı Yük Ölçeği, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Yaşam Kalitesi ölçeği alt alanlarından (bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan) aldıkları puanların yaş değişkeni ile ilişkisinin araştırılması için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır (Tablo 9). Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği ruhsal alt alanından aldıkları puanlar ile yaşları arasında negatif yönde anlamlı çok zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r=-.164$, $p<0.05$). Ayrıca katılımcıların yaşam kalitesi ölçeği sosyal alt alanından aldıkları puanlar ile yaşları arasında negatif yönde anlamlı çok zayıf bir ilişki bulunmaktadır ($r=-194$, $p<0.05$).

Tablo 9. Katılımcıların Zarit Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Yaş Değişkeniyle İlişkisine Dair Korelasyon Katsayıları

Değişken	ZBYÖ	ASD	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel Alan
1.Yaş (23-67)	-.060	-.147	-.151	-.164*	-.194*	-.147

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

3.1.10. Katılımcıların Bakım Verme Yıllarına Göre Zarit Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları

Katılımcıların Zarit Bakıcı Yük Ölçeği, Algılanan Sosyal Destek Ölçeği ve Yaşam Kalitesi ölçeği alt alanlarından (bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan) aldıkları puanların bakım verme yılı değişkeni ile ilişkisinin araştırılması için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı kullanılmıştır (Tablo 10). Elde edilen sonuçlara göre katılımcıların bakım veren yükü ölçeğinden aldıkları puanlar ile bakım verdikleri yıl arasında pozitif yönlü anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur (r=.285, p<0.01).

Katılımcıların algılanan sosyal destek ölçeğinden aldıkları puanlar ile bakım verme yılları arasında ise negatif yönlü anlamlı zayıf bir ilişki bulunmuştur (r=.-358, p<0.01).

Katılımcıların yaşam kalitesi ölçeğinin alt alanlarından (bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan) aldıkları puanlar ile bakım verme yılları arasında negatif yönde anlamlı zayıf bir ilişki bulunmaktadır (sırasıyla r=-.396, p<0.01, r=-.410 p<0.01, r=-.388, p<0.0., r=-.395 p<0.01).

Tablo 10. Katılımcıların Zarit Bakıcı Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Bakım Verme Yılı Değişkeniyle İlişkisine Dair Korelasyon Katsayıları

Değişken	ZBYÖ	ASD	Bedensel Alan	Ruhsal Alan	Sosyal Alan	Çevresel
1.Bakım Yılı (2-20 yıl)	.285**	-.358**	-.396**	-.410**	-.388**	-.395**

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

3.2. Araştırma Hipotezlerinin Analizlerine Dair Bulgular

3.2.1. Katılımcıların Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanları

Katılımcıların bakım veren yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesinin alt alanları (bedensel alan, ruhsal alan, sosyal alan ve çevresel alan) değişkenlerinden

aldıkları toplam puanların ortalama, standart sapma, minimum ve maksimum değerleri Tablo 11'de verilmiştir. Katılımcıların Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması $\bar{X}$=67,58 iken standart sapması ss=22,65'dir.

Katılımcıların Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinden aldıkları puanların aritmetik ortalaması $\bar{X}$=42,10, standart sapması ise ss=12,03'dür.

Katılımcıların WHOQOL-Bref yaşam kalitesi ölçeğinin alt alanlarından aldıkları puanların ortalamaları incelendiğinde Bedensel Alandan alınan puanların ortalaması $\bar{X}$=11,26, standart sapması ss=4,02 dir. Ruhsal Alandan aldıkları puanların ortalaması $\bar{X}$=11,65, standart sapması ss=3,97' dir. Sosyal Alandan alınan puanların ortalaması $\bar{X}$=10,57, standart sapması ss=3,97' dir. Çevre alt alanından alınan puanların ortalaması ise $\bar{X}$=11,91 standart sapması ss=2,89' dur.

Tablo 11. Katılımcıların Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi puanlarına göre ortalama ve standart sapma değerleri

	N	Min.	Max.	Ort.	S.S.
Zarit Bakım Veren Yükü	156	24,00	95,00	67,5802	22,65389
Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek	156	18,00	66,00	42,1013	12,03207
Bedensel Alan	156	4,57	17,14	11,2645	4,02550
Ruhsal Alan	156	4,67	18,00	11,6581	3,97154
Sosyal Alan	156	4,00	17,33	10,5750	3,97152
Çevresel Alan	156	5,50	17,00	11,9137	2,89773

3.2.2. Katılımcıların Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Puanlarının Arasındaki İlişkiye Dair Korelasyon Analizi Sonuçları

Bakım veren yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi ölçeğinden alınan puanlar arasındaki ilişkiyi incelemek için Pearson Momentler Çarpımı Korelasyon Katsayısı Analizi kullanılmıştır.

Elde edilen sonuçlara göre bakım veren yükü ile sosyal destek arasında negatif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-.796$, $p<0.01$). Bakım veren yükü ile yaşam kalitesi bedensel alanı arasında negatif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-.861$, $p<0.01$). Bakım veren yükü ile yaşam kalitesi ruhsal alanı arasında negatif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur ($r=-.838$, $p<0.01$). Bakım veren yükü ile yaşam kalitesi sosyal alanı arasında negatif yönlü yüksek

düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-.787, p<0.01). Bakım veren yükü ile yaşam kalitesi çevresel alanı arasında negatif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=-.817, p<0.01).

Algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi bedensel alanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=.873, p<0.01). Algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi ruhsal alanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=.890, p<0.01). Algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi sosyal alanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=.882, p<0.01). Algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi çevresel alanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=.885, p<0.01).

Yaşam kalitesi bedensel alanı ile yaşam kalitesi ruhsal alanı arasında pozitif yönlü çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=.933, p<0.01). Yaşam kalitesi bedensel alanı ile yaşam kalitesi sosyal alanı arasında pozitif yönlü çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=.909, p<0.01). Yaşam kalitesi bedensel alanı ile yaşam kalitesi çevresel alanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=.896, p<0.01).

Yaşam kalitesi ruhsal alanı ile yaşam kalitesi sosyal alanı arasında pozitif yönlü çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=.932, p<0.01). Yaşam kalitesi ruhsal alanı ile yaşam çevresel alanı arasında pozitif yönlü yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=.937, p<0.01).

Yaşam kalitesi sosyal alanı ile yaşam kalitesi çevresel alanı arasında pozitif yönlü çok yüksek düzeyde anlamlı bir ilişki bulunmuştur (r=.930, p<0.01).

Tablo 12. Değişkenler Arası Pearson Korelasyon Katsayıları

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1.Bakım Veren Yükü	1					
2.Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek	-,796**	1				
3.Bedensel Alan	-,861**	,873**	1			
4.Ruhsal Alan	-,838**	,890**	,933**	1		
5.Sosyal Alan	-,787**	,882**	,909**	,932**	1	
6.Çevresel Alan	-,817**	,885**	,896**	,937**	,930**	1

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

3.2.3. Düzenleyici Modellere İlişkin Bulgular

Bakım veren yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide algılanan sosyal desteğin düzenleyici rolü Hayes (2018) tarafından önerilen "Moderation Model 1" düzenleyici etki (moderation effect) olarak da adlandırılan model kapsamında çok yönlü regresyon analizleri ile gerçekleştirilmiştir. Düzenleyici etki analizinde, bakım veren yükü ve yaşam kalitesinin alt alanları için (bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel) algılanan sosyal desteğin düzenleyicilik rolü araştırılmıştır. Bu nedenle dört ayrı model oluşturulmuştur;

1- Bakım veren yükü ve yaşam kalitesinin bedensel alt alanı arasındaki ilişkide sosyal destek düzenleyici rol oynamaktadır.

2- Bakım veren yükü ve yaşam kalitesinin ruhsal alt alanı arasındaki ilişkide sosyal destek düzenleyici rol oynamaktadır.

3- Bakım veren yükü ve yaşam kalitesinin sosyal alt alanı arasındaki ilişkide sosyal destek düzenleyici rol oynamaktadır.

4- Bakım veren yükü ve yaşam kalitesinin çevresel alt alanı arasındaki ilişkide sosyal destek düzenleyici rol oynamaktadır.

Sonuçlar, modellerin sadece ikisinin (1 ve 2) anlamlı olduğunu göstermiştir. Bu nedenle, sadece anlamlı modeller rapor edilmiştir. Anlamlı modellerin bulguları, "bir nokta seçme (pick a point)" yaklaşımı ile incelenmiş ve değerlendirilmiştir (Bauer & Curran, 2005).

Tablo 13. Değişkenler Arası Pearson Korelasyon Katsayıları

	1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
1.Bakım Veren Yükü	1					
2.Algılanan Sosyal Destek	-,796**	1				
3.Bedensel Alan	-,861**	,873**	1			
4.Ruhsal Alan	-,838**	,890**	,933**	1		
5.Sosyal Alan	-,787**	,882**	,909**	,932**	1	
6.Çevresel Alan	-,817**	,885**	,896**	,937**	,930**	1

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

Tablo 14. Düzenleyici Etki Analizi Modellerinin Sonuçlarının Özeti

Yordayıcı Değişken	Düzenleyici Değişken	Sonuç Değişkeni	Düzenleyici Etki	Güven Aralığı
Bakım Veren Yükü	Algılanan Sosyal Destek	Bedensel Alan	Var	Anlamlı
Bakım Veren Yükü	Algılanan Sosyal Destek	Ruhsal Alan	Var	Anlamlı
Bakım Veren Yükü	Algılanan Sosyal Destek	Sosyal Alan	Yok	Anlamlı Değil
Bakım Veren Yükü	Algılanan Sosyal Destek	Çevresel Alan	Yok	Anlamlı Değil

3.2.3.1. Bakım Veren Yükü ve Yaşam Kalitesinin Bedensel Alt Alanı Arasındaki İlişkide Algılanan Sosyal Desteğin Düzenleyici Rolü

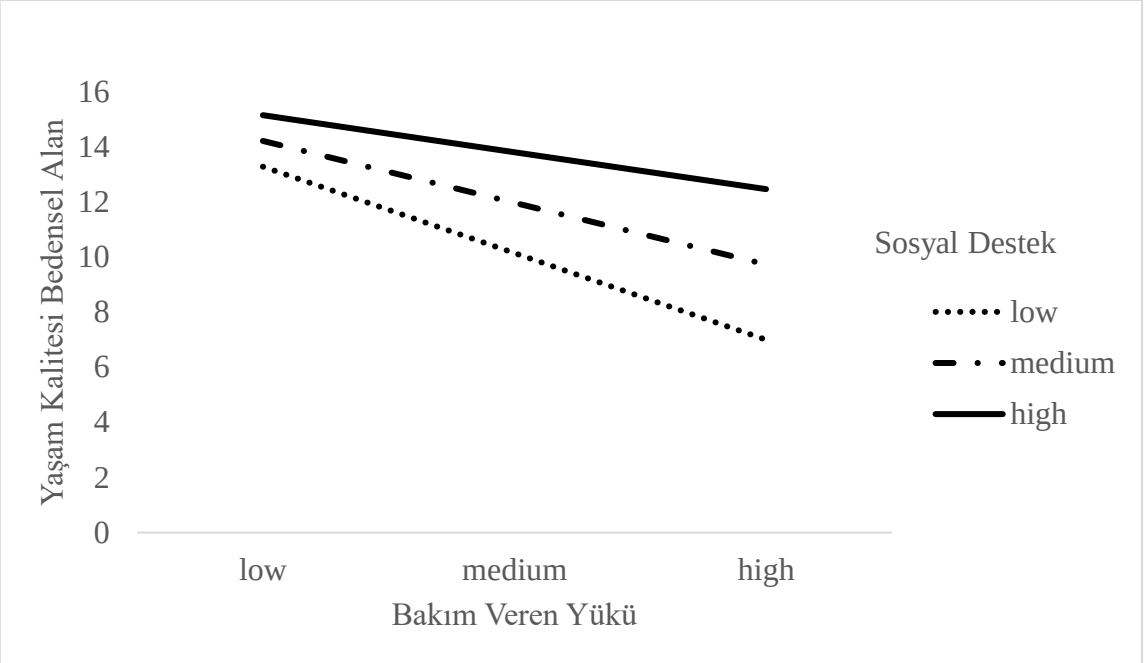
Bakım veren yükü ve yaşam kalitesinin bedensel alt alanı arasındaki ilişkide algılanan sosyal desteğin düzenleyici rolünü araştırmak için moderasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre hem tüm model (R^2=.87, $F_{(3,152)}$=366,66, p<0.01) hem de etkileşim modeli (β=.00 SE=.00, p<0.01) anlamlıdır. Daha sonra farklı sosyal destek(M) puanları için bakıcı yükü(X) ve yaşam kalitesinin bedensel alt alanı (Y) arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için "bir nokta seçme"(Bauer ve Curran, 2005) yöntemi kullanılmıştır.

Model incelendiğinde; bakıcı yükünün yaşam kalitesinin bedensel alt alanından alınan puanlara negatif yönde bir etkisi olduğu görülmektedir (β=-.09, SE= .00, p<0.01). Sosyal desteğin ise yaşam kalitesinin bedensel alt alanından alınan puanlara pozitif yönde bir etkisi olduğu görülmektedir (β=.15, SE=.01, p<0.01). Bakıcı yükü ve yaşam kalitesinin bedensel alt alanı arasındaki ilişki düzenleyici değişkenin (sosyal destek) 3 seviyesine yani -1 ss, mean ve +1 ss bakılarak incelenmiştir (Bauer ve Curran, 2005). Sosyal desteğin ortalama olduğu ve ortalamanın bir standart sapma altı ve üstünde olduğu her üç durumda da bakıcı yükünün yaşam kalitesinin bedensel alt alanı üzerindeki negatif etkisi anlamlıdır. Ancak sosyal desteğin düşük olduğu durum, bakıcı yükünün yaşam kalitesinin bedensel alt alanına negatif etkisinin en güçlü olduğu

durumdur (β=-.14, SE= .01, p<0.01). Sosyal destek yüksek olduğunda bakıcı yükünün yaşam kalitesinin bedensel alt alanı üzerindeki negatif etkisi azalmaktadır (β=-.05, SE= .00, p<0.01).

Şekil 3' de görüldüğü gibi bakım veren yükü ile yaşam kalitesinin bedensel alt alanı arasındaki negatif ilişki sosyal destek düşük olduğunda daha güçlü, yüksek olduğunda daha güçsüzdür.

Şekil 3. Sosyal Desteğin Farklı Seviyeleri İçin Bakıcı Yükü ve Yaşam Kalitesinin Bedensel Alt Alanı Arasındaki İlişki



3.2.3.2. Bakım Veren Yükü ve Yaşam Kalitesinin Ruhsal Alt Alanı Arasındaki İlişkide Algılanan Sosyal Desteğin Düzenleyici Rolü

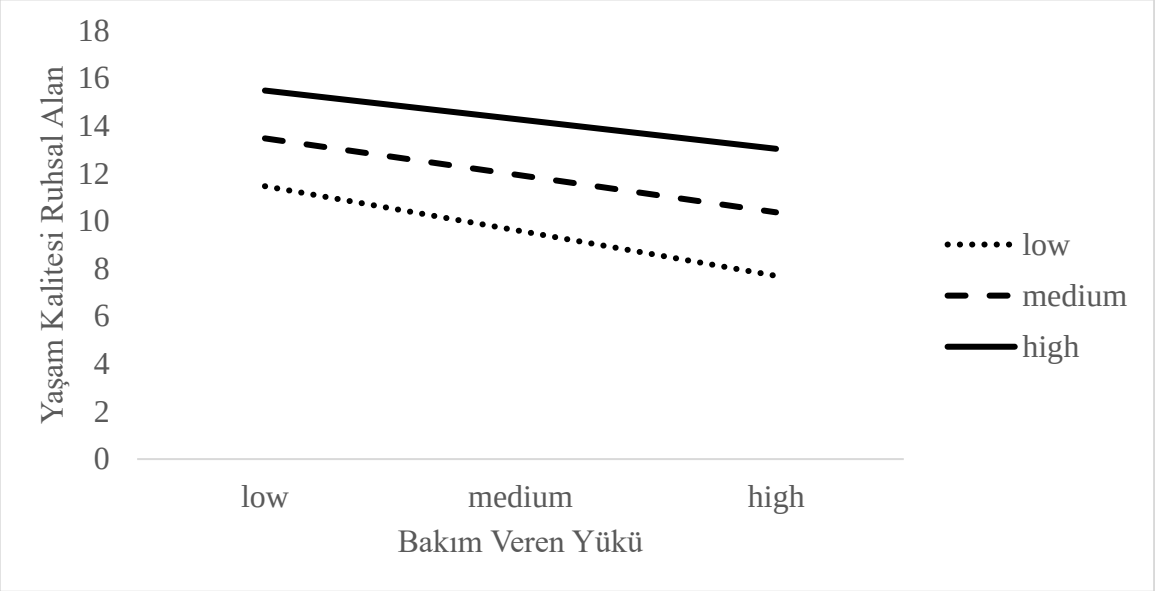
Bakım veren yükü ve yaşam kalitesinin ruhsal alt alanı arasındaki ilişkide algılanan sosyal desteğin düzenleyici rolünü araştırmak için moderasyon analizi yapılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre hem tüm model (R^2=.84, $F_{(3,152)}$=274,18, p<0.01) hem de etkileşim modeli (β=.00 SE=.00, p<0.05) anlamlıdır. Daha sonra farklı sosyal destek(M) puanları için bakıcı yükü(X) ve yaşam kalitesinin bedensel alt alanı (Y) arasındaki ilişkiyi değerlendirmek için bir nokta seçme (Bauer ve Curran, 2005) yöntemi kullanılmıştır.

Model incelendiğinde; bakıcı yükünün yaşam kalitesinin ruhsal alt alanından alınan puanlara negatif yönde bir etkisi olduğu görülmektedir (β=-.06, SE= .00,

p<0.01). Sosyal desteğin ise pozitif yönde bir etkisi olduğu görülmektedir (β=0.19, SE=.02, p<0.01). Bakıcı yükü ve yaşam kalitesinin ruhsal alt alanı arasındaki ilişki düzenleyici değişkenin (sosyal destek) 3 seviyesine yani -1 ss, mean ve +1 ss bakılarak incelenmiştir (Aiken ve West, 1991). Sosyal desteğin ortalama olduğu ve ortalamanın bir standart sapma altı ve üstünde olduğu her üç durumda da bakıcı yükünün yaşam kalitesinin ruhsal alt alanı üzerindeki negatif etkisi anlamlıdır. Ancak sosyal desteğin düşük olduğu durum, bakıcı yükünün yaşam kalitesinin ruhsal alt alanına negatif etkisinin en güçlü olduğu durumdur (β=-.08, SE= .01, p<0.01). Sosyal destek yüksek olduğunda bakıcı yükünün yaşam kalitesinin ruhsal alt alanı üzerindeki negatif etkisi azalmaktadır (β=-.05, SE= .00, p<0.01).

Şekil 4' de görüldüğü gibi bakım veren yükü ile yaşam kalitesinin ruhsal alt alanı arasındaki negatif ilişki sosyal destek düşük olduğunda daha güçlü, yüksek olduğunda daha güçsüzdür.

Şekil 4. Sosyal Desteğin Farklı Seviyeleri İçin Bakıcı Yükü ve Yaşam Kalitesinin Ruhsal Alt Alanı Arasındaki İlişki



3.3.Yorumlar

Bu çalışmada, madde kullanıcılarına bakım verenlerin bakım veren yükünü belirlemenin yanı sıra, bakım veren yükü ile sosyal destek arasındaki ilişkinin ve bu ilişkide sosyal desteğin düzenleyici rolününün incelenmesi amaçlanmıştır.

Bu bölümde, belirtilen amaçlar doğrultusunda yapılan mevcut çalışmanın bulguları ile literatürdeki bulgular karşılaştırılmıştır. Öncelikle sosyodemografik değişkenler ile (cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, bakım verenin ve bakım verilenin çalışma durumu, bakım verme yılı) bakım veren yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arası ilişkiye dair veriler, sonrasında bakım veren yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkilere dair veriler literatür bulguları ile karşılaştırılarak tartışılmıştır. Son olarak, araştırmanın güçlü ve zayıf yönleri ile mevcut araştırmanın literatüre sağlayacağı katkılar üzerinde durulmuş, yapılacak yeni araştırmalar için öneriler sunulmuştur.

3.3.1. Sosyodemografik Değişkenler ve Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arası İlişkilerden Elde Edilen Bulguların Yorumlanması

3.3.1.1. Cinsiyete Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Çalışmada kadınların bakım veren yükünün erkeklerden anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu bulunmuştur .Bu durumun literatürden elde edilen bulgularla uyumlu olduğu görülmektedir. Örneğin, alkol ve madde kullanıcısı bireylerin bakım verenleriyle yapılan çalışmalarda bakım veren yükünün kadınlarda erkeklere oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (Soares ve ark., 2016; Vaishnavi ve ark., 2017; Kaur ve ark., 2018). Bu sonuçlarla paralel olarak şizofreni ve bipolar hastaların bakım verenleriyle yapılan çalışmalarda kadınların bakım veren yüklerinin erkeklerinkinden daha yüksek olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Kaya, 2013; Balaban ve ark., 2016; İnan ve Duman, 2013). Yapılan başka bir çalışmada ise Alzheimer hastası bireye bakım veren kadınların bağımlılık yükü, gelişimsel yük, fiziksel yük ve sosyal yük alanlarında erkeklerden daha fazla yük puanı aldıkları görülmüştür (Akpınar, 2009). Literatürde de görülen kadınların yük algılarının erkeklerden daha fazla olması, kadınların bakım verme işinin yanı sıra

toplumsal cinsiyet rollerinden ötürü ev içi sorumluluklarının erkeklere göre daha fazla olması ile açıklanabilir (Dökmen, 2017) .

Çalışmaya katılan erkeklerin sosyal destek algılarının kadınlara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu belirlenmiştir. Bu konu ile ilgili literatürde çelişkili bulgular bulunmaktadır. Kadın ve erkeklerin sosyal destek ağlarıyla ilgili yapılan bir çalışmada erkeklerin sosyal destek ağlarının daha çeşitli olduğu, aile dışı ve iş çevrelerinden olan kişilerden oluşan daha geniş bir sosyal destek ağına sahip oldukları belirtilmiştir. Kadınların ise sosyal destek ağlarının daha az çeşitli olduğu ve genellikle kendilerine sosyodemografik olarak benzer özellikteki kadınlardan destek aldıkları belirtilmiş ve bu farklılık toplumsal cinsiyet rolleri ile açıklanmıştır (Rodríguez-Madrid ve ark., 2019). Multiple Skleroz (MS) hastalarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada mevcut çalışma verilerinin tersi sonuçlar elde edilmiştir. Bu çalışmada mevcut çalışmadan farklı olarak, sosyal destek kavramı, araçsal destek, yardım arama ve duygusal destek olmak üzere üç boyutuyla ele alınmıştır. Her üç alanda da kadınların sosyal destek algılarının erkeklere oranla anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğu belirlenmiştir (Lee ve ark., 2015). Başka bir çalışmada da katılımcıların sosyal destek arama davranışları incelenmiş ve kadın bakım verenlerin erkeklere göre daha fazla sosyal destek aradıkları ifade edilmiştir (Joyce ve ark., 2003).

Mevcut çalışmada da özellikle kadın katılımcıların çoğunluğunun herhangi bir işte çalışmaması sebebiyle sosyal destek ağlarının daha dar olduğu düşünülmektedir. Aynı şekilde çalışmaya katılan annelerin ve eşlerin (kadınlar) sosyal destek algılarının çalışmaya katılan bakım veren babalardan daha düşük olması da yine bu açıdan yorumlanmaktadır.

Tüm bu çalışmalardan yola çıkılarak, ileride yapılacak olan çalışmalarda, sosyal destek mekanizmasının daha iyi anlaşılması bağlamında, algılanan sosyal desteğe ek olarak sosyal destek türlerinin hem niceliksel hem de niteliksel anlamda ayrı ayrı ele alınmasının daha faydalı olacağı düşünülmektedir.

Çalışmanın sonucunda kadınların yaşam kalitesi ölçeğinin tüm alt boyutları için erkeklere oranla anlamlı olarak daha düşük puan aldıkları saptanmıştır ($p<0.01$). Literatür incelendiğinde -mevcut çalışmada olduğu gibi- kanserli hastalara bakım veren

aile üyeleriyle yapılan bir çalışmada kadın bakım verenlerin yaşam kalitesinin erkeklere oranla daha düşük olduğu belirlenmiştir (Karabuğa ve Veren, 2013). Yapılan bir derleme çalışmasında da yine kadın olmanın yaşam kalitesinin düşmesinde risk faktörü olduğu bildirilmiştir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Ataerkil toplum düzeni sebebiyle kadınların özel alandaki sorumluluklarının erkeklere göre çok daha fazla olması aynı zamanda kamusal alandaki görünürlüklerinin ise daha az olmasından ötürü kadınların yaşam kalitesinin erkeklerden daha düşük olduğu düşünülmektedir.

3.3.1.2. Medeni Duruma Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Çalışmanın bulgularına göre medeni durumu evli olan katılımcıların bakım veren yükü, boşanmış/ayrı yaşıyor olanlara göre anlamlı olarak daha düşüktür. Bu sonuçla uyumlu olarak; madde bağımlılarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada bekar olan kişilerde bakım veren yükünün daha fazla olduğu belirtilmiştir (Nebhinani ve ark., 2013). Literatürdeki bazı çalışmalarda bakım veren yükü ile medeni durum arasında bir ilişki bulunmamıştır (Or, 2013; Kaya, 2013). Ancak yapılan başka çalışmalarda ise evli olan bakım verenlerin bakım veren yüklerinin, bekar olanlara oranla daha yüksek olduğu görülmüştür (Yıldırım, 2014; Yeşil ve ark., 2016).

Mevcut çalışmanın bulgularına göre medeni durumu evli olan katılımcıların algılanan sosyal destek puanları ortalaması boşanmış/ayrı yaşıyor olan katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksektir. Literatürde bu konuda farklı bulgular mevcuttur. Yapılan bir çalışmada yaşlı hastaya bakım verenlerde bekar katılımcıların sosyal destek algılarının evli katılımcılara göre anlamlı şekilde yüksek olduğu bulunmuştur (Kılıç, 2018). Başka bir çalışmada ise bakım verenlerde algılanan sosyal destek düzeyi ile medeni durum arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır (Gündüz, 2019).

Bunların yanı sıra, çalışmanın diğer bir bulgusuna göre yaşam kalitesinin tüm alt boyutları için evli katılımcıların aldıkları puanların ortalaması boşanmış/ayrı yaşıyor olanlardan anlamlı şekilde yüksektir. Literatürde konu ile ilgili farklı sonuçlara ulaşılan çalışmalar mevcuttur. Kanserli hastaların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır (Erdoğan, 2017). Benzer bir şekilde, otizm hastalarının bakım verenlerinin yaşam kalitesini belirlemek için yapılan bir çalışmada da medeni durum ile yaşam kalitesi arasında bir ilişkiye

rastlanmamıştır (Şekeroğlu, 2018). Öte yandan, engelli bir bireye bakım verenlerle yapılan bir çalışmada ise mevcut bulgulara ters şekilde evli olmanın yaşam kalitesini negatif şekilde etkilediği bulunmuştur (Tayaz ve Koç, 2018). Mevcut çalışmanın sonucuna paralel olarak ise yapılan diğer çalışmalar, dul veya boşanmış olmanın özellikle gelişmekte olan ve geri kalmış ülkelerde kadınlar açısından daha negatif etkilerinin bulunmasıyla birlikte düşük yaşam kalitesinin önemli göstergelerinden biri olduğunu göstermektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016).

Sosyal destek, insanlara çeşitli sorunlarla baş etmelerine yardımcı olmak için yardım veya rahatlık sağlanması olarak tanımlanmaktadır. Destek, kişilerarası ilişkilerden, aile üyelerinden, komşulardan, dini gruplardan ve arkadaşlardan gelebilmektedir. Kişisel, sosyal veya ahlaki fikirlerin akranlar tarafından karşılıklı olarak paylaşılması, bireyi ve onun sosyal gelişimini desteklemektedir (Turner, 1999). Sonuç olarak, sosyal desteğin tanımından yola çıkılacak olursa, evli olan bireylerde sosyal desteğin daha fazla olması bekleneceğinden bakım veren yükünün bu doğrultuda daha düşük olması beklenir. Aynı zamanda yaşam kalitesi de evli bireylerde daha yüksek olacağı için bakım veren yükünün yine daha düşük olması beklenmektedir. Mevcut çalışmada söz konusu beklentilerle uyumlu sonuçlar elde edilmiştir.

3.3.1.3. Gelir Düzeyi, Bakım Verenin ve Bakım Verilenin Çalışma Durumuna Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Düzeylerinin Değerlendirilmesi

Çalışmada bakım verenlerin gelir düzeyi, bakım verenin çalışma durumu ve bakım verilen madde kullanıcısının çalışma durumuna göre bakım veren yükünün anlamlı bir şekilde farklılaştığı bulunmuştur. Bu durum, literatürden elde edilen sonuçlarla uyumludur. Alkol ve madde kullanıcılarının bakım verenleriyle yapılan çalışmalarda gelir düzeyinin düşük olmasının bakım veren yükünü artırdığı sonucuna ulaşılmıştır (Rospenda ve ark., 2010; Mannelli, 2013; Mattoo ve ark., 2013; Nebhinani ve ark.,2013; Sharma ve ark., 2019). Şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yapılan bir araştırmada ise bakım verenlerin hane içinde kişi başına düşen gelir düzeyiyle bakım veren yükü arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Aynı şekilde, çalışan bakım verenlerde, çalışmayanlara göre bakım veren yükünün daha az olduğu bildirilmiştir (Yazıcı ve ark., 2016; Özlü ve ark., 2015). Farklı durumlara sahip (kanser,

yaşlılık vs.) hastaların bakım verenleriyle yapılan literatürdeki diğer çalışmalarda da düşük gelir düzeyinin bakım veren yükü için negatif bir yordayıcı olduğu sonucuna ulaşılmıştır (Orak ve Sezgin, 2015; Yeşil ve ark., 2016; Tanrıkulu, 2019). Ancak bu çalışmanın sonucundan farklı olarak, Hindistan' da alkol ve eroin bağımlılarının eşleriyle yapılan bir çalışmada bakım veren yükü ile gelir düzeyi arasında ilişki bulunamamıştır (Shekhawat ve ark., 2017).

Çalışma sonucunda çalışan bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyinin çalışmayanlara oranla anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Aynı şekilde bakım verdikleri kişi çalışan bakım verenlerin de algıladıkları sosyal desteğin diğer gruplara oranla anlamlı şekilde yüksek olduğu görülmektedir. Bunun yanı sıra gelir düzeyi diğer gruplara göre yüksek olan bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek düzeyleri de gelir düzeyi daha düşük olan bakım verenlere oranla anlamlı şekilde daha yüksektir. Literatür incelendiğinde farklı örneklemlerle yapılan çalışmalarda gelir durumunun yüksek olmasının sosyal desteği artırdığı ifade edilmiştir (Spitzer, 1995; Baran ve ark., 2014). Ayrıca ev dışında bir işte çalışmak sosyal ağı genişlettiği için algılanan sosyal desteği artırdığı söylenebilir (Rodríguez-Madrid ve ark., 2019). Tüm bu bulgular birlikte değerlendirildiğinde maddi kazancın -özellikle gelir düzeyi yüksekliğinin- ve ev dışında çalışmanın, sosyal ağı genişletmesi ve/veya gerektiği durumlarda- daha ulaşılabilir kılması açısından, sosyal desteği olumlu yönde etkilediği yorumu yapılabilir.

Çalışmanın sonuçlarına göre gelir düzeyi düşük olan, kendisi ve bakım verdiği madde kullanıcısı çalışmayan katılımcıların yaşam kalitesi alt alanlarından aldıkları puanlar diğer gruplara göre anlamlı olarak düşüktür. Kronik hastaların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada da gelir düzeyinin yüksek olmasının yaşam kalitesini arttırdığı bildirilmiştir (Yeşil ve ark., 2016). Gelir seviyesi ve refah (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016; Akar, 2014) ekonomik olarak güvende hissetme (Ağır, 2017) gibi durumlar yaşam kalitesinin en önemli yordayıcılarından olduğu için söz konusu çalışmanın sonuçları, literatür ile uyumludur.

3.3.1.4. Bakım Verilenin Kullandığı Maddeye Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Çalışmada madde kullanıcısının kullandığı maddeye göre bakıcının bakım veren yükünün farklılaşıp farklılaşmadığını incelemek için analiz yapılmıştır. Bakım verdikleri yakınları eroin kullanan katılımcıların bakıcı yükü ölçeğinden aldıkları puanlar ile bakım verdikleri yakınları bonzai kullanan katılımcıların bakıcı yükü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bakım verdikleri yakınları metamfetamin kullanan katılımcıların bakıcı yükü ölçeğinden aldıkları puanlar ile bakım verdikleri yakınları bonzai kullanan katılımcıların bakıcı yükü ölçeğinden aldıkları puanlar arasında da istatistiksel olarak anlamlı bir fark saptanmıştır. Bu durum literatrür bulgularıyla uyumludur. Eroin ve alkol bağımlılarının eşleriyle yapılan bir çalışmada, iki grubun da ortalama yük puanlarının orta şiddette olduğu aynı zamanda eroin bağımlılarının eşlerinin yük puanlarının alkol bağımlılarının eşlerinin yük puanlarına göre anlamlı bir şekilde farklılaştığı bildirilmiştir (Shekhawat ve ark., 2017). Piyasada bonzai, jamaika gibi isimlerle bilinen sentetik kannabinoid isimli maddenin akut dönemdeki yoksunluk semptomları genel olarak endişe ve taşikardi ile karakterizedir (Nacca ve ark., 2013). Methamfetamin maddesinin yoksunluğunda ise depresif belirtiler, halsizlik ve bazen de psikotik belirtiler olmakla beraber bir hafta içerisinde geçtiği, aşermenin ise beş haftaya kadar uzadığı görülmektedir (Zorick ve ark., 2010). Eroin maddesinin akut dönemdeki yoksunluk belirtileri ise şiddetli kas ve eklem ağrıları, gastroentestinal (mide krampları, bulantı, ishal) sıkıntılar, kaygı, sıkkınlık, sinirlilik, uykusuzluk, azalmış konsantrasyon gibi semptomlardır (Gowing ve ark., 2009). Maddeyi bıraktıktan sonra nüks yaşanmasına neden olan birçok faktör olmakla beraber sık rastlanan bir neden olarak olumsuz duygulanımlar sayılmaktadır (Savaşan ve ark., 2013). Tüm bu bilgilerden yola çıkarak mevcut çalışmada elde edilen bulgunun eroin yoksunluğunun şiddetinin, olumsuz duygulanımların yoğunluğundan ötürü nüks ihtimalini artırdığı ve bu nedenle bakım veren yükünün diğer madde kullanıcılarının bakım verenlerine oranla daha fazla olduğu düşünülmektedir. Ancak bu çıkarımın daha detaylı çalışmalar aracılığıyla araştırılması gerekmektedir.

Çalışmanın bulgularına göre katılımcıların algılanan sosyal destek puanları bakım verdikleri yakınlarının kullandıkları maddenin türüne göre farklılaşmaktadır . Literatür incelendiğinde bu sonucu destekleyecek veya desteklemeyecek bir bulguya rastlanmamıştır. Ancak madde kullanıcısının kullandığı maddenin türüne göre yaşadıkları sıkıntılar (yoksunluk belirtileri, madde arama davranışları, sıkıntılarla baş etme yöntemleri) farklılaşmaktadır. Buna göre bakım verenlerin de ihtiyaç duydukları sosyal desteğin türünün (duygusal destek, güven desteği, iletişim ağı desteği, bilgi desteği ve maddi destektir) farklılaşabileceği düşünülmektedir.

Çalışmanın bulgularına göre katılımcıların yaşam kalitesi ölçeğinden aldıkları puanlar bakım verdikleri yakınlarının kullandıkları maddenin türüne göre farklılaşmaktadır . Bakım verdikleri yakınları eroin kullanan katılımcıların yaşam kalitesi ölçeğinin alt alanlarından aldıkları puanlar, bakım verdikleri yakınları metamfetamin ve bonzai kullananlara göre anlamlı olarak daha düşüktür. Yukarıdaki sonuçlar ile benzer şekilde, eroin maddesinin yoksunluğunun daha şiddetli olması nüks ihtimalini ve madde arama davranışını artırmaktadır. Bu nedenle bakım veren yükünün yaşam kalitesinin diğer madde kullanıcılarının bakım verenlerine oranla daha düşük olduğu düşünülmektedir. Ancak yine bu çıkarımın da daha detaylı çalışma desenleri ile araştırılması gerekmektedir.

3.3.1.5. Katılımcıların Bakım Verilenin Kişiye Olan Yakınlıklarına Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Çalışmada bakım veren yükünün, bakım verilen kişiye olan yakınlığa göre anlamlı düzeyde farklılaştığı, annelerin bakım veren yükünün babalara oranla daha yüksek olduğu görülmektedir. Literatür incelendiğinde yapılan bir çalışmada yakınlık durumunun bakım veren yükü ile ilişkisi olduğu belirtilmiştir (Dunkin ve ark., 1988; Or, 2013). Ancak bu çalışmalarda farklılığın hangi yakınlık grupları arasında olduğu bilgisi verilmemiştir. Mevcut çalışmada annelerin bakım verme yükünün babalara oranla yüksek olması ise yine bir önceki bulgudaki gibi toplumsal cinsiyet rolleri yüzünden kadınların bakım verme işinin yanında ev içi sorumluluklarının daha fazla olmasıyla açıklanabilir (Dökmen, 2017).

Çalışmanın bulgularına göre katılımcıların bakım verdikleri kişiye olan yakınlıklarına göre algılanan sosyal destek düzeyi anlamlı şekilde farklılaşmaktadır. Elde edilen sonuçlara göre bakım veren babaların algılanan sosyal destek düzeylerinin bakım veren anneler ve eşlere göre anlamlı bir şekilde yüksek olduğu görülmüştür. Ancak literatürde birebir bu bulguyu destekleyecek veya desteklemeyecek herhangi bir bulguya rastlanmamıştır.

Benzer şekilde çalışmanın diğer bir sonucuna göre bakım veren annelerin ve eşlerin yaşam kaliteleri bakım veren babalara oranla anlamlı bir şekilde daha düşüktür. Elde edilen sonuç literatür bulgularıyla uyumludur. Madde bağımlısı bireye bakım verenlerle yapılan bir çalışmada bakım verenlerin çoğunluğunun annelerden oluştuğu ve yüklerinin diğer aile üyelerine oranla daha yüksek olmasından ötürü yaşam kalitelerinin daha düşük olduğu belirtilmiştir (Cosentino ve ark., 2019).

Tüm bu sonuçlar birlikte ele alındığında; toplumsal cinsiyet rolleri açısından düşünüldüğünde, kadınların kamusal alanda daha az yer almaları, özel alanda sorumluluklarının fazla olması gibi sebepler, kadınların sosyal destek ağlarını niceliksel ve/veya niteliksel bağlamda daraltmaktrken, erkeklerinkini genişletmektedir. Aynı zamanda kadınların yaşam kalitesinin ise düşmesine sebep olmaktadır. Mevcut çalışmanın sonuçlarının ise bu durumdan kaynaklandığı düşünülmektedir.

3.3.1.6. Katılımcıların Yaşlarına Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Çalışmada bakım verenin yaşı ile bakım veren yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmamıştır. Bu sonuç literatürden elde edilen bulgularla uyumludur. Öyle ki alkol ve madde kullanıcılarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada bakım verenin yaşı ile yük algısı arasında bir ilişki bulunamamıştır (Soares ve ark.,2016). Aynı şekilde bipolar tanısı almış hastaların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada da bakım verenin yaşı ile bakım veren yükü arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır (Alpman, 2010).

Benzer şekilde bakım verenin yaşı ile algılanan sosyal destek düzeyi arasında da anlamlı bir ilişki bulunamamıştır. Literatürde bu konuda farklı bulgular mevcuttur. Mevcut çalışmanın sonucuna benzer olarak, yapılan bir çalışmada algılanan sosyal destek düzeyi ve yaş arasında anlamlı bir ilişkiye rastlanmamıştır (Ahmed-Mohamed ve

ark., 2013). Yaş, cinsiyet ve sosyal desteğin ilişkisinin incelendiği ve çok geniş bir örneklem üzerinde yapılan başka bir çalışmaya göre ise yaş arttıkça sosyal destek düzeyinin nispeten sabit kaldığı belirtilmiştir (Coventry ve ark., 2004). Yapılan başka bir çalışmada ise yaş ile beraber sosyal desteğin kaynağı ve sosyal desteği talep etme durumu gibi sosyal desteğe ilişkin başka faktörlerin değiştiği belirtilmiştir (Jiang ve ark.,2018).

Çalışmanın diğer bir sonucuna göre katılımcıların yaşları arttıkça yaşam kalitesinin dört alt alanından da aldıkları puanlar düşmektedir. OECD tarafından tanımlanan Daha İyi Yaşam Endeksinin kriterlerine göre sağlık durumu insanların hayatlarını etkileyen en önemli faktördür (Akar, 2014). Yaş ile beraber sağlık durumundaki olası bozulmalar dikkate alındığında ise yaş arttıkça yaşam kalitesinin düşmesi sonucu beklendik bir sonuç olarak yorumlanmaktadır. Literatürde ise konu ile ilgili farklı sonuçların olduğu çalışmalara ulaşılmıştır. Engelli bireye bakım verenler ebeveynlerle yapılan bir çalışmada ise bakım verenin yaşı ile yaşam kalitesinin bedensel ve ruhsal alanları arasında negatif yönlü bir korelasyon bulunmuştur (Gönültaş, 2019). Kanserli hastaların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada ise yaşın yaşam kalitesini etkileyen bir faktör olmadığı sonucuna ulaşılmıştır (Akburak, 2019).

Sonuç olarak; yaş değişkeninin doğrudan bakım veren yükünü etkilememekle beraber bakım veren yükü ile yaşam kalitesi arasında düzenleyici bir rolü olabileceği düşünülmektedir.

3.3.1.7. Katılımcıların Bakım Verme Sürelerine Göre Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi

Çalışmanın sonuçlarına göre bakım verilen süre ile bakım verme yükü arasında pozitif yönde anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Bu durum literatür bulgularının bazılarıyla uyumludur. Örneğin, şizofreni hastalarının yakınlarıyla yapılan çalışmalarda da aynı şekilde bakım verme yılı arttıkça bakım veren yükünün arttığı tespit edilmiştir (Kadri ve ark., 2004; İnan ve Duman, 2013). Bunun yanı sıra, mental bir hastalığa sahip olan hastaların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada ise yine bakım verme ile geçen süre ve bakım veren yükü arasında anlamlı bir ilişki bulunmuştur (Schulze ve Rössler, 2005). Tüm bu sonuçlar bakım verme süresi arttıkça zorluk algısının da arttığı literatür bulgusu (Joyce ve ark., 2003) ile ele alındığında, bakım verme ile geçen süre, bakım

veren kişide zorluk algısını artırdığı gibi tükenmişlik seviyesini de artırabileceği ve bununla beraber bakım veren yükünün de artabileceğini akla getirmektedir.

Çalışmada bakım verilen süre ile algılanan sosyal destek arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki bulunmuştur. Literatür gözden geçirildiğinde bulguların paralel olduğu anlaşılmaktadır. Psikotik hastaların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada bakım süresi arttıkça zorluk algısının ve sosyal desteğin azaldığı belirtilmiştir (Joyce ve ark. 2003).

Çalışmadan elde edilen sonuçlara göre bakım verme yılı arttıkça yaşam kalitesinin tüm alt boyutlarından alınan puanlar arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmuştur. Bu sonuç literatür bulgularıyla uyumludur. Örneğin, kanserli hastaların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada bakım verme süresinin uzamasının bakım verenin yaşam kalitesini negatif yönde etkilediği görülmüştür (Erdoğan ve Yavuz, 2014). Buna karşılık, engelli bireye bakım verenlerle yapılan bir çalışmada ise bakım verme yılı ile yaşam kalitesi arasında bir ilişkiye rastlanmamıştır (Tayaz ve Koç, 2018).

Sonuç olarak literatürle uyumlu olan bu bulgular birlikte ele alındığında; madde kullanımında kullanım süresi uzadıkça bağımlılığın şiddetinin artması ve sosyal desteğin azalması sonucunda bakım veren yükünün artmasının, bakım verenlerin yaşam kalitesi üzerinde olumsuz etkiye sebep olabileceği söylenebilir.

3.3.2. Araştırmanın Hipotezlerine Dair Değerlendirme

Araştırmanın hipotezlerinden ilkinin test edilmesi amacıyla bakım veren yükünün ölçülmesi için betimsel istatistiklerden yararlanılmıştır. Bakım veren yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkinin belirlenmesi amacıyla ise korelasyon analizleri yapılmıştır. Son olarak da bakım veren yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide sosyal desteğin düzenleyici rolünün araştırılması için moderasyon analizi yapılmıştır. Bu bölümde analizlerden elde edilen veriler literatür bulguları çerçevesinde değerlendirilecektir.

3.3.2.1. Bakım Veren Yükü Düzeyine Dair Bulguların Değerlendirilmesi

Çalışmanın sonuçlarına göre araştırmaya katılan bakım verenlerin Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinden aldıkları puanların ortalaması $\bar{X}$=67,58’ dir. Bu durum yüksek düzeyde

yük algısına işaret etmektedir (Özlü ve ark., 2009). Çalışmanın sonucu literatür bulgularıyla uyumludur. Literatürde yapılan çalışmalar incelendiğinde ise; alkol madde bağımlılığı (AMKB) eş tanısı olan şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada bakım veren yükü ortalaması 80,6, AMKB eş tanısı olmayan hastaların bakım verenlerinde ise bakıcı yükü ortalaması 63,86 olarak bulunmuştur. Bu durum, yüksek düzeyde yük algısına işaret etmekle birlikte AMKB eş tanısı olan hastaların bakım verenlerinde bakım veren yükünün, olmayanlara göre anlamlı bir şekilde daha yüksek olduğunu göstermektedir (Yazar ve ark., 2017). Madde bağımlılarının bakım verenleriyle yapılan başka bir çalışmada ise yine yüksek düzeyde bakım veren yükü bildirilmiştir (Sharma ve ark., 2019). Mattoo ve arkadaşlarının (2013) yaptığı bir çalışmada sadece opiyat bağımlılığı olan hastaların yakınları, sadece alkol bağımlılığı olan hastaların yakınları ve hem opiyat hem de alkol bağımlılığı olan hastaların yakınları yük ve yaşadıkları diğer zorluklar açısından karşılaştırılmıştır. Elde edilen sonuçlara göre; her üç grupta da yük, orta veya şiddetli olarak bulunmuştur. Alkol bağımlılarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada ise bakım veren yükü öznel ve nesnel yük olarak ele alınmış ve her ikisinde yük şiddetinin yüksek düzeyde olduğu belirlenmiştir (Vaishnavi ve ark.,2017). Yapılan başka çalışmada alkol ve madde bağımlılarının bakım verenlerinde şiddetli bakım veren yükü tespit edilmiştir (Marcon ve ark.,2012; Sitorus ve Purba, 2018). Madde kullanıcılarının bakım verenleriyle yapılan nitel bir çalışmada ise sağlık hizmetlerine erişimin zorluğunun, ailenin tedavi sürecine dahil edilmemesinin karşılaştıkları engellemeler ve zorlukların bakım verme yüklerini artırdığına dair bilgiler edinilmiştir (Duah, 2017).

Bir önceki bölümde detaylıca bahsedildiği gibi mevcut çalışmada bakım veren yükü ile ilişkili sosyodemografik değişkenler; cinsiyet, medeni durum, gelir düzeyi, bakım veren ve/veya verilenin çalışma durumunu, bakım verilenin kullandığı maddenin türü ve bakım verme süresi olarak görülmüştür.

3.3.2.2. Bakım Veren Yükü, Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkilere Dair Elde Edilen Bulguların Yorumlanması

Çalışmanın sonuçlarına göre bakım veren yükü ile algılanan sosyal destek arasında ve bakım veren yükü ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü, algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında ise pozitif yönlü bir ilişki bulunmuştur.

Mevcut bulgulara göre bakım veren yükü ile yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. Literatür incelendiğinde alkol ve madde kullananlar ve bu kişilerin bakım verenlerinin yaşam kalitelerinin incelendiği bir çalışmada; bakım verenlerin yüklerinin yüksek düzeyde olduğu, depresif belirtiler gösterdikleri ve yaşam kalitesiyle, depresif belirtiler ve bakım veren yükü arasında yüksek korelasyon olduğu görülmüştür. Her iki grup (kullanıcılar ve bakım verenler) yaşam kalitesi açısından karşılaştırılmış ve sadece bakım verenlerde değil kullanıcılarda da madde kullanımının yaşam kalitesi üzerine olumsuz etkisinin olduğu belirlenmiştir (Marcon ve ark., 2012). Madde kullanıcılarının bakım verenlerinin yaşam kalitesinin incelendiği başka bir çalışmada da yine bakım veren yükünün fazla olmasının yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerden biri olduğu belirtilmiştir (Cosentino ve ark., 2019). Benzer şekilde madde kullanan kişilerin ve ailelerinin yaşam kaliteleri ile ilgili yapılan bir çalışmada ise; ekonomik istikrarsızlık, fiziksel, psikolojik ve sözel şiddet gibi durumların hem madde kullanıcısına hem de ailesine önemli bir yük oluşturduğu ve bu yolla yaşam kalitesini azalttığı ifade edilmiştir (Miranda ve ark., 2006). Yazar ve ark. (2017) çalışmasında ise aynı şekilde alkol ve madde kullanım bozukluğu eş tanısı olan şizofreni hastalarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada ise bakıcı yükü ile yaşam kalitesinin alt alanları arasında negatif yönlü anlamlı bir ilişki saptanmıştır. Başka bir çalışmada da bakım verme sebebiyle kişilerin yaşam kalitelerinin tehlikeye girdiği duygusal destek ihtiyaçlarının arttığı belirtilmiştir (Marcon ve ark., 2012). Tüm bu bilgiler ışığında çalışma bulgularının literatür ile uyumlu olduğu görülmektedir.

Mevcut çalışmanın diğer bir sonucuna göre bakım veren yükü ile algılanan sosyal destek arasında negatif yönlü bir ilişki vardır. Söz konusu sonuç ile uyumlu olarak daha önce yapılan bir meta-analiz çalışmasında sosyal desteğin öznel yük ile ilişkili olduğu, sosyal desteğin fazla olmasının öznel yükü azalttığı ifade edilmiştir (del-Pino-Casado ve ark., 2018). Madde ve alkol bağımlılarının yakınlarıyla yapılan bir çalışmada sosyal desteğin bakım yükünü azaltan bir etken olduğu belirtilmiştir (Soares ve ark., 2016; Rospenda, 2010). Madde bağımlılığı veya kronik ruhsal bozukluk (şizofreni, bipolar bozukluk vb.) tanısı almış hastaların yakınlarında algılanan sosyal destek eksikliğinin, öznel bakım yükünü artırdığı belirtilmiştir (Biegel ve ark.,2007; Mital ve ark.,2017). Diğer örneklemlerde de sosyal destek ve bakım yükü arasındaki ilişkiye dair benzer sonuçlar elde edilmiştir. Örneğin, omurilik zedelenmesi yaşayan

hastaların bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada sosyal desteğin bakım yükünü azaltmada önemli bir değişken olduğu ifade edilmiştir (Rodakowski ve ark., 2012). Bunun yanı sıra yaşlı hastaya bakım verenlerle yapılan bir çalışmada sosyal desteğin bakım veren yükünü azalttığı bildirilmiştir (Kılıç, 2018).

Sonuç olarak literatür ile uyumlu görünen mevcut çalışma bulgularına göre algılanan sosyal destek düzeyinin bakım verenlerde, bakım veren yükünü etkileyen bir faktör olduğu çıkarımı yapılabilmektedir.

Çalışmanın sonucuna göre yaşam kalitesi ile sosyal destek arasında pozitif yönlü bir ilişki olduğu görülmüştür. Yaşam kalitesinin önemli göstergelerinden biri olan sosyal destek kavramıdır ve aile ilişkileri sosyal destek anlamında önem arz etmektedir (Boylu ve Paçacıoğlu, 2016). Nitekim, madde bağımlılarının bakım verenlerinde sosyal destek ve yaşam kalitesinin incelendiği bir çalışmada sosyal desteğin yaşam kalitesini artırdığı belirtilmiştir (Ahmad ve ark., 2016). Literatürde, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi kavramlarının incelendiği araştırmalara bakıldığında; inmeli bireye bakım veren bireylerin bakım yükü, yaşam kalitesi ve sosyal destek düzeyleri arasında negatif yönde bir ilişki olduğu, ileri ve aşırı düzey bakım yükü yaşayan bireylerin algıladığı sosyal destek düzeylerinin daha düşük olduğu bildirilmiştir (Fertelli ve Tuncay, 2019). Bunun yanı sıra, madde kullanımı olan bir ebeveynle büyümenin yol açtığı kaotik etkilerin ele alındığı bir vaka çalışmasından elde edilen bulgular doğrultusunda, madde kullanan bireylerin ailelerinin hem sosyal desteğe hem de sağlık hizmetlerine ulaşımının aile üyeleri için hayati önem taşıdığı belirtilmiştir (Reis ve ark., 2017).

Sosyal desteğin bireyin ruhsal iyilik hali üzerindeki etkileri incelenirken iki önemli yaklaşım benimsenir. Bunlardan birincisi, sosyal desteğin sağlığı doğrudan etkilediğini (Main or Direct Effect Model) ikinci yaklaşım ise, sosyal desteğin en önemli işlevinin, stres verici yaşam olaylarının yarattığı zararları azaltarak ya da dengeleyerek ruh sağlığını korumada tampon etkiye sahip olduğunu belirtir (Buffering Effect Model) (Cohen ve Wills, 1985). Mevcut çalışmanın sonuçlarına göre bakım veren yükü ile yaşam kalitesinin bedensel alt alanı ve ruhsal alt alanı arasındaki ilişkide algılanan sosyal destek düzenleyici rol oynamaktadır. Yani sosyal destek yüksek olduğunda, bakım veren yükünün kişilerin yaşam kalitesi üzerindeki negatif etkisi azalmakta, sosyal destek düşük olduğunda ise bakım veren yükünün yaşam kalitesi

üzerindeki negatif etkisi artmaktadır. Bu sonuç tampon etki hipotezine uygundur. Literatür incelendiğinde madde kullanıcılarının bakım verenlerinde yaşam kalitesinin alt alanları (bedensel, ruhsal, sosyal ve çevresel) ile bakım veren yükü arasındaki ilişkiye dair birebir aynı bulgulara rastlanmamış olmakla birlikte diğer bakım veren gruplarında genel yaşam kalitesinin söz konusu değişkenlerle ilişkisine dair bulgular mevcut çalışma bulgularıyla tutarlılık göstermektedir. Öyle ki, Japonya'da bakım verenlerle yapılan bir çalışmada, bakım verenlerin ailelerinden ve sağlık profesyonellerinden aldıkları sosyal desteğin, bakım yükünü azaltmada ve bakım verenlerin yaşam kalitesini artırmada düzenleyici etkiye sahip olduğu belirtilmiştir (Haya ve ark., 2019). Serebral palsi hastalarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada da benzer şekilde algılanan sosyal desteğin bakıcı yükü ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkide düzenleyici rol oynadığı bildirilmiştir (Klutse ve Naab, 2017).

Mevcut çalışma sonucuna göre, yaşam kalitesinin ruhsal alt alanı ile bakım veren yükü arasındaki ilişkide sosyal destek düzenleyici rol oynamaktadır. Öte yandan ruhsal iyilik hali yaşam kalitesinin önemli bir bileşenidir (Ağır, 2017). Bu bağlamda sosyal desteğin bakım veren yükü ve ruh sağlığı üzerindeki düzenleyici etkisini araştıran çalışmalar da önem kazanmaktadır. Literatür incelendiğinde mevcut çalışma sonucuyla uyumlu bulgulara rastlanmaktadır. Öyle ki, lösemi hastası 100 çocuğun bakıcısından elde edilen verilerle yapılan bir çalışma, temel ihtiyaçlarını daha fazla karşılayabilen ve günlük aktivitelerini gerçekleştirebilen bakıcıların, daha yüksek sosyal destek seviyeleri algıladıkları takdirde daha düşük seviyelerde psikolojik belirtiler bildirdiklerini ortaya koymuştur (Demirtepe-Saygılı ve Bozo, 2011). Yine tampon etki hipoteziyle uygun olarak, kanser hastalarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmada bakım veren yükü değişken olarak alınmamış ancak yine de düşük gelir düzeyine sahip olanlarda bile sosyal destek yüksek olduğunda depresyon ve kaygının negatif etkisinin azaldığı, sosyal desteğin düzenleyici rol oynadığı belirlenmiştir (Jeong ve An, 2017). Alzheimer hastalarının bakım verenleriyle yapılan bir çalışmanın sonuçlarına göre de benzer şekilde algılanan sosyal destek düzeyi düşük olduğunda, bakım verme yükünün depresyon ve kaygı üzerindeki olumsuz etkisi artarken; algılanan sosyal destek düzeyi yüksek olduğunda depresyon ve kaygı skorları yüksek bakıcı yüküne rağmen azalma göstermektedir (Ar, 2017).

Araştırmanın hipotezlerine aykırı olarak çalışmanın sonuçlarına göre bakım

veren yükü ve yaşam kalitesinin sosyal (diğer kişilerle ilişkiler, sosyal destek ve cinsel yaşam) ve çevresel alt alanı (fiziksel güvenlik, maddi kaynaklar, sağlık hizmetleri ve sosyal yardım imkanlarına erişim, yeni bilgi ve beceri edinme, dinlenme, boş zaman ve ulaşım) arasındaki ilişkide sosyal desteğin düzenleyici etkisi bulunmamıştır ($p>0.05$). (WHOQOL Group, 1996).

Araştırmanın son iki hipotezinin anlamlı çıkmamış olmasının sebebinin, yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal alt alanındaki madde sayısının oldukça az olması (3) ve yeterli düzeyde örnekleme ulaşılamaması ile ilgili olabileceği düşünülmektedir. Ayrıca yaşam kalitesi ölçeğinin sosyal ve çevresel alt alanlarının, kavramsal olarak sosyal destek ile aynı özellikleri ölçüyor olmasının da sosyal desteğin düzenleyici etkisinin anlamlı olmaması üzerinde etkili olduğu düşünülmektedir. Bunlara ek olarak yapılan görüşmelerde okuma yazması olmayan bazı kişilerin ölçekleri, araştırmacı tarafından doldurulmuş ve bu esnada çevresel alan dair sorular okunurken (sağlık hizmetleri ve sosyal yardım imkanlarına erişim vb.) katılımcıların "Allah devletimizden razı olsun" şeklindeki söylemleri dikkati çekmiştir. Araştırmacının devlet memuru olmasının katılımcıların sorulara yanıt verirken objektif olmalarını etkilemiş olabileceği ve bu durumun araştırmanın son iki hipotezinin anlamlı olmaması üzerinde etkili olduğu varsayılmaktadır.

BÖLÜM 4. SONUÇ VE ÖNERİLER

Mevcut çalışmanın sonuçlarına göre; madde kullanıcılarının bakım verenlerinde bakım veren yükü şiddetli düzeydedir. Bakım veren yükü ile algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasında negatif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Algılanan sosyal destek ile yaşam kalitesi arasında ise pozitif yönlü bir ilişki bulunmaktadır. Aynı zamanda bakım veren yükü ve yaşam kalitesinin bazı alt alanları arasındaki ilişkide algılanan sosyal desteğin düzenleyici bir etkisi bulunmaktadır.

Yurt dışında madde kullanıcılarının bakım verenlerinde bakım veren yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesinin ayrı ayrı veya birlikte incelendiği çalışmaların az olması, Türkiye' de ise konu açısından mevcut çalışmaya benzer nitelikte çalışma bulunmaması çalışmanın güçlü yönlerindendir.

Yaşam genel olarak her birey için stres verici durumlar içermektedir. Ancak sık karşılaşılmayan belki de bu nedenle yeterince göz önüne alınmayan ve empatik yaklaşılmayan bir durum olan bakım verme, çoğu zaman bakım veren bireyin yalnızlaşmasına neden olmaktadır. Bakım vermenin getirmiş olduğu stres tamamen ortadan kaldırılamasa da sosyal destek düzeyi artırılarak yaşanılan sıkıntının etkisi azaltılabilir. Bu anlamda, yaşamdaki kaçınılmaz stres unsurlarıyla baş etmede sosyal desteğin rolü büyüktür. Mevcut çalışmanın da bu bağlamda madde kullanıcılarının bakım verenlerinin ihtiyaç duydukları sosyal desteğe dikkat çekmek açısından fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

Mevcut çalışmada örneklem sayısının kısıtlılığı gerekli analiz ve karşılaştırmaların yapılması ve sonuçların genellenebilmesi açısından sıkıntı yarattığı için ileride yapılacak çalışmalarda daha fazla sayıda örnekleme ulaşılması önerilmektedir.

Ayrıca mevcut çalışmada madde bağımlılığı tanısı alan bireylerin bakım verenleriyle çalışılmamıştır. Bu nedenle ilerideki çalışmalarda tanı alan bireylerin bakım verenleriyle çalışılabilir. Böylece elde edilen sonuçlar, madde bağımlılarının tedavisinde ailelerin tedavi sistemine dahil edilmesini içeren programlar geliştirilmesine katkıda bulunacaktır.

Literatürde bakım veren yükü ile ilişkili kavramlar olarak kişilerin baş etme becerileri, depresyon ve anksiyete düzeyleri, öz yeterlilik düzeyleri, hastaların işlevsellik

düzeyleri (Yıldırım ve ark., 2017) ve bakım verenin etnik kökeni, bakım vermeye gönüllü olup olmaması, yaşadığı toplumun kültürel özellikleri (Atagün ve ark., 2011) gibi değişkenler ön plana çıkmaktadır. Ancak mevcut çalışmada bu değişkenlere yer verilmemiştir. Bu nedenle ileride yapılacak olan çalışmalarda ilgili değişkenlere yer verilmesinin konuyla ilgili daha zengin bulgular elde edilmesi açısından önemli düşünülmektedir. Ayrıca bakım verilen madde kullanıcılarının tanı almış oldukları ek bir hastalıklarının olup olmadığı sorusu da yine bakım veren yükünü etkileyecek bir diğer faktördür. Bu nedenle ileride yapılacak olan çalışmalarda bu durumun göz önünde bulundurulması önerilmektedir.

Ek olarak ileride yapılacak çalışmalarda sosyal destek türlerinin (araçsal destek, duygusal destek, bilgi desteği) ayrı ayrı incelenmesi, bakım verenlerin spesifik olarak ihtiyaç duydukları desteğin belirlenmesinde faydalı olacaktır. Ayrıca yaşam kalitesinin farklı bir ölçekle ölçülmesinin elde edilen veriler ile yapılacak analiz sonuçları açısından fayda sağlayacağı düşünülmektedir.

EK'LER

Ek 1. Bilgilendirilmiş Onam Formu

Revizyon Takip Tablosu

REVİZYON NO	TARİH	AÇIKLAMA
00	20.12.2017	İlk yayın.

LÜTFEN BU DÖKÜMANI DİKKATLİCE OKUMAK İÇİN ZAMAN AYIRINIZ

Sizi Rabia ÖZER tarafından yürütülen "Madde Bağımlılarının Yakınlarında Bakım Veren Yükü Ve Algılanan Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişki" başlıklı **araştırmaya** davet ediyoruz. Bu araştırmaya katılıp katılmama kararını vermeden önce, araştırmanın neden ve nasıl yapılacağını bilmeniz gerekmektedir. Bu nedenle bu formun okunup anlaşılması büyük önem taşımaktadır. Eğer anlayamadığınız ve sizin için açık olmayan şeyler varsa, ya da daha fazla bilgi isterseniz bize sorunuz.

Bu çalışmaya katılmak tamamen **gönüllülük** esasına dayanmaktadır. Çalışmaya **katılmama** veya katıldıktan sonra herhangi bir anda çalışmadan **çıkma** hakkında sahipsiniz. **Çalışmayı yanıtlamanız, araştırmaya katılım için onam verdiğiniz** biçiminde yorumlanacaktır. Size verilen **formlardaki** soruları yanıtlarken kimsenin baskısı veya telkini altında olmayın. Bu formlardan elde edilecek bilgiler tamamen araştırma amacı ile kullanılacaktır.

1. **Araştırmayla İlgili Bilgiler:**

   a. Araştırmanın Amacı: Madde bağımlılarına bakım verenlerdeki bakım veren yükünü ve etkilerini araştırmak

   b. Araştırmanın İçeriği: Madde bağımlılarının yakınlarında bakım veren yükü, algılanan sosyal destek ve yaşam kalitesi arasındaki ilişkiyi araştırmak

   c. Araştırmanın Nedeni: □ Bilimsel araştırma X Tez çalışması

2. **Çalışmaya Katılım Onayı:**

Yukarıda yer alan ve araştırmadan önce katılımcıya/gönüllüye verilmesi gereken bilgileri okudum ve katılmam istenen çalışmanın kapsamını ve amacını, gönüllü olarak üzerime düşen sorumlulukları tamamen anladım. **Çalışma hakkında yazılı ve sözlü açıklama aşağıda adı belirtilen araştırmacı tarafından yapıldı, soru sorma ve tartışma imkanı buldum ve tatmin edici yanıtlar aldım. Bana, çalışmanın muhtemel riskleri ve faydaları sözlü olarak da anlatıldı.** Bu çalışmayı istediğim zaman ve herhangi bir neden belirtmek zorunda kalmadan bırakabileceğimi ve bıraktığım takdirde herhangi bir olumsuzluk ile karşılaşmayacağımı anladım.

Bu koşullarda söz konusu araştırmaya kendi isteğimle, hiçbir baskı ve zorlama olmaksızın katılmayı kabul ediyorum.
Katılımcının (Kendi el yazısı ile)
İmzası:

Ek 2. Demografik Bilgi Formu

1. Yaş:

2. Cinsiyet: ☐1.Kadın ☐2.Erkek

3. Medeni Durum: ☐1. Bekar ☐2. Evli

☐3.Boşanmış/Ayrı

4. Gelir Düzeyiniz: ☐1. 0-1000 ☐2.1001-2000

☐3. 2001-3000 ☐4. 3001-4000

☐5. 4001-Üstü

5. Çalışma Durumunuz: ☐1. Çalışıyor ☐2. Çalışmıyor

6. Yakınınızın Çalışma Durumu ☐1. Düzenli Çalışıyor ☐2. Düzensiz Çalışıyor

☐3. Çalışmıyor

7. Yakınınızın Kullandığı Madde ☐1. Eroin ☐2. Bonzai

☐3. Metamfetamin

☐4. Kokain ☐5. Diğer

8. Yakınlık Durumunuz ☐1. Anne ☐2. Baba ☐3. Eş

☐4. Kardeş ☐5. Çocuk

Ek 3 Zarit Bakıcı Yük Ölçeği

Aşağıda insanların bir başka insanın bakımını üstlendiğinde kendini nasıl hissedebileceğini yansıtan ifadelerden oluşan bir liste yer almaktadır. Her ifadeden sonra sizin ne kadar sık böyle hissettiğinizi belirtin: Asla, nadiren, ara sıra, oldukça çok, nerdeyse her zaman şeklinde. Yanlış ya da doğru cevap bulunmamaktadır.	**sla**	**Nadiren**	**Arasıra**	**Oldukça**	**Neredeyse Her Zaman**
1- Yakınınızla geçirdiğiniz zaman yüzünden kendiniz için yeterli zamanınız olmadığını düşünür müsünüz?		2	3	4	5
2- Yakınınıza bakma ve aileniz ya da işlinizle ilgili diğer sorumlulukları yerine getirmeye çalışma arasında kalmaktan dolayı kendinizi sıkıntılı hisseder misiniz?		2	3	4	5
3- Yakınınızla birlikteyken kızgınlık hisseder misiniz?		2	3	4	5
4- Yakınınızın şu anda ailenin diğer üyeleri ya da arkadaşlarınızla olan ilişkinizi olumsuz şekilde etkilediğini düşünür müsünüz?		2	3	4	5
5- Yakınınızın geleceği ile ilgili korkularınız olur mu?		2	3	4	5
6- Yakınınızın size bağımlı olduğunu düşünür müsünüz?		2	3	4	5
7- Yakınınızla birlikteyken kısıtlanmış hisseder misiniz?		2	3	4	5
8- Yakınınızla uğraşmaktan dolayı sağlığınızın bozulduğunu hisseder misiniz?		2	3	4	5
9- Yakınınız yüzünden istediğiniz düzeyde bir özel hayatınız olmadığını düşünür müsünüz?		2	3	4	5
10- Yakınınıza bakmanız nedeniyle sosyal hayatınızın bozulduğunu hisseder misiniz?		2	3	4	5
11- Yakınınız nedeniyle arkadaşlarınızı davet etmekten rahatsızlık duyar mısınız?		2	3	4	5
12- Yakınınızın sanki sırtını dayayabileceği tek kişi sizmişsiniz gibi, sizden ona bakmasını beklediğini hisseder misiniz?		2	3	4	5
13- Kendi harcamalarınıza ek olarak yakınınıza bakacak kadar paran›z olmadığını düşünür müsünüz?		2	3	4	5
14- Yakınınız hastalandığından beri yaşamınızı kontrol edemediğinizi hisseder misiniz?		2	3	4	5
15- Yakınınızın bakımını biraz da başkasına bırakabilmeyi diler misiniz?		2	3	4	5
16- Yakınınızla ne yapacağınız konusunda kararsızlık hisseder misiniz?		2	3	4	5

17- Yakınınız için daha fazlasını yapmanız gerektiğini düşünür müsünüz?	2	3	4	5
18- Yakınınızın bakımı ile ilgili olarak daha iyisini yapabilirdim diye düşünür müsünüz?	2	3	4	5
19- Tümüyle değerlendirdiğinizde yakınınızın bakımı ile ilgili kendinizi ne kadar yük altında hissedersiniz?	2	3	4	5

Ek 4. Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeği

Aşağıda 12 cümle ve her bir cümle altında da cevaplarınızı işaretlemeniz için 1'den 7'ye kadar rakamlar verilmiştir. Her cümlede söylenenin sizin için ne kadar çok doğru olduğunu veya olmadığını belirtmek için o cümle altındaki rakamlardan yalnız bir tanesini daire içine alarak işaretleyiniz. Bu şekilde 12 cümlenin her birine bir işaret koyarak cevaplarınızı veriniz. Lütfen hiçbir cümleyi cevapsız bırakmayınız. Sizce doğruya en yakın olan rakamı işaretleyiniz.

1. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve ihtiyacım olduğunda yanımda olan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

2. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

3. Ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana gerçekten yardımcı olmaya çalışır.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

4. İhtiyacım olan duygusal yardımı ve desteği ailemden (örneğin, annemden, babamdan, eşimden, çocuklarımdan, kardeşlerimden) alırım.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

5. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve beni gerçekten rahatlatan bir insan (örneğin, flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

6. Arkadaşlarım bana gerçekten yardımcı olmaya çalışırlar.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

7. İşler kötü gittiğinde arkadaşlarıma güvenebilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

8. Sorunlarımı ailemle (örneğin, annemle, babamla, eşimle, çocuklar›mla, kardeşlerimle) konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

9. Sevinç ve kederlerimi paylaşabileceğim arkadaşlarım var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

10. Ailem ve arkadaşlarım dışında olan ve duygularıma önem veren bir insan (örneğin,

flört, nişanlı, sözlü, akraba, komşu, doktor) var.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

11. Kararlarımı vermede ailem (örneğin, annem, babam, eşim, çocuklarım, kardeşlerim) bana yardımcı olmaya isteklidir.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

12. Sorunlarımı arkadaşlarımla konuşabilirim.

Kesinlikle hayır 1 2 3 4 5 6 7 Kesinlikle evet.

Ek 5. Yaşam Kalitesi Ölçeği

1-Yaşam kalitenizi nasıl buluyorsunuz?

Çok Kötü Biraz Kötü Ne iyi, Ne kötü Oldukça İyi Çok iyi

2-Sağlığınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç hoşnut değil Çok az hoşnut Ne hoşnut,ne değil Epeyce hoşnut Çok hoşnut

3-Ağrılarınızın yapmanız gerekenleri ne kadar etkilediğini düşünüyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

4- Günlük uğraşlarınızı yürütebilmek için herhangi bir tıbbi tedaviye ne kadar ihtiyaç duyuyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

5-Yaşamaktan ne kadar keyif alırsınız?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

6- Yaşamınızı ne ölçüde anlamlı buluyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

7- Dikkatinizi toplamada ne kadar başarılısınız?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

8- Günlük yaşamınızda ne kadar güvende hissediyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

9- Fiziksel çevreniz ne ölçüde sağlıklıdır?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

10- Günlük yaşamı sürdürmek için yeterli gücünüz kuvvetiniz var mı?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

11- Bedensel görünüşünüzü kabullenir misiniz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

12- İhtiyaçlarınızı karşılamaya yeterli paranız var mı?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

13- Günlük yaşantınızda size gerekli bilgi ve haberlere ne ölçüde ulaşabiliyorsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

14- Boş zamanları değerlendirme uğraşları için ne ölçüde fırsatınız olur?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

15- Hareketlilik(etrafta dolaşabilme, bir yerlere gidebilme) beceriniz nasıldır?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

16- Uykunuzdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

17- Günlük uğraşlarınızı yürütebilme becerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

18- İş görme kapasitenizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

19- Kendinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

20- Diğer kişilerle ilişkilerinizden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

21- Cinsel yaşamınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

22- Arkadaşlarınızın desteğinden ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

23- Yaşadığınız evin koşullarından ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

24- Sağlık hizmetlerine ulaşma koşullarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

25- Ulaşım olanaklarınızdan ne kadar hoşnutsunuz?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

26- Ne sıklıkta hüzün, ümitsizlik, bunaltı, çökkünlük gibi olumsuz duygulara kapılırsınız?

Hiç Çok az Orta derecede Çokça Aşırı derecede

KAYNAKÇA

Akar, S. (2014). Türkiye'de daha iyi yaşam endeksi: OECD ülkeleri ile karşılaştırma. *Journal of Life Economics*, *1*(1), 1-12. DOI: 10.15637/jlecon.201416987.

Akburak İ.K. (2019). *Kanser Hastasına Bakım Veren Hasta Yakınlarının Yaşam Kalitesinin Değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).Okan Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İstanbul.

Akpınar, B. (2009). *Alzheimer hastalığı olan bireye bakım verenlerin cinsiyetinin bakım veren yükü üzerine etkisi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi).Ege Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İzmir.

Akosile, C. O., Banjo, T. O., Okoye, E. C., Ibikunle, P. O., & Odole, A. C. (2018). Informal caregiving burden and perceived social support in an acute stroke care facility. *Health and quality of life outcomes*, *16*(1), 57. DOI: 10.1186/s12955-018- 0885-z.

Alpman, N. (2010). *Bipolar I bozukluğu olan hastalarda karma dönemin ve hızlı döngülülüğün bakıcı yüküne ve yaşam kalitesine etkisi.* (Yayımlanmamış psikiyatri uzmanlık tezi).Sağlık Bakanlığı Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul.

Altıok, H. Ö., Şengün, F., & Üstün, B. (2011). Bakım: kavram analizi. *Dokuz Eylül Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Elektronik Dergisi*, *4*(3), 137-140.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5)*. American Psychiatric Pub.

Ağır, M.S(2017). Yaşam kalitesi, değerler ve umutsuzluk. *Marmara Sosyal Araştırmalar Dergisi,11*,84-103.

Ahanotu, C. J., Ibikunle, P. O., & Hammed, A. I. (2018). Burden of caregiving, social support and quality of life of informal caregivers of patients with cerebral palsy. *Turkish Journal of Kinesiology*, *4*(2), 58-64. https://doi.org/10.31459/turkjkin.418491

Ahmad, T., Nabi, A. U., & Khan, M. I. (2016). Social support in relation to quality of life among caregivers of drug addicted people. *The International Journal of Indian Psychology, Volume 3, Issue 4, No. 65*, 48. https://books.google.com.tr/

Ahmed-Mohamed, K., Fernandez-Mayoralas, G., Rojo-Perez, F., Forjaz, M. J., & Martinez-Martin, P. (2013). Perceived social support of older adults in Spain. *Applied Research in Quality of Life*, *8*(2), 183-200. DOI:10.1007/s11482-012-9184-**8**

Aiken, L. S. & West, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Sage Publications, Inc.

Ar, Y. (2017). *Predictors of depression, anxiety, grief and growth among Turkish offspring as caregivers of parents with Alzheimer's disease: a multi-method study* [Doctoral dissertation]. Middle East Technical University, Ankara.

Arman, T. (1993). *Uçucu madde bağımlılarının sosyo-demografik özelliklerinin ve ailelerinin çocuk yetiştirme tutumlarının incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Marmara Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Atagün, M. İ., Balaban, Ö. D., Atagün, Z., Elagöz, M., & Özpolat, A. Y. (2011). Kronik hastalıklarda bakım veren yükü. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *3*(3), 513-552.

Balaban, Ö. D., Küçüktüfekçi, A. H., Binbay, T., & Karamustafalıoğlu, N. (2016). Bipolar I Bozukluk Hastalarının Bakımverenlerinde Yaşam Kalitesi Yük ve Sosyal Destekle İlişkili mi? *Klinik Psikiyatri Dergisi*, *19*(1), 15-26.

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control.* New York: Freeman.

Bauer, D. J., & Curran, P. J. (2005). Probing interactions in feixed and multilevel regression: Inferential and graphical techniques. *Multivariate Behavioral Research, 40*, 373–400. DOI: 10.1207/s15327906mbr4003_5.

Baran, M., Küçükakça, G., & Ayran, G. (2014). Sağlık yüksekokulu öğrencilerinde algılanan sosyal destek düzeyinin sigara kullanımı üzerine etkisi. *Adnan Menderes Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, 15(1), 9-15.*

Barlas F. (2011). *Şizofreni ve bipolar bozukluk hastalarına bakım verenlerin yük, depresyon ve anksiyete düzeylerinin sosyodemografik özellikler ve hastalık şiddeti yönünden karşılaştırılması.* (Yayımlanmamış tıpta uzmanlık tezi) İstanbul Bakırköy Prof. Dr. Mazhar Osman Ruh Sağlığı ve Sinir Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

Barnard, M. (2005). *Drugs in the family: The impact on parents and siblings*. Joseph Rowntree Foundation.

Bektaş, D., Guliyev, C., Ögel, K., Tekin, K. ve Tuna, O. (2018). 12 Basamak Arkadaşlık Birlikleri (AA ve NA) Hakkında Temel Bilgiler. *Moodist Spot Dergisi. Sayı 9/2.*

Becona, E. (2002). Scientific bases of drug consumption prevention. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. http://www.psychologistpapers.com/

Bircan, S. & Erden, G. (2011). Madde bağımlılığı: Aile ile ilgili olası risk faktörleri, algılanan ebeveyn kabul-reddi ve çocuk yetiştirme stilleri. *Çocuk ve Gençlik Ruh Sağlığı Dergisi*, *18*(3), 211-222.

Biegel, D. E., Ishler, K. J., Katz, S., & Johnson, P. (2007). Predictors of burden of f familycaregivers of women with substance use disorders or co-occurring substance and mental disorders. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, *7*(1-2), 25-49. DOI:10.1300/J160v07n01_03

Boylu, A. A. & Paçacıoğlu, B. (2016). Yaşam kalitesi ve göstergeleri. *Akademik Araştırmalar ve Çalışmalar Dergisi (AKAD)*, *8*(15), 137-150.

Budak, S. (2000). *Psikoloji sözlüğü*. Bilim ve Sanat Yayınları.

Büyüköztürk, Ş. (2004). *Sosyal Bilimler için Veri Analizi El Kitabı*. Ankara: Pegem A Yayıncılık.

Cohen, S., & Wills, S. (1985). Stress, social support and the buffering hypothesis. Psychological Bulletin, 98, 310-317. Erişimadresi: http://lchc.ucsd.edu/MCA/Mail/xmcamail.2012_11.dir/pdfYukILvXsL0.pdf

Conyers, B. (2009). *Addict in the family: Stories of loss, hope, and recovery*. Simon and Schuster.

Connecting the Dots:Formal and Informal Care. *International Federation on Aging*,2014. Erişim adresi: www.IFA-FIV.org. (Erişim tarihi: 28 Nisan, 2019).

Co-Dependents Anonymous. Patterns and Characteristics of Codependence. Phoenix, AZ: Co-Dependents Anonymous, 1998. http://www.codependents.org/codapatt.html [Erişim tarihi Haziran, 2019].

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Miller, F. E. (2006). Blame, shame, and contamination: The impact of mental illness and drug dependence stigma on family members. *Journal of family psychology*, *20*(2), 239. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16756399

Cosentino, S.F. ,Vitorino, L.M., Bonfada, M.S., Perdonssini, L.G.B., Souza, M.H.N and Vianna, L.A.C. (2019). "Factors associated with the quality of life of the family caregivers of drugaddicted people", *International Journal of Development Research*, 09, (09), 30159-30164.

Coventry, W. L., Gillespie, N. A., Heath, A. C., & Martin, N. G. (2004). Perceived social support in a large community sample. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *39*(8), 625-636. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15300373.

Crocq, M. A. (2007). Historical and cultural aspects of man's relationship with addictive drugs. *Dialogues in clinical neuroscience*, *9*(4), 355. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3202501/.

Çataloğlu, B. (2011). *Madde kullanan ve kullanmayan ergenlerin psikolojik sağlamlık ve aile işlevleri açısından karşılaştırılması.* (Yayımlanmamış Yüksek lisans tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Aile Eğitimi ve Danışmanlığı Anabilim Dalı, İzmir.

Çiçek, Z. (2012). *Parkinson hastalığı olan bireye bakım verenlerin algıladıkları sosyal destek ile bakım yükü arasındaki ilişkinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Dokuz Eylül Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, İç Hastalıkları Hemşireliği Anabilim Dalı, İzmir.

Çoban, S. A., Özkan, B., Medik, K., & Saraç, B. (2013). Bipolar bozukluğu olan bireyler ve bakımverenlerinin yaşam kalitesi. *Journal of Psychiatric Nursing, 4*(2), 61-66. DOI: 10.5505/phd.2013.58070.

del-Pino-Casado, R., Frias-Osuna, A., Palomino-Moral, P. A., Ruzafa-Martinez, M., & Ramos-Morcillo, A. J. (2018). Social support and subjective burden in caregiver of adults and older adults: A meta-analysis. *PloS one, 13*(1), e0189874. DOI: 10.1371/journal.pone.0189874.

Demirtepe-Saygılı, D., & Bozo, Ö. (2011). Perceived social support as a moderator of the relationship between caregiver well-being indicators and psychological symptoms. *Journal of Health Psychology, 16*(7), 1091-1100.https://doi.org/10.1177/1359105311399486

Dictionary, C. (2015). Cambridge dictionaries online. [Erişim Tarihi: Haziran,2019]

Dictionary, O. E. (2017). Oxford living dictionaries. [Erişim Tarihi: Haziran,2019]

Duah, A. (2017). Lived Experience of Caregivers of Relatives with Alcohol and Opiate Dependence (A phenomenological study). DOI: 10.13028/7yvb-0925

Dunkin, J. J., & Anderson-Hanley, C. (1998). Dementia caregiver burden: a review of the literature and guidelines for assessment and intervention. *Neurology*, *51*(1 Suppl 1), S53-S60. DOI: 10.1212/wnl.51.1_suppl_1.s53

Durbin, J., & Watson, G. S. (1951). Testing for serial correlation in least squares regression. II. *Biometrika*, *38*(1/2), 159-177.

Dökmen, Z. Y. (2017). Yakınlarına bakım verenlerin ruh sağlıkları ile sosyal destek algıları arasındaki ilişkiler. *Ankara Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi*, *3*(1).

DOI: 10.1501/sbeder_0000000038.

Eker, D., Arkar, H. ve Yaldız, H. (2001). Çok Boyutlu Algılanan Sosyal Destek Ölçeğinin gözden geçirilmiş formunun faktör yapısı, geçerlik ve güvenirliği. *Türk Psikiyatri Dergisi, 12*(1), 17-25.

Erdoğan, Z. & Yavuz, D. E. (2014). Kanserli hastaların bakım vericilerinde yaşam kalitesi. *Arşiv Kaynak Tarama Dergisi, 23(4), 726-736.*

Erdoğan, N. (2017). *Kanser Hastalarına Bakım Veren Bireylerin Anksiyete, Yaşam Kalitesi ve Depresyon Bakımından İncelenmesi. Yüksek Lisans Tezi.* Üsküdar Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul.

Eser, E., Fidaner, H., Fidaner, C., Eser, S. Y., Elbi, H., & Göker, E. (1999). WHOQOL-100 ve WHOQOL-BREF'in psikometrik özellikleri. *Psikiyatri Psikoloji Psikofarmakoloji (3P) Dergisi*, *7*(Suppl 2), 23-40.

Fertelli, T. K., & Tuncay, F. Ö. (2019). İnmeli Bireye Bakım Verenlerde Bakım Yükü, Sosyal Destek ve Yaşam Kalitesi Arasındaki ilişki. *Journal of Academic Research in Nursing.* DOI:10.5222/jaren.2019.52386.

Ganesh, S., Bhat, S. & Latha, K.S. (2017). Burden and Quality of Life among Care Givers of Persons with Alcohol Dependence Syndrome - A Hospital based Interventional Study. *Journal Of Humanities And Social Science, Volume 22 Issue 12, pp20-28,* e-ISSN: 2279-0837, p-ISSN: 2279-0845.

Glover, E. (1932). The Psychology Of Crıme. *5*. *British Journal of Medical Psychology*, 12(3), 270-272. https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1924.tb01348.x

Gowing, L., Ali, R., & White, J. M. (2009). Buprenorphine for the management of opioid withdrawal. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (3).DOI: 10.1002/14651858

Gönültaş, S.G.E. (2019). *Zihinsel Engelli Çocuğa Sahip Olan Ebeveynlerin Bakım Yükü, Sosyal Destek Düzeyleri Ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin İncelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Manisa, Celal Bayar Üniversitesi, Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Manisa.

Gruber, K. J., & Taylor, M. F. (2006). A family perspective for substance abuse: Implications from the literature. *Journal of Social Work Practice in the Addictions, 6*(1-2), 1-29. https://doi.org/10.1300/J160v06n01_01

Güleç, G., Köşger, F., & Eşsizoğlu, A. (2015). DSM-5'te Alkol ve Madde Kullanım Bozuklukları. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar, 7*(4), 448-460. DOI: 10.5455/cap.20150325081809.

Gündüz, F. (2019). *Kanserli Hasta Ve Bakım Verenlerinin Algıladıkları Sosyal Destek İle Umutsuzluk Düzeyleri Arasındaki İlişkinin Belirlenmesi* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Aydın Adnan Menderes Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Aydın.

Haya, M. A. N., Ichikawa, S., Wakabayashi, H., & Takemura, Y. (2019). Family Caregivers' Perspectives for the Effect of Social Support on their Care Burden and Quality of Life: A Mixed-Method Study in Rural and Sub-Urban Central Japan. *The Tohoku journal of experimental medicine*, *247*(3), 197-207. https://doi.org/10.1620/tjem.247.197

Hayes, A. F. (2018). *Introduction to mediation, moderation, and conditional processa analysis: A regression-based approach* (2nd ed.). New York: Guilford Press.

Hoenig, J., & Hamilton, M. W. (1966). The schizophrenic patient in the community and his effect on the household. *International journal of social psychiatry*, *12*(3), 165-176. DOI: 10.1177/002076406601200301

Hosseinnezhad, F., & Assadi, S. (2015). Men's Drug Addiction as a Threat to Women's Sense of Security: A Qualitative Approach. *Addicta-The Turkısh Journal On Addıctıons, 2*(2), 46-60. DOI 10.15805/addicta.2015.2.2.066.

İnan, F. Ş., & Duman, Z. Ç.(2013). Şizofreni Hastasına Bakım Verenlerin Ruh Sağlığını Etkileyen Faktörler: Sosyodemografik Değişkenler Ve Stresle Başa Çıkma Tarzları. *Anadolu Hemşirelik ve Sağlık Bilimleri Dergisi, 16*(4), 205-211.

İnci, F. H. (2006). *Bakım Verme Yükü Ölçeği'nin Türkçe'ye Uyarlanması*: *Geçerlilik ve Güvenilirliği,* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü. Denizli.

Jeong, A., & An, J. Y. (2017). The moderating role of social support on depression and anxiety for gastric cancer patients and their family caregivers. PloS one, 12(12), e0189808. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189808

Jêdrzejczak, M. (2005). Family and environmental factors of drug addiction among young recruits. *Military medicine*, *170*(8), 688-690. https://watermark.silverchair.com/

Jiang, L., Drolet, A., & Kim, H. S. (2018). Age and social support seeking: Understanding the role of perceived social costs to others. *Personality and Social Psychology Bulletin*, *44*(7), 1104-1116. https://doi.org/10.1177/0146167218760798

Joyce, J., Leese, M., Kuipers, E., Szmukler, G., Harris, T., & Staples, E. (2003). Evaluating a model of caregiving for people with psychosis. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *38*(4), 189-195. DOI: 10.1007/s00127-003-0618-3

Karasar, N. (2000). *Bilimsel Araştırma Yöntemi.* (10. Baskı). Ankara: Nobel Yayın Dağıtım.

Kaur, A., Mahajan, S., Deepti, S. S., & Singh, T. (2018). Assessment of role of burden in caregivers of substance abusers: a study done at Swami Vivekananda Drug De-addiction Centre, Govt. Medical College, Amritsar. *International Journal Of Community Medicine And Public Health*, *5*(6), 2380-2383. http://dx.doi.org/10.18203/2394-6040.ijcmph20182162

Kadri, N., Manoudi, F., Berrada, S., & Moussaoui, D. (2004). Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, *49*(9), 625-629. DOI: 10.1177/070674370404900909

Karabuğa, H., & Veren, P. R. (2013). Aile Üyelerinin Yaşam Kalitesi Ve Yaşam Kalitesini Etkileyen Faktörlerin Değerlendirilmesi. *Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi*, *15*(2), 1-16. Online Adres http://www.hemarge.org.tr/

Kaya, Y. (2013). *Şizofreni Hastalarının Sosyal İşlevsellikleri ve Hastalara Bakım Veren Yakınlarının Bakım Yükü.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi) Hacettepe Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü. Ankara.

Kayri, M. (2009). Araştırmalarda gruplar arası farkın belirlenmesine yönelik çoklu karşılaştırma (post-hoc) teknikleri. *Fırat Üniversitesi Sosyal Bilimler Dergisi, 19*(1), 51-64. http://web.firat.edu.tr/sosyalbil/dergi/arsiv/cilt19/sayi1/051-064.pdf

Kılıç, G. (2018). *Yaşlı hastalara evde bakım veren bireylerin sosyal destek algıları, bakım yükleri ve etkileyen faktörlerin incelenmesi.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi). Harran Üniversitesi. Şanlıurfa.

Klutse, K. D., & Naab, F. (2017). Caregivers Burden as Risk Factor against Quality of Life of Caregivers of Cerebral Palsy Patients: Moderating Role of Social Support. *International Neuropsychiatric Disease Journal*, 1-8. DOI: https://doi.org/10.9734/INDJ/2017/39050

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2016). Neurobiology of addiction: a neurocircuitry analysis. *The Lancet Psychiatry*, *3*(8), 760-773. DOI: 10.1016/S2215-0366(16)00104-8.

Küliğ, D., & Engin, E. Alkol Bağımlılığı Sorunu Olanların Çocuklarının Yaşamsal Rolleri Ölçeği'nin Geçerlilik ve Güvenirlik Çalışması. *Bağımlılık Dergisi*, *18*(3), 80-89.

Lander, L., Howsare, J., & Byrne, M. (2013). The impact of substance use disorders on families and children: From theory to practice. *Social work in public health*, *28*(3- 4), 194-205. DOI: 10.1080/19371918.2013.759005.

Lee, E. J., Pieczynski, J., DeDios-Stern, S., Simonetti, C., & Lee, G. K. (2015). Gender differences in caregiver strain, needs for support, social support, and quality of life among spousal caregivers of persons with multiple sclerosis. *Work*, *52*(4), 777-787. DOI: 10.3233/WOR-152205.

Mannelli, P. (2013). The burden of caring: Drug users & their families. *The Indian journal of medical research*, *137*(4), 636. http://www.ijmr.org.in/text.asp?2013/137/4/636/111979

Marifran, M & Gibb, HJ (2011) Linking health communication with social support. In *Health as Communication Nexus: A Service-Learning Approach*, p. 184 [M Mattson and J Gibb Hall, editors]. Dubuque, IA: Kendall Hunt Publishing Company. Google Scholar

Marcon, S. R., Rubira, E. A., Espinosa, M. M., Belasco, A., & Barbosa, D. A. (2012). Quality of life and stress in caregivers of drug-addicted people. *Acta Paulista de Enfermagem*, *25*(SPE2), 7-12.

Maté, G. (2011). *In the realm of hungry ghosts: Close encounters with addiction*. North Atlantic Books.

Maté, G. (2017). Addiction All Of Us. [Blog Yazısı]. Erişim adresi: https://www.psychotherapynetworker.org/magazine/article/1102/the-addict-in-a all-of-us.

Mattoo, S. K., Nebhinani, N., Kumar, B. A., Basu, D., & Kulhara, P. (2013). Family burden with substance dependence: a study from India. *The Indian journal of medical research*, *137*(4), 704. PMCID: PMC3724250

McInerney, V. (2015). *Using quality of life information in the clinical setting: a randomised controlled trial of using subjective quality of life and symptom outcome measures as a clinical tool in patients with advanced cancer* (Doctoral dissertation). http://hdl.handle.net/10379/4966

Miranda, F. A., Simpson, C. A., Azevedo, D. M., & Costa, S. S. (2006). The negative impact of the disturb of the use and abuse of the alcohol in the family coexistence. *Rev Eletr Enf [Internet]*, *8*(2), 222-32.

Mirković-Hajdukov, M., Spahić, T. E., Softić, R., Bećirović, E., & Šimić, J. (2017). Family atmosphere and relationships as predictors of heroin addiction. *Psychiatria Danubina, 29*(2), 129-33. https://pdfs.semanticscholar.org/261e/30786b0ae206376e23849097e02ef55b4528.pdf

Mital, A. K., Sabnis, S. G., & Kulkarni, V. V. (2017). Caregiver burden in medical versus psychiatric patients: A cross-sectional comparative study. *Indian journal of psychological medicine, 39*(6), 777. DOI: 10.4103/IJPSYM.IJPSYM_335_17.

Morgan, G., Leech, N. L., Gloeckner, G.W. & Barret, K.C. (2004). *SPSS for Introductory Statistics: Use and Interpretation.* (Second Edition). London: Lawrence Erlbaum Associates.

Nacca, N., Vatti, D., Sullivan, R., Sud, P., Su, M., & Marraffa, J. (2013). The synthetic cannabinoid withdrawal syndrome. *Journal of addiction medicine*, *7*(4), 296-298. DOI: 10.1097/ADM.0b013e31828e1881.

Nightingale, C. L., Curbow, B. A., Wingard, J. R., Pereira, D. B., & Carnaby, G. D. (2016). Burden, quality of life, and social support in caregivers of patients undergoing radiotherapy for head and neck cancer: A pilot study. *Chronic illness*, *12*(3), 236-245. DOI: 10.1177/1742395316644305.

National Center on Addiction and Substance Abuse (CASA). (2005). Family matters: Substance abuse and the American family.

Nebhinani, N., Anil, B. N., Mattoo, S. K., & Basu, D. (2013). Family burden in injecting versus noninjecting opioid users. *Industrial psychiatry journal*, *22*(2), 138. DOI: 10.4103/0972-6748.132928.

O'brien, C. (2011). Addiction and dependence in DSM-V. *Addiction*, *106*(5), 866-867. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2010.03144.x.

Olive, M.F.,& Kalivas, P. W. (2010). *Conditioning of addiction. In Addiction Medicine* (pp.159-178). Springer, New York, NY.

Or, R. (2013). *Yaşlıya bakım veren aile bireylerinin bakım verme yükü ve bakım verenin iyilik hali.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

Orak, O. S., & Sezgin, S. (2015). Kanser Hastasına Bakım Veren Aile Bireylerinin Bakım Verme Yüklerinin Belirlenmesi. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemsireleri Dernegi*, *6*(1).

Orford J., Velleman R, Natera G, Templeton L, Copello A. (2013). Addiction in the family is a major but neglected contributor to the global burden of adult ill-health. Social Sci Med. 78:70–77. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.11.036.

Ögel, K. (2005). Madde kullanım bozuklukları epidemiyolojisi. *Türkiye Klinikleri J Int Med Sci*, *1*(47), 61-64.

Ögel K.(2010) *Sigara, Alkol ve Madde Kullanım bozuklukları: Tanı, Tedavi ve Önleme.* Yeniden Yayınları. İstanbul.

Ögel, K. (2015). *Bağımlı Aileleri İçin Rehber Kitap*. İstanbul: Türkiye İş Bankası Kültür Yayınları.

Özalp, A. (2010). *Sosyal destek gruplarından yardım alan ve yardım almayan şizofreni hastaları bakım verenlerinde yaşam kalitesi yük ve tükenmişlik değerlerinin karşılaştırılması*. (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi), Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, Ankara.

Özlü, A. (2007). *Şizofreni hastalarına bakım verenlerde yük ve travma sonrası gelişim ile ilgili özellikler.* (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Kocaeli Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Kocaeli.

Özlü A., Yıldız, M., & Aker, T. (2009). Zarit Bakıcı Yük Ölçeğinin Şizofreni Hasta Yakınlarında Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması. *Archivesof Neuropsychiatry/Noropsikiatri Arsivi*, *46*.

Özlü, A., Yıldız, M. & Aker, T. (2015). Şizofreni Hastalarının Bakımıyla İlgilenenlerde Yük ve İlişkili Özellikler. *Düşünen Adam Dergisi.* 28, 147-153.

Reis, L. M. D., Sales, C. A., & Oliveira, M. L. F. D. (2017). Narrative of a drug user's daughter: impact on family daily routine. *Escola Anna Nery*, *21*(3). DOI: http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0080.

Rodakowski, J., Skidmore, E. R., Rogers, J. C., & Schulz, R. (2012). Role of social support in predicting caregiver burden. *Archives of physical medicine and rehabilitation*, *93*(12), 2229-2236. DOI: 10.1016/j.apmr.2012.07.004.

Rodríguez-Madrid, M., del Río-Lozano, M., Fernandez-Peña, R., Jiménez-Pernett, J., García-Mochón, L., Lupiañez-Castillo, A., & García-Calvente, M. (2019). Gender differences in social support received by informal caregivers: A personal network analysis approach. *International journal of environmental research and public health*, *16*(1), 91. DOI: 10.3390/ijerph16010091

Rospenda, K. M., Minich, L. M., Milner, L. A., & Richman, J. A. (2010). Caregiver burden and alcohol use in a community sample. *Journal of addictive diseases*, *29*(3), 314-324. https://doi.org/10.1080/10550887.2010.489450

Savaşan, A., Engin, E., & Ayakdaş, D. (2013). Bir AMATEM kliniğinden taburcu olan bağımlı hastaların yaşam tarzı değişiklikleri ve nüks durumları. *Psikiyatri Hemşireliği Dergisi*, *4*(2), 75-79.

Seeman, T. (2008). Support & social conflict: Section one-social support. *MacArthur SES &Health Network.*

Schulze, B., & Rössler, W. (2005). Caregiver burden in mental illness: review of measurement, findings and interventions in 2004–2005. *Current opinion in Psychiatry*, *18*(6), 684-691. DOI: 10.1097/01.yco.0000179504.87613.00

Sharma, A., Sharma, A., Gupta, S., & Thapar, S. (2019). Study of family burden in substance dependence: A tertiary care hospital-based study. *Indian journal of psychiatry*, 61(2), 131. DOI: 10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_123_15.

Shekhawat, B. S., Jain, S., & Solanki, H. K. (2017). Caregiver burden on wives of substance-dependent husbands and its correlates at a Tertiary Care Centre in Northern India. *Indian journal of public health*, *61*(4), 274. DOI: 10.4103/ijph.IJPH_396_16

Shyangwa, P. M., Tripathi, B. M., & Lal, R. (2008). Family burden in opioid dependence syndrome in tertiary care centre. JNMA; *journal of the Nepal Medical Association*, 47(171), 113-119.

Sitorus, R. J., & Purba, I. G. (2018). Family Burden of Narcotics Abusers Experiencing Relapse and Factors Exacerbating It. In *E3S Web of Conferences* (Vol. 68, p. 01007). EDP Sciences. https://doi.org/10.1051/e3sconf/20186801007

Skewes, M. C., & Gonzalez, V. M. (2013). *The biopsychosocial model of addiction. In P.* M. Miller (Ed.), *Principles of addiction. Vol. 1. Comprehensive addictive behaviors and disorders* (pp. 61-70). San Diego, CA: Academic Press.

Smith, R. (1986). The complete letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fliess, 1887–1904. *Medical history*, *30*(2). PMCID: PMC1139632

Soares, A. J., Ferreira, G., & Graça Pereira, M. (2016). Depression, distress, burden and social support in caregivers of active versus abstinent addicts. *Addiction Research & Theory*, *24*(6),483-489. https://doi.org/10.3109/16066359.2016.1173681

Spitzer, A., Bar-Tal, Y., & Colander, H. (1995). Social support: how does it really work?. *Journal of Advanced Nursing*, *22*(5), 850-854. https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1995.tb02634.x

Şekeroğlu, Z. O. (2018). *Otizm spektrum bozukluğu olan bireylere bakım veren kişilerin bakım yükü ile yaşam kalitesinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Çağ Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Mersin.

Taktak, Ş., Erkıran, M., Karşıdağ, Ç., Özeren M., Alpay N. (2000). Şizofren Olgularda Aile İşlevselliğinin Algılanması, Sosyo-demografik ve Klinik Özelliklerle İlişkisi Üzerine Bir Çalışma. *Düşünen Adam;* 13(4), 196-203.

Tanrıkulu, S. (2019). *Evinde bir aile üyesine bakım veren kadınların bakım verme yüklerinin incelenmesi*. (Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi), Başkent Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, Ankara.

Tayaz, E. & Koç, A. (2018). Engelli Bireye Bakım Verenlerde Algılanan Bakım Yükü ve Yaşam Kalitesi Arasındaki İlişkinin Değerlendirilmesi. *Medical Journal of Bakirkoy*, *14*(1).

Thombs, D. L. (2006). *Introduction to Addictive Behaviors*. NY, USA: The Guilford Press.

Topçu, B., SARAÇLI, S., Dursun, P., & Gazeloğlu, C. (2012). Akademisyenlerin yaşam kaliteleri üzerine bir çalışma: Afyon Kocatepe Üniversitesi örneği. *Düzce Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Dergisi*, *2*(1), 15-19.

Tosun, M. (2008). Madde bağımlılığına genel bakış. Türkiye'de Sık Karşılaşılan Psikiyatrik Hastalıklar*, İÜ Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri, Sempozyum Dizisi*, *62*, 201-220.

TUBİM (2019). *Türkiye Uyuşturucu Raporu.* ss.91.

Turner, J. C. (1999). "Some current issues in research on social identity and self-categorization thoeries." In Social identity, edited by N. Ellemers, R. Spears, and B. Doosje. Oxford: Blackwell.

Türk Dil Kurumu. (2017). Güncel türkçe sözlük.

Uğurlu,T.T.,Şengül,C.B.,&Şengül,C.(2012).Bağımlılık psikofarmakolojisi. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *4*(1), 37-50.

Uyuşturucu, A., & Merkezi, U. B. İ. (2018). Avrupa uyuşturucu raporu.

Uzbay, İ.T. (2009). Madde bağımlılığının tarihçesi, tanımı, genel bilgiler ve bağımlılık yapan maddeler. *Türk Eczacıları Birliği Meslek İçi Sürekli Eğitim Dergisi*, Aralık (21-22): 5-15.

Ünal, M. (1991). Madde bağımlılığı ve alkolizmde aile. *Aile ve Toplum Dergisi*, *1*(2), 80- 85.

Vaishnavi, R., Karthik, M. S., Balakrishnan, R., & Sathianathan, R. (2017). Caregiver burden in alcohol dependence syndrome. *Journal of addiction*, *2017*. DOI: 10.1155/2017/8934712.

Verceze, F. A., & Cordeiro, S. N. (2016). Trainspotting: a psychoanalytic perspective of drug addiction in contemporary society. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool edrogas*, *12*(3), 154-162. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v12i3p154-162.

Volkow, N. D. (2011). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide* (Vol. 12, No. 4180). DIANE Publishing.

Yacı, Ö. (2011). *Çeşitli evrelerdeki alzheimer hastalarına bakım veren yakınlarındaki bakıcı yükü ve depresyonun karşılaştırılması.* (Yayımlanmamış Tıpta Uzmanlık Tezi). İstanbul Üniversitesi İstanbul Tıp Fakültesi Psikiyatri Anabilim Dalı, İstanbul.

Yaman, Ö. M. (2014). *Young Drug Addicts' Perceptions on Family Relations: The Case of Esenler-Bağcılar*, Istanbul University, Master of Thesis, Istanbul.

Yancar, C. (2005). *Madde bağımlılarında ikinci eksen komorbidite ve kişilik özelliklerinin bağımlılık şiddeti ve yaşam kalitesine etkisinin değerlendirilmesi. (*Yayımlanmamış uzmanlık tezi). Bakırköy Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi.

Yazar, M. S., Depçe, A. A., Balaban, Ö. D., Ipekçioglu, D., & Eradamlar, N. (2017). Erkek şizofreni hastalarinda alkol ve madde kullanim bozuklugu varliginin bakim veren yükü, yasam kalitesi, anksiyete ve depresyon düzeyleri üzerine etkisi. *Anadolu Psikiyatri Dergisi*, *18*(1), 5.

Yazıcı, E., Karabulut, Ü., Yıldız, M., Tekes, S. B., Inan, E., Çakir, U.& Turgut, C. (2016). Şizofrenisi Olan Hastalara Bakim Verenlerin Yükü ve Ilişkili Etmenler/Burden on Caregivers of Patients with Schizophrenia and Related Factors. *Noro-Psikyatri Arsivi*, *53*(2), 96.

Yeşil, T., Uslusoy, E. Ç., & Korkmaz, M. (2016). Kronik Hastalığı Olanlara Bakım Verenlerin Bakım Yükü Ve Yaşam Kalitesinin İncelenmesi. *Gümüşhane Üniversitesi Sağlık Bilimleri Dergisi*, *5*(4), 54-66.

Yıldırım, F. G. (2014). *Psikiyatri hastalarına bakım verenlerin ruhsal durumları ve bakım yükünün değerlendirilmesi*. (Yayımlanmamış Doktora Tezi), Pamukkale Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Denizli.

Yıldırım, S., Yalçıner, N., & Güler, C. (2017). Kronik Ruhsal Hastalıklarda Bakımveren Yükü: Sistematik Derleme. *Journal of Psychiatric Nursing/Psikiyatri Hemşireleri Derneği*, *8*(3).

Yılmaz, A., Can, Y., Bozkurt, M., & Evren, C. (2014). Alkol ve madde bağımlılığında remisyon ve depreşme. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, *6*(3), 243-256.

Zamani-Alavijeh, F., Dehkordi, F. R., & Shahry, P. (2017). Perceived social support among students of medical sciences. *Electronic physician*, *9*(6), 4479. DOI: 10.19082/4479.

Zarit, S. H., Reever, K. E., & Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden. *The gerontologist*, *20*(6), 649-655. DOI: 10.1093/geront/20.6.649

Zimet, G. D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of personality assessment*, *52*(1), 30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2

Zorick, T., Nestor, L., Miotto, K., Sugar, C., Hellemann, G., Scanlon, G., & London, E. D. (2010). Withdrawal symptoms in abstinent methamphetamine-dependent subjects. *Addiction*, *105*(10), 1809-1818. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2010.03066.x.

The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. (1995). Social science & medicine, 41, 1403–1409. DOI: 10.1016/0277-9536(95)00112-k

WHOQOL GROUP- The World Health Organization (1996). WHOQOL-BREF Introduction Administration Scoring and Generic Version of the Assessment, Geneva.